

345
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

OPERATORIA DENTAL Y CONTROL DE LA
PLACA EN CIEGOS Y DEBILES VISUALES

T E S I S
Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

MA. MARGARITA SONN GARCIA LOPEZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**OPERATORIA DENTAL Y CONTROL DE LA
PLACA EN CIEGOS Y DEBILES VISUALES**

INTRODUCCION

CAPITULO I

ANTECEDENTES

CLASIFICACION DE ENFERMEDADES DE LA CEGUERA:

NACIMIENTO.

**ENFERMEDADES Y DEGENERACIONES QUE AFECTAN AL NERVI
OPTICO.**

SINDROMES HEREDITARIOS.

PARASITOS.

ACCIDENTES.

CAPITULO II

**COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES CON RESPECTO A SUS HIJOS -
INVIDENTES**

PADRES SOBRE PROTECTORES.

PADRES QUE RECHAZAN A SUS HIJOS.

PADRES DE PACIENTES AGRESIVOS.

CLASIFICACION DE TIPOS DE PACIENTES INVIDENTES:

INTROVERTIDO.

EXTROVERTIDO.

AGRESIVO.

**MANEJO DEL INVIDENTE Y DEBIL VISUAL EN EL CONSULTORIO -
DENTAL**

FORMA DE TRATAR Y HABLAR CON EL INVIDENTE

C A P I T U L O I I I

HISTORICA MEDICA Y ODONTOLOGICA DEL INVIDENTE

OPERATORIA Y EXCODONCIA

PROBLEMAS PARODONTALES

TRATAMIENTOS

C A P I T U L O I V

EL INVIDENTE Y DEBIL VISUAL FRENTE AL CONTROL DE LA PLACA
DENTOBACTERIANA

EVALUACION DE LOS PACIENTES INVIDENTES

LA FILOSOFIA DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA

RAZONES DADAS MAS FRECUENTEMENTE POR LO QUE LOS CIRUJANOS
DENTISTAS JUSTIFICAN SU FALTA DE INTERES EN LA PREVENTIVA

PROGRAMA DE CONTROL DE PLACA

TECNICA DE CEPILLADO

USO DEL HILO DENTAL

COLUTORIOS CON FLUORURO

COLUTORIO FLAX

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

En los últimos veinte ó treinta años se han producido enormes cambios odontológicos hacia individuos nacidos con impedimentos mentales ó físicos. Gracias a los incansables esfuerzos de la profesión médica y de varias investigaciones, se ha eliminado casi totalmente el velo de superstición y vergüenza asociado con los impedimentos físicos y mentales, y se acepta ahora el hecho de que estos desafortunados individuos son seres humanos con requerimientos especiales de habilitación.

Actualmente, los padres de los ciegos ó débiles visuales, así como los centros para los mismos, saben que estos individuos necesitan expertos cuidados dentales, tanto restaurativos como preventivos. El estado dental de estos pacientes está relacionado directamente ó indirectamente con sus impedimentos físicos.

Tratar estomatológicamente a la mayoría de los invidentes no requiere singulares esfuerzos por parte del odontólogo. El cuidado dental de estos pacientes generalmente puede llevarse a cabo con procedimientos para individuos sin ceguera ó débiles visuales. El cirujano dentista puede resolver los problemas dentales más graves y complejos que afectan a individuos impedidos, siempre que tenga los conocimientos, la paciencia, la comprensión y el amor requeridos para su tratamiento.

A pesar de haberse reconocido universalmente el importante papel que puede y debe jugar la odontología en la rehabilitación bucal de los ciegos y débiles visuales, muchos cirujanos dentistas se sienten renuentes al aceptar a estos pacientes. Esta renuencia puede basarse en la falta de conocimiento sobre los impedimentos particulares que afectan a ellos, y sobre las diversas precauciones y técnicas requeridas para poder tratarlos.

Para el profesionista que reconozca la necesidad en este campo y logre desarrollar las técnicas adecuadas, los servicios dentales para invidentes será una experiencia muy satisfactoria. Por lo tanto, esta tesis espero que abra una inquietud para estudios posteriores, y al mismo tiempo una área de especialización en débiles visuales y ciegos, sino en toda el área de pacientes invidentes.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

La visión es el sentido que da más información detallada de lo que pasa en el mundo exterior, ya que registra la distancia, tamaño, color, forma, etc. Como los demás sentidos la visión se desarrolla paulatinamente antes de la cuarta semana de la vida intrauterina. El niño normal va a seguir los objetos en movimiento através de un arco de 90 grados. A las doce semanas de nacido, el reguimiento es de 180 grados y a las dieciseis semanas ya es capaz de manejar su aparato visual que lo hace rotar su cabeza libremente de derecha a izquierda para seguir un objeto.

V I D E N T E S

Son aquellos individuos que pueden ver correctamente, y tienen una agudeza visual de 20/20 en lo normal con un campo visual de 180 grados con los dos ojos.

I N V I D E N T E

Es aquel individuo que no va a captar ningún rayo de luz. El posnatal ya nace con el impedimento ya sea adquirido ó no. Cuando lo adquiere, es durante el embarazo, producido -

por traumas ó sustancias químicas sobre el feto. El invidente tambien tiene que ver con los génes en sus antecedentes - genéticos sea con carácter dominante ó recesivo.

DEVILES VISUALES

Son aquellos que captan un rayo de luz, pero que a una distancia mayor de siete metros no pueden distinguir el medio que los rodea, ó cuyo campo visual es un ángulo estrecho que sólo capta la luz sin percibir lo que existe a su -- alrededor. Debido a ello no pueden distinguir con claridad un área específica, y sólo pueden ver confusamente ó con una visión fragmentada.

Aunque estas personas llegan a captar luz y tienen - percepción de imagenes, son consideradas como invidentes para el uso cotidiano de su vida diaria.

CLASIFICACION DE ENFERMEADES DE LA CEGUERA

NACIMIENTO

Fibroplastia Retrolental.

Es tambien conocida como Retinopatía de los prematuros. Se presenta en ambos ojos en los prematuros de poco peso antes de los tres meses de vida extrauterina. La incidencia de la enfermedad se relaciona con la exposición del prematurado al oxígeno. El proceso patológico básico consiste en

una neovascularización que se extiende desde la periferia de la retina hacia el vitreo.

La incidencia ha sido elevada durante algunos años pero últimamente es mucho menor, Esto es debido a los nuevos métodos de vigilancia en la administración del oxígeno a los prematuros.

Estos individuos no tienen alteraciones importantes en su cavidad oral, solamente problemas parodontales por la mala técnica de cepillado.

Enfermedad de Leber ó Neurítis Óptica Hereditaria.

Enfermedad hereditaria que ataca generalmente a los varones, a menudo a varios de la misma familia comenzando a cualquier edad, más común al rededor de los veinte años. Es transmitida por las mujeres no afectadas. Es de causa des conocida y se le atribuye a una degeneración de la glandula pituitaria. La afección consiste en una decreción rápida de la visión, con escasa reducción del campo periferico hasta - la perdida de la visión. No tienen estos pacientes problemas graves en la cavidad oral, solamente problemas parodontales.

Rubeola o Sarampion Aleman.

Enfermedad viral, de evolución corta y de progno^{sti}co benigno. Se presenta a menudo con inflamación de los ganglios linfáticos. Es peligrosa en el embarazo, causando ano

malías en el feto, como cataratas, ceguera y bordera. No hay alteraciones importantes en boca.

Sífilis.

Es una enfermedad causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum* causando la Neuritis Retrobulbar. Es transmitida por los descendientes de una madre infectada. Causa - invidencia; hipoplásia del esmalte (dientes de Hutchison) y en los primeros molares en forma de mora. Presenta también - afecciones frontales, un maxilar superior corto, un arco palatino alto y nariz en forma de silla de montar.

ENFERMEDADES Y DEGENERACIONES QUE AFFECTAN AL NERVIO OPTICO

Papilitis.

La inflamación de la papila del nervio óptico que altera la visión, llegando a la ceguera completa con dolor - al rededor del ojo ó por movimientos del globo ocular, y sensible con la palpación.

Neuritis Retrobulbar.

Tiene como etiología la sífilis, que es la más co-

mún, y menos frecuente la encefalitis, meningitis, enfermedades febriles agudas, y a veces el envenenamiento por plomo. En la cavidad oral tiene alteraciones si es por sífilis, y en los otros padecimientos tienen problemas parodontales.

Glaucoma.

Signo característico de la presión intraocular aumenta que al cabo de algún tiempo produce trastornos graves de la visión por atrofia de las células ganglionares retinianas y atrofias del nervio óptico. Común en adultos con características de recesiva y afecta a varones en proporción doble que a mujeres. En la cavidad oral solo tienen problemas parodontales.

Retinosis Pigmentaria.

Es también llamada Degeneración Pigmentaria del neuro-epitelio de la retina. Es una enfermedad degenerativa de la retina, que afecta la retina, inicialmente a las partes periféricas de la retina, alcanzando la parte central al final de su evolución. Genéticamente se comporta con carácter recesivo autosómico la mayoría de las veces. Esta ligado al X; afecta a los ojos inicialmente a los bastones situados en la retina ecuatorial de donde avanza hacia el centro y peri-

feria de la retina en forma gradual terminando por dañar a los conos del área macular. Esto parece en la infancia y por lo general conduce a la ceguera en la madurez. Su sintomatología se inicia por la pérdida de la visión periférica y --- ceguera nocturna. Tienen problemas parodontales por lo general.

Retinopatía Diabética.

Aparece en cualquier momento de la Diabétes Mellitus, iniciándose con la presencia de microaneurismas; conforme que avanza la enfermedad las lesiones se hacen más numerosas. El ataque visual es por regla cuando no hay tratamiento en la ceguera. Las complicaciones del sistema visual son múltiples: cambios en la refracción; cataratas; alteraciones de la visión cromática; retinopatías; neoformación vascular en el iris; glaucoma hemorrágico; y neuritis. En la cavidad -- oral tiene secuelas de enfermedades parodontales en periodos agudos ó crónicos con pérdida de piezas dentales.

S I D R O M E H E R E D I T A R I O

Síndrome de Laurence Moon Biedl.

Asociado al cuadro de la Retinosis Pigmentaria, es un síndrome adiposo-genital de Froënlich con hipogenitalismo, polidactilia. Tiene un retraso mental de grado variable con una presentación familiar. Tiene problemas de limpieza oral.

P A R A S I T O S .

Tracoma.

Es una enfermedad crónica característica por el contagio de la conjuntiva en presencia de una inflamación granulada en la superficie de la conjuntiva.

Su nombre es derivado del griego "trachis" (áspero). Se localiza esta enfermedad parasitaria en el Africa, Asia y Sud -- America. Asociada principalmente a la mala higiene del medio que se vive, sobre todo en regiones áridas.

Oncocercosis.

Afecta a varios millones de personas en Africa y en America. Es una enfermedad parasitaria que por la falta de prescripción de fármacos adecuados para el paracito el cual llega afectar la vista. Es transmitida por la mosca "simulium". Tienen problemas parodontales por la mala higiene.

A C C I D E N T E S

Son todas aquellas causas que por falta de precaución en determinada actividad se pierde la vista. Por ejemplo: accidentes de trabajo, accidentes automovilísticos, sustancias químicas, etc., que pueden afectar el globo ocular

CAPITULO II

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES CON RESPECTO A SUS HIJOS INVIDENTES

Estas formas de comportamiento de los padres con los minusválidos van a producir aletraciones de conducta que van a reflejarse en el consultorio dental. Estas formas son:

1. PADRES SOBREPTECTORES

El impulso protector de los padres puede volverse excesivo e interferir en su educación. Este paciente se le va a ayudar en cada tarea que realiza por mínima que este sea. Se ve restringido por miedo al daño físico por causa de su ceguera. Generalmente estos pacientes son tímidos, delicados, sumisos, pero desconfiados. Lo importante es tratar que no presenten un gran inconveniente para su tratamiento odontológico y tendremos éxito siempre y cuando los mismos brinden al invidente una seguridad y confianza en su tratamiento.

2. PADRES QUE RECHAZAN A SUS HIJOS

Son aquellos que van a encontrar en institutos, orfanatos u hogares sustitutos una salvación a su problema ya que no aceptan el problema de sus hijos. Este tipo de paciente es muy difícil de tratar en el consultorio dental, ya que al no tener seguridad en su hogar se va a tornar suspicaz, agresivo, vengativo, combativo, nervioso y no obediente. El odontólogo deberá ser paciente pero energético para enseñarle a él que cuando coopera el tratamiento es más rápido y agradable.

3. PADRES DE PACIENTES AGRESIVOS

Estos pacientes pueden ser en el consultorio dental agresivos y son incapaz de ser sociables; presentan inestabilidad emocional, nerviosismo, gran preocupación y angústia. Por lo general son difíciles de tratar.

CLASIFICACION DE TIPO DE PACIENTES INVIDENTES

1. INTROVERTIDOS

Son aquellos que llegan con miedo, por lo que hay que tratar de entablar una conversación inicial para darles confianza para el tratamiento dental.

2. EXTROVERTIDOS

Son pacientes ideales con mentalidad abierta y de gran confianza para su tratamiento.

3. AGRESIVOS

Son invidentes que debemos tratar con suma delicadeza, e incluso hablarles, pero finalmente van a cooperar con tratamiento.

El paciente disminuido ó impedido por la Organización Mundial de la Salud como aquél que por largos periodos de tiempo, por condiciones físicas ó mentales, está limitado de una participación completa en las actividades normales de su grupo, incluyendo aquellos de naturaleza social, recreacional, educacional y vocacional. Por definición, la persona incapacitada tiene un alto riesgo y requiere revisión continua del estado de su salud, debido a la mayor incidencia de enfermedades y -

a su reducida capacidad para el tratamiento.

En la utilización de los servicios de salud, el invidente está afectado por un factor de dependencia, movilidad reducida, e interpretación de sus necesidades en algunas ocasiones. En lo que refiere a la odontología, estos pacientes han constituido un problema difícil motivado por su incapacidad física que va a dificultar el llegar a cabo un tratamiento dental. Por lo que existe en general cierta tendencia a evitar el enfrentamiento con este tipo de paciente, que en la mayoría de los casos ha recibido como único tratamiento la extracción de dientes cariados, aún se reconoce que la mejor respuesta al problema dental es la prevención.

En el paciente invidente debemos aprender a separar su organismo físico de su personalidad. Al estudiar un paciente invidente lo primero que adquirimos es una conciencia de su personalidad, no de sus actividades motoras que son en cierto grado una consecuencia de aquélla. Lo clasificamos como cooperativo cuando se siente tranquilo con las manos bajas y no cooperativo cuando rehusa abrir la boca y cubre su rostro con las manos. Pensamos que los movimientos musculares son un producto de la voluntad del paciente, y esto no es así, aún cuando desee ser muy cooperador. El miedo a lo desconocido y las malas experiencias en el pasado tienen mucho que ver con su problema visual.

El odontólogo que se ocupa del tratamiento de estos pacientes requiere de ciertas modificaciones en sus modos habituales de pensar y presuponer algún conocimiento de naturaleza de determinadas enfermedades que causaron su ceguera. -- Cuando estos requisitos coincidan, estará en condiciones de llevar a cabo el tratamiento con un sentido definido de satisfacción de la misión cumplida.

El invidente puede ser más fácil de tratar por el cirujano dentista siempre y cuando el esté acostumbrado a la comunicación verbal, a tocar y a gustar, así permitiendo realizar los trabajos dentales corrientes en un tiempo normal.

MANEJO DEL INVIDENTE Y DÉBIL VISUAL EN EL CONSULTORIO DENTAL

Estos individuos son seres completos en el aspecto mental, ya que físicamente solamente han perdido el sentido de la vista. Estos pacientes son personas y son aprensivas y sensibles al medio que les rodea. Ellos están acostumbrados a la comunicación verbal, a tocar y gustar, por lo que su primera cita con el odontólogo es la más importante y depende de ésta para su futuro comportamiento.

Cuando estos pacientes llegan a su primera cita, la mayoría de las veces van a llegar acompañados de un familiar, amigo, ó del personal del centro de rehabilitación, mientras que el débil visual según su agudeza visual puede llegar por él mismo.

Se va a tratar de manera distinta a un débil visual

y a un ciego. El débil visual se le tratará de igual manera que la persona que ve, pero es importante informarnos antes de su alcance de su visión. Al ciego se le va a tratar con ciertas pautas que se dará a continuación.

SALA DE ESPERA, CUBICULO Y PERSONAL

Cuando el invidente llega a su primera cita, es -- recomendable que el cirujano dentista muestre el mobiliario de la sala de espera. Esto es importante ya que si el cirujano dentista se toma esta delicadeza, dará una mayor confianza al paciente, abriendo así un canal positivo para el futuro tratamiento. Si el cirujano dentista se encuentra -- ocupado, la recepcionista ó asistente dental le mostrará la sala de espera.

Si se cuenta con recepcionista se deberá presentarse, dando su nombre y su cargo en la oficina. Así, él identificará y memorizará VOZ-NOMBRE. Si el paciente es débil visual, se usará el criterio según su alcance de la vista, pero es importante no ofender su ego.

Si el cirujano dentista no le mostró la sala de -- espera, es el momento ideal para presentarse y mostrar el -- cubículo. Antes de sentarse en el sillón dental el paciente se le indicará todo lo de su alrededor, posición exacta de la escupidora, respaldo del sillón, colocación del vaso para el agua, el braquet y lámpara. Después, la mesa para instrumental, sillas, módulos, aparatos, lavabo, etc. También, se presentará a la asistente dental (voz-nombre) que le ayudará a sentarse en el sillón (solamente por primera vez, ya que -

las próximas citas deberá hacerlo él solo). Ahora es el momento de llenar su historica clínica odontológica.

Podemos dar como segundo paso la presentación del material de trabajo e instrumental del uso del odontólogo. Se le dejará al invidente tocar el espejo, explorador, pinzas, etc., y así como su uso. En el caso de los medicamentos se dejará que perciba el olor de ellos, y algunas veces que lo pruebe; se le dirá que algunos aparatos hacen ruido, como la pieza de mano, eyector, el llenado de vaso, etc. También, se le contestará las dudas que tenga al respecto. Con estos pasos lograremos que se familiarice, dando así confianza para su atención. En la siguiente visita se procederá a su tratamiento dental.

FORMA DE TRATAR Y HABLAR CON EL INVIDENTE

Al conducirlo por el consultorio dental no se debe tomar de la mano, ya que la mayoría de ellos están adiestrados para caminar con otra persona. Cuando se hace sin bastón la técnica es la siguiente: Flexionamos el brazo y el invidente nos toma por el codo ó dejarnos tomar por el hombro.

Al sentarlo en el sillón deberá evitar la aplicación de luces intensas hacia los ojos del paciente, ya que se podría sentirlo en su visión, y principalmente a los débiles visuales.

Si por algún motivo el invidente escucha algún-

comentario sobre la ceguera, el cirujano dentista deberá de tratar que el paciente invidente lo tome con naturalidad.

El cirujano dentista deberá tener como antecedente que relacionan siempre los colores con objetos, por ejemplos:--

ROJO- Calor; Sangre

AZUL- Frio

AMARILLO- Sol

VERDE- Pasto; Hojas

NEGRO- Noche

BLANCO- Hielo

CAPITULO III

HISTORIA MEDICA Y ODONTOLOGICA DEL INVIDENTE

Al inicio de nuestra exploración hacia el enfermo, vamos a interrogarlo sobre los datos de su padecimiento desde el principio del mismo, su evolución y el estado actual. Esto será posible gracias a una buena anamnesis que nos conducirá a un buen diagnóstico. Esto será ordenado, hábil, capaz de obtener en las preguntas que formulemos los datos de mayor significado del padecimiento. Debemos escuchar al paciente porque esto le ofrece confianza, y su cooperación --- será de gran valor para ir armando las piezas del diagnóstico. Sin embargo, debemos de ser cautelosos y prácticos; --- muchas veces el paciente hablará todo el tiempo que nosotros le permitamos, y no todo lo que dice un paciente es importante para el padecimiento por el cual nos visita.

En ocasiones el interrogatorio será definitivo --- para llegar al diagnóstico y tratamiento. Esto sucede con los pacientes cuya sintomatología es subjetiva, carentes de síntomas subjetivos.

El interrogatorio lo vamos a dividir en dos tipos: DIRECTO e INDIRECTO. El primero consiste en interrogar al enfermo sin intermediarios ó sea, directamente. En la forma Indirecta nos valdremos de terceras personas para que nos -- ayuden a recabar los datos necesarios para la historia clínica. En la Historia Clínica estarán presentes los siguientes datos:

D A T O S P E R S O N A L E S

Nombre Completo

Sexo

Edad

Lugar de Nacimiento

Nacionalidad (raza)OcupaciónEstado CivilDirección y TeléfonoPADECIMIENTO ACTUAL

El paciente nos dirá a qué se debe su visita en el consultorio, y nos dará sus síntomas y molestias. Nosotros debemos escucharlo con atención para que su explicación sea mas completa.

TERAPEUTICA EMPLEADA

Frecuentemente llegan a nuestros consultorios los pacientes verdaderamente "cargados" de medicamentos, los --- cuales en gran mayoría han sido recetados y surtidos en esta blecimientos institucionales de salud, otros más por médicos u odontólogos, y otros menos por el farmacéutico de la esquina e inclusive ¡por la amiga de la vecina de enfrente! (Somos tan dados a ofrecer tratamientos.....)

En conclusión, la terapéutica empleada se refiere a todos los remedios ya ofrecidos, médicos ó quirúrgicos que ha experimentado nuestro paciente, con el éxito ó sin él.

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos. Son aquellas enfermedades propias de la infancia, como la rubeola, sarampión, viruela, fiebre reumática, etc. y cualquier otro dato patológico.

No Patológicos. Son los siguientes datos:

AlimentaciónDeportesTipo de ViviendaAccidentesIntervenciones QuirúrgicasVacunas

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIAR

Son todas aquellas enfermedades que padecen los familiares más cercanos y al igual de que murieron.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Esto significa que, sin olvidar ninguno de ---ellos, lo vamos a investigar en forma ordenada: Digestivo; Respiratorio; Cardíaco; Genitourinario y Nervioso. Todo esto en forma superficial.

PRUEBAS DE GABINETE

Son todas aquellas técnicas que nos van a ayudar a determinar un diagnóstico y dar un tratamiento más seguro. Estos son:

Serología Sanguínea

Grupo Sanguíneo

Estudios Bacterianos (si hay infección bucal)

Exudado Faríngeo (si hay infección bucal)

Coprocultivo

Prueba de Tolerancia de Glucosa

Antibiograma

Radiografías Periapicales

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

Todos estos datos nos ayudarán en los problemas y complementan con los siguientes métodos orales.

Técnica de Examen Bucal. Lo primero que el cirujano dentista debe considerar para un buen examen de ca

vidad oral es disponer de una buena fuente de luz, ya sea directamente ó indirectamente. La directa puede ser natural ó artificial; la indirecta va a ser reflejada por el espejo ubicado en la boca del paciente. Con el espejo -- vamos a obtener una visión directa, iluminación, transluminación y separación.

Para llevar acabo el examen bucal, el paciente -- deberá sacar sus protesis removibles si las utiliza.

La técnica de examen bucal comprende:

1. Se examina la cara y el cuello, donde podemos encontrar alguna alteración.

2. Se observan los labios y mucosa bucal en sus partes blandas y duras.

3. Se continua con la orofaringe, la lengua y -- al piso de boca.

4. Por último, el examen odontológico.

Anotamos todos estos datos encontrados en la -- historia dental, y harémos el Odontograma.

ODONTOGRAMA

Vamos a tomar nota de caries, incrustaciones, -- coronas, puentes removibles ó fijos, endodoncias. Tam -- bién, tomaremos cuenta de los problemas paradontales, --- serro, movilidads, quistes, exodoncias, y cualquier dato importante, sin olvidar la placadentobacteriana.

RADIOGRAFIAS

Tomaremos todas aquellas radiografias que nos -

ayuda el diagnóstico de la boca.

PLAN DE TRATAMIENTO

Es un método de llevar cronológicamente los pasos a seguir en la restauración integral del paciente.

OPERATORIA Y EXODONCIA

La Operatoria Dental en los pacientes invidentes no va a cambiar en sus especificaciones ó con los lineamientos, sino va a realizar el mismo modo que con los otros pacientes que ven. Si se trabaja con dique de hule y grapas, tenemos que explicar qué es y lo que va a sentir.

En cuanto a la exodoncia, son los mismos pasos y técnicas que conocemos, y por lo tanto, la misma forma de anestésiar. Un punto de considerar sería el de que en algunos casos estos pacientes invidentes no van a tener "reacción pupilar" en la cual podamos apoyarnos y tener la forma de ver las reacciones cuando hay dolor.

PROBLEMAS PARODONTALES

Los invidentes en este punto van a tener un "Talón de Aquiles," ya que por su ceguera tendrán un alto índice de problemas parodontales. Encontraremos alto índice de gingivitis, tanto localizada como generalizada; bolsas parodontales de diferentes grados; sarro por no tener una buena técnica de cepillado. También, en algunos casos encontraremos abscesos parodontales, movilidad dental, llegando al extremo de presentar GUNA (gingivitis ulceronecrosante).

TRATAMIENTO

En la Operatoria Dental, harémos amalgamas, resinas ó incrustaciones de la manera convencional.

Al igual que la Operatoria, la Exodoncia se hará -- igual que en los demás pacientes.

En cuanto a los Problemas Parodontales, se van a -- tratar mediante prevención.

En estos pacientes se pueden practicar endodón ---- cias, ortodóncias, protesis fija y removible. Con esto el -- paciente invidente ó débil visual no es de ninguna forma dife -- rente a un paciente con vista normal.

C A P I T U L O I V

EL INVIDENTE Y EL DEBIL VISUAL FRENTE AL CONTROL DE LA PLACA
DENTOBACTERIANA

Para cualquiera que ejerza nuestra profesión, no resulta una revelación que numerosas personas mantienen un inadecuado comportamiento en la relación con la higiene bucal, algunos por desconocimiento de los procedimientos correctos, y otros, tal vez la mayoría, por conductas y hábitos deficientes que tienen profundamente incorporados, y de los cuales no les resulta fácil desprenderse a pesar de haber recibido orientación educativa al respecto. Esto implica que la enseñanza del correcto cepillado de los dientes no puede tratarse como un asunto puramente cognoscitivo, sino que requiere de enérgicos y eficaces métodos que hagan tomar consciencia al paciente de su problema y los ayuden a modificar hábitos y actitudes hacia un adecuado comportamiento.

Aún resulta una práctica corriente en numerosos consultorios que la educación de los pacientes se limita a una demostración en la sala de espera, ó directamente a cada paciente con un modelo y un cepillo dental. Si esto lo hacemos con pacientes que ven, y el cepillado dental es muy escaso, es de imaginar el pobre aseo de un invidente, que por su ceguera no podemos emplear técnicas usuales como las sustancias reveladoras de la placa dentobacteriana, que sería lo más eficaz para mostrar zonas deficientes de aseo.

Lo que vamos a tener a nuestro favor es el desarrollo del tacto y del gusto que van a ser nuestra base --

para un nuevo desarrollo de una "Técnica de Control de Placa para el Invidente."

EVALUACION DE LOS PACIENTES INVIDENTES

Tenemos dos problemas básicos:

1. Una falta de remoción efectiva de la placa.
2. Un consumo excesivo de alimentos que llevan a las caries, particularmente entre comidas.

LA FILOSOFIA DE LA ODONTOLOGIA PREVENTIVA

1. Considerar al paciente como unidad y no solo -- simplemente como un juego de dientes con cierto grado de enfermedad.

2. Si el paciente tiene una boca sana, tratar de -- mantenerlo libre de enfermedad durante tanto tiempo como sea posible.

3. Siempre que existan signos de enfermedad dental activa, tratar de restaurar la salud tan rápidamente y perfectamente como sea posible.

4. Proveer al paciente la educación y la motivación -- ción necesaria para mantener su propia salud, así como la de su familia y la de los miembros de su comunidad.

El mejor modo de aplicar la filosofía de la odontología preventiva es a través de un programa de tratamiento -- total del paciente. Idealmente éste enfoque del ejercicio -- de la odontología debe aprenderse durante los años de la formación de los odontólogos y los auxiliares, es decir en la --

facultad y escuelas auxiliares. La filosofía preventiva debe estar siempre presente en el consultorio desde el momento en que se abre en la mañana hasta que se cierra por la noche.

RAZONES DADAS MAS FRECUENTES POR LO QUE LOS DENTISTAS

JUSTIFICAN SU FALTA DE INTERES EN LA PREVENTIVA

1. La preventiva no es un área desafiante del ejercicio profesional.
2. No es lucrativa.
3. No es apreciada, ni pedida por el público.

PROGRAMA DE CONTROL DE PLACA

A los pacientes invidentes tenemos que hacerles preguntas del estado de su boca, y así empezar su tratamiento -- preventivo:

¿Cuándo se cepilla los dientes? ¿Ha oído hablar de la placa dentobacteriana? ¿Qué piensa que significa esto? -- ¿Sabe para qué es el hilo dental? ¿Qué come entre las comidas? ¿Le gustan los caramelos ó cualquier tipo de refresco? -- ¿Cuándo los come?

Ya a esta altura vamos a tener gran idea del porqué de sus problemas paradontales y como lo vamos a ayudar. La - facilidad que tiene un programa de control de placa es esencialmente un programa educacional donde tendremos los siguientes puntos en claro:

1. Educar al paciente en lo que es la placa, y cuales son sus efectos sobre el diente.

2. Lugar donde y como controlar esos efectos.

Debe comprenderse que para un programa educacional esté terminado, debe producirse un cambio en la conducta. - En otras palabras, el programa no puede constar solamente - de las instrucciones pre-médicas, sino es también fundamental que el paciente desarrolle nuevas actividades y prácticas, ó que cambie actitudes inadecuadas, prácticas ineficientes adquiridas en el pasado.

¿Cómo debe realizarse el programa?

Un programa de control de placa debe ser llevado - acabo, paso a paso, al ritmo que la comprensión de cada pa - ciente lo permita, con el objeto de no lastimar psicológica - mente al paciente. Debemos tener cuidado con la implicación de que la placa representa una falta de cuidado personal y - de higiene. Con frecuencia los pacientes se sienten resinti - dos cuando se les comprueba que tienen zonas sucias dentro - de la boca. Muchas de las veces no es por falta de pulcri - tud sino por falta de una buena técnica de higiene oral. Un modo de demostrar al paciente que la presencia de la placa - es universal y que afecta prácticamente a todo el mundo, es - explicándole que la combinación de saliva y alimentos forman la placa dentobacteriana.

TECNICA DE CEPILLADO

Antes de adiestrar al invidente en la técnica de - cepillado debemos seleccionar un cepillo exclusivo para él y explicarle el porqué de esta selección. La tendencia en la-

sellección del cepillo de dientes se inclina hacia el uso de cepillos pequeños con partes activas, rectas ó poco anguladas, formadas por tres ó cuatro filas que contienen cada una entre diez y doce penachos de cerdas (fibras) sintéticas, -- blandas con puntas redondeadas.

El porqué de las características del cepillo dental.

1. La cabeza del cepillo de dientes debe ser pequeña y recta para permitir alcanzar tanta superficie dentaria como sea posible.

2. Las fibras sintéticas no se desgastan tan rápidamente como las naturales y recuperan su elasticidad mas pronto después de ser usadas y lavadas.

3. Los penachos separados permiten una mejor acción de limpieza porque las fibras pueden flexionarse y alcanzar así las zonas en las que un cepillo con penachos muy juntos no alcanzaría, debido a la cantidad y proximidad de las mismas.

4. Las cerdas deben ser blandas y los extremos redondeados para evitar el daño a los tejidos gingivales.

Se debe tener en mente lo que se busca es la remoción de la placa y no "frotar" los dientes. Algunos pacientes objetan al uso de este cepillo de dientes blando, al que creen incapáz de limpiar los dientes en forma adecuada. Una simple demostración de la remoción de la placa los convencerá de que los cepillos de dientes blandos son tñ efectivos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

como los duros y por lo tanto más amables con los tejidos blandos.

En muchos casos las características anatómicas de la boca ó las características neuromusculares de los pacientes pueden hacer necesario adaptar el cepillo al caso individual de manera que las fibras alcancen cada cara accesible de la boca del paciente. Muchas veces esta adaptación requiere de doblar y/o torcer el mango, pudiendo también recortar los penachos, dejando solo la punta. Todo es valido siempre y cuando logre remover la placa de los dientes. Después de haber escogido el cepillo adecuado, la técnica a seguir del cepillado dental que usaremos es el "Método de Bass."

METODO DE BASS

En este método vamos a dirigir las cerdas en sentido apical formando con el diente un ángulo de 45 grados de manera que las puntas de las cerdas penetren en el surco gingival. Luego se imprime al cepillo un ligero movimiento vibratorio. Todo el mecanismo de la técnica se les va a explicar, primero verbalmente y después preguntándole si hay dudas; si no, se procede hacerlo con él, -llevándole la mano y corrijiéndole si lo hace mal. Como 3er paso, le diremos que la base de esta técnica tiene cuatro puntos importantes.

1. Debemos seguir siempre un orden. Esto implica que si se empieza en la cara vestibular del segundo --

molar superior derecho (si no hay tercer molar), debemos seguir por todas las caras vestibulares hasta llegar al lado contrario, y pasaremos por las caras palatinas, y - terminar por el lado que empezamos. Del mismo modo, en la arcada inferior.

2. Constancia en el cepillado.

3. Importante que conozcan el número y tipo de dientes que tienen, ya que así podrán asearlos mejor.

4. No omitir el cepillado de la lengua.

USO DEL HILO DENTAL

Una vez que se ha adquirido una habilidad adecuada en el cepillado, llega el momento de introducir el uso del hilo dental. Sin embargo, no todos los pacientes invidentes pueden desarrollar esta técnica. Debemos tener en cuenta dos puntos.

1. Si tiene la habilidad adecuada.

2. Si tiene deseos de desarrollar esta técnica.

Si el paciente tiene varias zonas de deficiencia en el cepillado, es aconsejable posponer esa inducción hasta otra cita.

TECNICA

En la práctica, el hilo dental encerado ó no - encerado es igualmente eficaz. La seda no encerada puede pasar más fácilmente a través de áreas apretadas que el material encerado, que es mas grueso. También, es --

algo mejor como "rascador" de las superficies dentales que la seda encerada. Sin embargo, es mas facil lesionar la encía con el material no encerado, y puede engancharse ó romperse en los bordes ásperos de las restauraciones y del cálculo, -- así desanimando al paciente. En los pacientes invidentes no presenta importancia el tipo de hilo a usar, pero lo que sí tiene importancia es como manejar la técnica, por lo que se usa porta-hilo en forma de "Y". También, tipo desechable -- "Floss-Aid". Su manera de uso es introduciendo el hilo dental en los espacios interproximales y removiendo la placa degtobacteriana.

COLUTORIOS CON FLUORURO

Tienen un lugar importante en los programas preventivos ya que son para pacientes con alto riesgo de contraer caries. En nuestro caso, un reforzamiento para no tener problemas dentales en los invidentes. Se escogió esta modalidad de colutorio porque es el mas sencillo y de facil manipulación.

TECNICA

Después del cepillado, especialmente en la noche, se le indica que tome una tapita del enjuague fluorurado y lo mantenga en la boca agitandolo vigorosamente por espacio de un minuto. Después, escupir y no enjuagarse ó tomar alimentos por espacio de una hora. Esto lo harán diario, evitando tragarlo ya que puede causar malestares estomacales.

COLUTORIO "PLAX"

Este producto es nuevo en el mercado mexicano pero ya conocido en el americano, y con buen éxito. Por eso se usa con los invidentes por sus características que son:

- a) Enjuague dental pre-cepillado que afloja la --- placa.
- b) Seguridad y eficacia.
- c) Sabor agradable que fomenta su uso.

Este enjuague fué producido por un Dr. Pfizer, que ha dado un nuevo enfoque a la prevención. El Dr. Morton --- Pader señaló las propiedades de este producto, que son:

1. Llega directamente al sitio de la acción.
2. Hace concentración suficientemente alta en el sitio de acción.
3. Da suficiente tiempo de contacto en el sitio de la acción para eliminar la placa dentobacteriana de la superficie del diente.
4. Es fácil de usar y tiene sabor agradable que fomenta el uso.
5. No tiene efectos secundarios adversos.

Las propiedades de aflojamiento y remoción de este enjuague derivan de un sistema que contiene lauril sulfato de sodio (surfactante aniónico), polisorbato 20 (surfactante no iónico), benzato de sodio, y fortalecedores de la actividad detergente.

TECNICA

Se usa aproximadamente una cucharada antes de ce -

pillarse los dientes. Después, enjuagarse vigorosamente durante treinta segundos. Y después, cepillarse normalmente. Se usa diario, dos veces al día.

- CONCLUSIONES -

A pesar de los muchos avances en la profesión dental en las tres últimas décadas, el control eficaz de la placa dentobacteriana es un gran problema en personas invidentes. La clave para el control de la placa está en una conscientización en estas personas para así poder formar un equipo dentista-invidente que complemente la prevención de las enfermedades de la boca y poder bajar grandes índices de problemas dentales.

BIBLIOGRAFIA

- CORNU, Herreman Rogelio. OFTALMOLOGIA, ed. Nueva Editorial Interamericana, S.A., México 1977, 835 páginas.
- STEPHEN, Miller. ENFERMEDAD DE LOS OJOS DE PARSON, ed. Interamericana, decima edición, México 1980, 587 páginas.
- MOORE, K.L. EMERIOLOGIA CLINICA, ed. Interamericana, tercera edición, México 1985, 650 páginas.
- KATZ, McDonal. ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION, ed. Interamericana, octava edición, México 1988, 375 páginas.
- PICHARD, F. J. ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA, ed Labor S.A., tercera edición, España 1977, 1018 páginas.
- SHAFFER, W.G., TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL, ed. Interamericana, segunda edición, México 1986, 940 páginas.
- GONZALEZ, M.C. LA EDUCACION DEL NIÑO CIEGO EN LA FAMILIA EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA, ed. Pueblo y Educación, Habana, Cuba, 1988, 98 páginas.
- DURANTE, AVELLANAL Ciro. DICCIONARIO ODONTOLOGICO, ed. Mundis S.A.I.C. y F., cuarta edición, Argentina 1982, 945 páginas.

NOWAK, J.A. ODONTOLOGIA PARA EL PACIENTE IMPEDIDO, ed. Mundis S.A.I.C. y F., segunda edición, 409 páginas.

ROWE, A.H.R. y Col. CLINICAL DENTISTRY, ed. Blackwell Scientific, quinta edición, Oxford, London, 1986. 1485 páginas.