

879522

6
29



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

“INTERCEPCION Y EDUCACION BUCODENTAL EN ODONTOLOGIA PREVENTIVA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

IVONNE ALICIA CERVANTES GARCIA



CHIHUAHUA, CHIH.,

ESTADO DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++	6
CAPÍTULO I DEFINICIÓN DE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA+++++	8
CAPÍTULO II MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA CARIES DENTAL+++++	17
CAPÍTULO III MODIFICACIONES DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE+++++	25
CAPÍTULO IV MEDIOS PARA EL CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA+++++	30
CAPÍTULO V DIETA COMO MEDIDA PREVENTIVA+++++	81
CAPÍTULO VI IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL+++++	88

CAPÍTULO	VII	CLAVES PARA LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE+++++	92
CAPÍTULO	VIII	MEDIDAS PARA ASEGURAR LA PREVENCIÓN+++++	97
CAPÍTULO	IX	ODONTOLOGÍA PREVENTIVA, DESAFÍO DEL FUTURO+++++	113
CONCLUSIONES+++++			115
BIBLIOGRAFÍA+++++			116

I N T R O D U C C I Ó N

DURANTE LAS ÚLTIMAS DÉCADAS HAN SURGIDO CAMBIOS SIGNIFICATIVOS TANTO EN EL CAMPO CIENTÍFICO COMO EN LA SOCIEDAD DE LA CUAL SOMOS PARTE INTEGRAL. DE -- ESOS ESFUERZOS PROFUNDOS HA SURGIDO LA NECESIDAD DE-- NUEVOS CONCEPTOS EN DIVERSAS ÁREAS, COMO EN EL ÁREA-- DE LA ODONTOLOGÍA.

LA PREVENCIÓN, INTERCEPCIÓN Y EDUCACIÓN BUCODEN-- TAL A LOS PACIENTES EN EL CAMPO DE LA ODONTOLOGÍA NO SOLO ES UNA OBLIGACIÓN DE CADA ODONTÓLOGO CON RESPEC-- TO A SUS PACIENTES, SINO EL FUNDAMENTO MISMO DE UNA-- ODONTOLOGÍA DE CALIDAD Y UNA PRÁCTICA SÓLIDA Y CRE-- CRECIENTE DE LA MISMA.

LA PRÁCTICA SÓLIDA SOLO SE LOGRARÁ A MENOS QUE-- NOSOTROS MOSTREMOS Y EXPLIQUEMOS A LOS PACIENTES QUE ES LO QUE OFRECE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y CUALES-- SON SUS BENEFICIOS, TODO ESTO SE VA A PROYECTAR EN -- LA "EDUCACIÓN AL PACIENTE". ESTA EDUCACIÓN AL PA-- GIENTE DEBERÁ SER PENSADA COMO UN PROCESO DE INFORMA-- CIÓN CONTINUA GENERAL Y ESPECÍFICA SOBRE LA SALUD -- DENTAL.

SIN EMBARGO, LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE ES DE VITAL IMPORTANCIA PARA ASÍ LOGRAR CON LA AYUDA DE LOS MEDIOS ADICIONALES LA PREVENCIÓN COMO OBJETIVO FINAL A LA PRESERVACIÓN DE LOS TEJIDOS ORALES Y SALUD PERIODONTAL EN UN ESTADO DE SALUD TAN CERCANO AL AL ÓPTIMO COMO SEA POSIBLE.

CAPÍTULO I

DEFINICIÓN DE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

UNA DEFINICIÓN DEMASIADO RESTRINGIDA DE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA HA SIDO LA CAUSA QUE HA DIFICULTADO SU ADOPCIÓN POR PARTE DEL PÚBLICO Y POR PARTE DE SECTORES DE LA PROFESIÓN. SI LA PREVENCIÓN SE CONSIDERA QUE SOLAMENTE ATAÑE A ALGUNOS ASPECTOS DE LA PRÁCTICA (COMO LA PROFILAXIS ORAL O LAS APLICACIONES TÓPICAS DE FLUORUROS), PODRÍA PARECER UNA FACETA OPCIONAL, ELECTIVA O INCLUSO LUJOSA DE LA PRÁCTICA DENTAL. LO QUE SE NECESITA ES LA CONVICCIÓN DE QUE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA ES UNA FILOSOFÍA BÁSICA DE LA PRÁCTICA QUE ABARCA TODOS LOS ASPECTOS DE LA SALUD--ORAL.

LOS PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS PUEDEN CLASIFICARSE SEGÚN EL MOMENTO EVOLUTIVO DE LA ENFERMEDAD EN --QUE SE APLICAN. LA GAMA DE SERVICIOS PUEDE ENFOCAR

SE EN TÉRMINOS DE "NIVELES DE PREVENCIÓN" -PRIMARIO, SECUNDARIO Y TERCIARIO-, QUE ABARCARÍAN DESDE EL PERÍODO PREPATOGÉNICO, ANTES DE QUE SE PRODUJERAN LAS ENFERMEDADES, HASTA EL DE REHABILITACIÓN QUE HAN CESADO LOS PROCESOS MORBOSOS ACTIVOS, PERO HAN DEJADO SECUELAS.

LA PREVENCIÓN PRIMARIA SE REFIERE AL PERÍODO -- QUE PRECEDE A LA APARICIÓN DE UNA ENFERMEDAD MANI--- FIESTA Y TIENE POR MISIÓN EL MEJORAMIENTO DEL NIVEL- GENERAL DE SALUD ESPECÍFICA.

EJEMPLO DE LO PRIMERO ES LA EDUCACIÓN DEL PA--- CIENTE PARA QUE VISITE PERIÓDICAMENTE AL DENTISTA, Y DE LO ÚLTIMO LA APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORUROS.

LOS PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN LA PREVENCIÓN- SE CLASIFICAN SEGÚN EL MECANISMO DE ACCIÓN:

- 1) LOS QUE AFECTAN AL MEDIO AMBIENTE ORAL (POR- EJEMPLO: LA FISIOTERAPIA ORAL, ESPECIALMENTE LA RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD PERIODONTAL
- 2) LOS QUE IMPLICAN LA PROTECCIÓN LOCAL DEL ---

DIENTE. (ACCIÓN TÓPICA DE LAS SOLUCIONES DE FLUORURO) Y

- 3) LOS QUE ACTÚAN POR MEDIO DEL TORRENTE CIRCULATORIO, O AFECTAN AL MEDIO ORGÁNICO (PROTECCIÓN DE LAS ESTRUCTURAS BUCALES DURANTE EL PERÍODO DE DESARROLLO MEDIANTE DIETA CONTROLADA).

LA PREVENCIÓN SECUNDARIA TIENE POR MISIÓN LA DE TECCIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO RÁPIDO Y EFICAZ PARA EVITAR SUS PROGRESOS. EL RECONOCIMIENTO DE UNA LESIÓN DE CARIES ANTES DE QUE SE PRODUZCA UNA CAVIDAD EXTENSA Y LA RESTAURACIÓN DEL DIENTE CON UNA OBTURACIÓN DE CONTORNO ADECUADO SON PROBABLEMENTE EL EJEMPLO MÁS CORRIENTE DE PREVENCIÓN SECUNDARIA. EL DETARTRAJE COMPLETO Y EL PULIDO DE LOS DIENTES Y LA ASISTENCIA PROFESIONAL CONTINUA MEDIANTE VISITAS PERIÓDICAS CONSTITUYEN UNA ACCIÓN PREVENTIVA SECUNDARIA, SIMILAR EN PACIENTES CON MANIFESTACIONES PRECOCES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.

FINALMENTE, LA PREVENCIÓN TERCIARIA SE INTERESA POR LA RESTAURACIÓN DE LA SALUD Y DE LA FUNCIÓN CUAN

DC LA ENFERMEDAD HA LLEGADO A UN ESTADO AVANZADO; --
POR EJEMPLO, LA ELABORACIÓN DE UNA PRÓTESIS FIJA QUE
RESTABLECE LA CAPACIDAD DE MASTICAR Y EVITAR LOS DES
VÍOS Y LAS MALAS POSICIONES DE LOS DIENTES RESTANTES

PRÁCTICA DENTAL PREVENTIVA:

LA CLAVE DE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA ES UN SER
VICIO DENTAL DE GRAN CALIDAD PARA TODOS LOS PACIEN--
TES VISTOS EN LA PRÁCTICA PRIVADA, LO CUAL SUPONE LA
APLICACIÓN DE TODOS LOS TIPOS DE PREVENCIÓN DE MANE-
RA SISTEMÁTICA. LA EDUCACIÓN DENTAL PROFESIONAL HA
CE HINCAPIÉ EN PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS Y
A VECES AISLADOS RELATIVOS A LA PREPARACIÓN DE LA CA
VIDAD, LA MANIPULACIÓN DE CIERTOS MATERIALES O LA FA
BRICACIÓN DE UN TIPO PARTICULAR DE PRÓTESIS. EN --
REALIDAD, TODO SERVICIO ES IMPORTANTE MIENTRAS ESTÉ-
RELACIONADO CON LA FINALIDAD DE LA PRÁCTICA DENTAL,-
LA CONSERVACIÓN DE LA DENTICIÓN EN ESTADO HÍGIDO DU-
RANTE LA VIDA DEL PACIENTE.

UNA PRÁCTICA DENTAL CLÍNICA QUE PONGA EN RELIE-
VE LA PREVENCIÓN DEBE ADOPTAR SISTEMÁTICAMENTE LAS -

MEDIDAS PREVENTIVAS.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

- 1.- EXAMEN COMPLETO Y EVALUACIÓN DEL PACIENTE;-
INCLUIDA LA OBSERVACIÓN GENERAL DEL ESTADO-
FÍSICO GLOBAL:
 - a) HISTORIA CLÍNICA.
 - b) INSPECCIÓN CUIDADOSA DE LOS TEJIDOS DU-
ROS Y BLANDOS DE LA BOCA, CARA Y CUELLO
 - c) EXAMEN RADIOGRÁFICO.
 - d) ELABORACIÓN DE MODELOS DE ESTUDIO.
 - e) BIOPSIA.
 - f) OBSERVACIÓN DE LA OCLUSIÓN.
 - g) EXAMEN PATOLÓGICO DE CUALQUIER LESIÓN -
SOSPECHOSA DE LOS TEJIDOS BLANDOS.
 - h) PRUEBA DE LA ACTIVIDAD DE CARIES.

- 2.- PROFILAXIS ORAL COMPLETA A INTERVALOS REGU-
LARES.
 - a) INSTRUCCIÓN ADECUADA SOBRE LA HIGIENE --
ORAL PERSONAL

- 3.- TRATAMIENTO DE LAS LESIONES ORALES Y DENTARIAS EN SUS PRIMERAS FACES.
 - a) CORRECCIÓN DE LAS DEFORMIDADES PERIODONTALES.
 - b) COLOCACIÓN DE RESTAURACIONES DE CONTORNO ADECUADO PARA PROTEGER LA PULPA Y -- RESTAURAR LA FUNCIÓN.
 - c) SUSTITUCIÓN DE LOS DIENTES QUE FALTAN.
- 4.- PREVER LAS VISITAS PERIÓDICAS DEL PACIENTE PARA ASEGURAR UNA PROFILAXIS, NUEVOS EXÁMENES Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DENTALES TAN PRONTO COMO SE PRODUZCAN.
- 5.- APLICACIONES TÓPICAS DE FLUORURO SEGÚN LAS NECESIDADES Y RECOMENDACIÓN DEL USO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS DE FLUORURO A LOS PACIENTES CUYO SERVICIO DE AGUA NO CONTENGA LA CANTIDAD ÓPTIMA DE DICHO ELEMENTO.
- 6.- PREVER O RECOMENDAR DISPOSITIVOS ORTODÓNCICOS INTERCEPTIVOS CUANDO ESTÉN INDICADOS.

- 7.- REMISIÓN DEL PACIENTE A LOS ESPECIALISTAS DENTALES O MÉDICOS CUANDO SEA NECESARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE O PARA SU TRATAMIENTO POR EL ESPECIALISTA.
- 8.- PREMEDICACIÓN DE LOS PACIENTES CUYA HISTORIA CLÍNICA INDIQUE LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO.
- 9.- UTILIZACIÓN DE MEDIDAS PRÁCTICAS PARA CONTROLAR LA RADIACIÓN.
- 10.- ESTERILIZACIÓN ADECUADA DE LOS INSTRUMENTOS DENTALES, ESPECIALMENTE DE LOS QUE ROMPEN EL INTEGUMENTO.
- 11.- PROVISIÓN DE PROTECTORES BUCALES PARA LOS PACIENTES QUE PRACTICAN ACTIVIDADES PELIGROSAS O CIERTOS DEPORTES.
- 12.- RECOMENDACIÓN DE UN REGIMEN DIETÉTICO ADECUADO PARA LA PROTECCIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DENTALES O EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD.

ENFOQUE PREVENTIVO DE LA CARIES DENTAL.

MENOS DEL 5% DE PERSONAS SE VEN LIBRES DEL ATAQUE DE LA CARIES DENTARIA, LO CUAL INDICA QUE PROBABLEMENTE SE TRATA DE LA ENFERMEDAD PREDOMINANTE DE LA HUMANIDAD.

EL PRIMER ATAQUE DE CARIES SE PRODUCE POCO DESPUES DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES DE LECHE; EN ALGUNAS OCASIONES. EL NÚMERO DE LESIONES DE CARIES DE LA PRIMERA DENTICIÓN AUMENTA CONSTANTEMENTE HASTA -- QUE EL NIÑO LLEGA A LOS SEIS U OCHO AÑOS, EN QUE LA CIFRA MEDIA REGISTRADA INICIA UN DESCENSO DEBIDO A LA EXFOLIACIÓN NATURAL DE LOS DIENTES DE LECHE. DE MANERA SIMILAR, SE PRODUCEN LAS LESIONES DE CARIES EN LA DENTICIÓN PERMANENTE TAN PRONTO COMO APARECEN LOS PRIMEROS MOLARES PERMANENTES.

ESTADÍSTICAMENTE, LA PREDOMINANCIA DE LA CARIES DENTAL SUELE EXPRESARSE MEDIANTE UNA CIFRA LLAMADA - COF, ES DECIR, LA SUMA DEL NÚMERO DE DIENTES PERMANENTES CON LESIONES DE CARIES SIN TRATAR (C-CARIES); EL NÚMERO DE DIENTES CON RESTAURACIONES (O-OBTURADO) Y EL NÚMERO DE DIENTES EXTRAIDOS (F_FALTA). EL ATA

QUE PERSISTENTE DE LAS ENFERMEDADES DENTALES Y EL --
EVIDENTE FRACASO QUE SUPONE NO PROPORCIONAR A LA PO-
BLACIÓN ACTUAL LOS BENEFICIOS DE LA ODONTOLOGÍA PRE-
VENTIVA.

CAPÍTULO II

MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA CARIES DENTAL

LA CARIES DENTAL:

LA CARIES DENTAL ES UNA DE LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES DEL HOMBRE. TANTO EN SU PREVALENCIA COMO EN SU INCIDENCIA HAN AVANZADO CON EL PROGRESO DE LA CIVILIZACIÓN.

LA TASA DE CARIES DENTAL EN UNA POBLACIÓN PARECE SER, EN GRAN MEDIDA FUNCIÓN DE LA CONVERSIÓN DIETÉTICA PASANDO DE ALIMENTOS PRIMARIOS Y NO REFINADOS A ALIMENTOS ALTAMENTE PROCESADOS Y ENDULCO-RADOS CON AZÚCAR.

LA CARIES DENTAL ES LA MAYOR CAUSA DE PÉRDIDAS DE DIENTES ANTES DE LOS 35 AÑOS.

LA CARIES DENTAL CAUSA DESMINERALIZACIÓN Y DISO

LUCIÓN DE LOS TEJIDOS DENTALES. ESTE PROCESO OCURRE NO SOLAMENTE EN LA CORONA DEL DIENTE, SINO TAMBIÉN EN LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ CUANDO ESTÁ EXPUESTA.

ESTÁ CARACTERIZADA POR LA FORMACIÓN DE CAVIDADES EN LOS DIENTES, EN NIÑOS Y ADULTOS JÓVENES HASTA LA EDAD MEDIANA.

LA CLASIFICACIÓN DE LA CARIES DENTAL GENERALMENTE ES DE ACUERDO CON LA UBICACIÓN. EL PROCESO SE REDUCE EN 4 SITIOS PRINCIPALES DE LOS DIENTES: Y SON:

- 1) PUNTOS Y FISURAS OCLUSALES Y LAS CARAS LISAS DE LAS ZONAS
- 2) VESTIBULAR,
- 3) LINGUAL Y
- 4) PROXIMAL INMEDIATAMENTE HACIA APICAL DEL PUNTO DE CONTACTO.

COMO CADA TIPO DE UBICACIÓN PRESENTA PARÁMETROS MICROBIANOS, QUÍMICOS Y FÍSICOS ESPECIALES, CUAL---

QUIER TIPO DE ACTIVIDAD ANTICARIES (EJEMPLO: EL CEPULLADO), TENDRÁ SU EFECTO PRINCIPAL.

LAS COMIDAS FRECUENTES, ESPECIALMENTE LOS DULCES, UNIDOS A UN ESMALTE RECIENTEMENTE ERUPCIONADO E INMADURO, Y UNA HIGIENE ORAL DEFICIENTE PROVEEN LAS CONDICIONES ÓPTIMAS PARA LA DESTRUCCIÓN CARIOSA DE LOS TEJIDOS DUROS DEL DIENTE.

LOS FACTORES CAUSALES RESPONSABLES DEL DESARROLLO DE LA CARIES DENTAL SON MÚLTIPLES Y SE DIVIDEN EN DOS GRUPOS PRINCIPALES:

- a) FACTORES ESENCIALES
- b) FACTORES MODIFICADORES

a) FACTORES ESENCIALES:

SON 3 Y DEBEN DE ESTAR PRESENTES TODOS AL MISMO TIEMPO PARA QUE SE PRODUZCA LA CARIES DENTAL.

ESTOS SON:

- 1) DIENTES NATURALES CON SUPERFICIES-SUSCEPTIBLES EXPUESTAS AL AMBIENTE BUCAL.

2) LA COMPLEJA FLORA ORAL CARACTERÍSTICA ADHERENTE A LA SUPERFICIE DENTARIA (PLACA DENTAL).

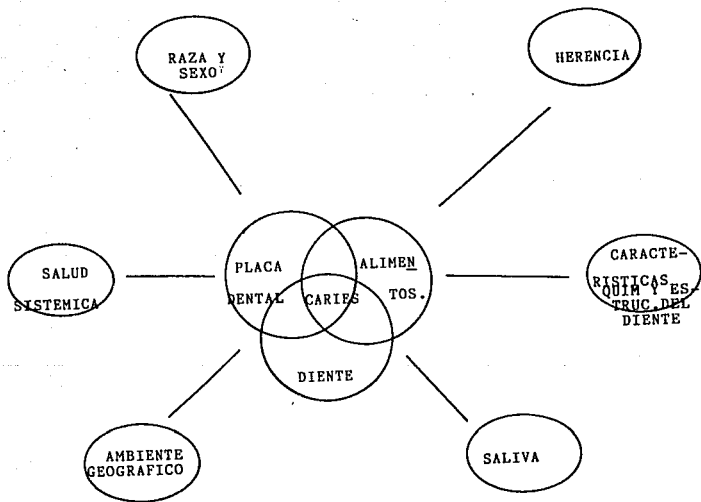
3) ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL.

b) FACTORES MODIFICADORES:

AUNQUE MÁS NUMEROSOS, EJERCEN EFECTOS DE MODOS-MÁS SUTILES, MODIFICANDO LA DISTRIBUCIÓN Y LA VELOCIDAD DE LA PROGRESIÓN DE LA LESIÓN. LA INICIACIÓN DE LA LESIÓN DE LA CARIES DENTAL, SU PROGRESIÓN O SU INVERSIÓN ES EL NOTABLE RESULTADO DE LAS INTERACCIONES COMPLEJAS DE LOS FACTORES CAUSALES MÚLTIPLES, --TANTO ENCUBIERTOS COMO EVIDENTES.

FACTORES ESENCIALES Y FACTORES MODIFICADORES:

LOS CUALES DEBEN ESTAR PRESENTES PARA QUE SE --PRODUZCA LA CARIES; PRINCIPALMENTE LOS FACTORES ESENCIALES (DIENTE, PLACA DENTAL, Y ALIMENTOS). YA QUE LOS FACTORES MODIFICADORES SON MÚLTIPLES EN CUANTO -AL NÚMERO Y EJERCEN SU INFLUENCIA DE MODOS SUTILES Y COMPLEJOS.



FACTORES ESENCIALES
Y
FACTORES MODIFICADORES

NIVELES DE PREVENCIÓN:

LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PRIMARIAS (PREPATOGÉNICAS) DE LA CARIES DENTAL APUNTAN A LA SUPRESIÓN O MODIFICACIÓN DE LOS FACTORES CONOCIDOS QUE PREDISPONEN A LA ENFERMEDAD. ALGUNAS MEDIDAS PREVENTIVAS PRIMARIAS, COMO LA FLUORACIÓN DEL AGUA Y LAS APLICACIONES TÓPICAS DE FLUORUROS, AUMENTAN LA RESISTENCIA DEL ESMALTE A LA DISOLUCIÓN DE LOS ÁCIDOS. OTRAS PRETENDEN MODIFICAR EL AMBIENTE DE LOS DIENTES, REDUCIENDO LA CANTIDAD DE CARBOHIDRATOS CAPACES DE FORMAR ÁCIDOS, DISMINUYENDO LOS SISTEMAS ENZIMÁTICOS O BACTERIANOS QUE PERMITEN LA DEGRADACIÓN DE LOS ALMIDONES EN AZÚCAR Y ELIMINANDO LAS BACTERIAS Y LOS ÁCIDOS DE LA BOCA.

LOS MÉTODOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA APLICAN -- LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA A LAS PEQUEÑAS LESIONES DESCUBIERTAS POCODESPUÉS DE SU APARICIÓN: ELIMINACIÓN COMPLETA DE LA DENTINA CARIADA, EXTENSIÓN DEL CONTORNO DE LA CAVIDAD PARA PREVENIR FRACTURAS DEL DIENTE O DEL MATERIAL DE LA RESTAURACIÓN Y FORMACIÓN DE UN CONTORNO -- ADECUADO PARA RESTAURAR LA ANATOMÍA NORMAL. INCLU-

SO CUANDO EL ATAQUE DE CARIES SE HA MANTENIDO DURANTE MUCHO TIEMPO Y HA PRODUCIDO LESIONES EXTENSAS, -- EXISTEN MEDIDAS PREVENTIVAS TERCARIAS QUE PUEDEN -- RESTABLECER LA SALUD Y LA FUNCIÓN. FIGURAN ENTRE -- ELLAS LOS PROCEDIMIENTOS ENDODÓNICOS PARA CONSERVAR EL DIENTE INCLUSO CUANDO LA PULPA HA SUFRIDO NECROSIS, O LA CONSTRUCCIÓN DE PRÓTESIS DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE PARA EVITAR LA MIGRACIÓN Y LA EXTRUCCÓN DE LOS DIENTES RESTANTES Y RESTABLECER LA MASTICACIÓN EFICAZ.

<u>NIVELES DE PREVENCIÓN</u>	<u>PROCESO</u>
	DIENTE SUSCEPTIBLE A LA CARIES
	↓
	INGESTIÓN DE CARBOHIDRATOS Y OTROS FACTORES ALIMENTICIOS.
	↓
PREVENCIÓN PRIMARIA	PLACA DENTAL PRESENTE EN LA SUPERFICIE DEL DIENTE
	↓
	SISTEMA ENZIMÁTICO QUE FACILITA EL CAMBIO DE LOS ALMIDONES EN AZUCARES.
<hr/>	
	CAVIDAD INICIAL
	↓
PREVENCIÓN SECUNDARIA	CAVIDAD AVANZADA
<hr/>	
	INVASIÓN DE LA PULPA
	↓
PREVENCIÓN TERCARIA	INVASIÓN SISTEMÁTICA
	↓
	PÉRDIDA DEL DIENTE
	↓
	INCLINACIONES Y MALPOSICIONES DE OTROS DIENTES

EL ESQUEMA DE LA PÁGINA ANTERIOR ES UN ESQUEMA DE LOS PROCESOS DEL ATAQUE DE LA CARIES Y DE LOS NIVELES EN QUE PUEDEN INSTRUIRSE MEDIDAS PREVENTIVAS (YOUNG, W.O., Y FISHMAN, S.R., "PREVENTIVE -- DENTISTRY" EN STEELE, P.F., DIMENSIONS OF DENTAL-HIGIENE.)

CAPÍTULO III

MODIFICACIONES DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE

MODIFICACIÓN DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE:

MÉTODOS GENERALES:

CONSISTEN EN LA SUPLEMENTACIÓN CON FLUORUROS. SE PRETENDE ASEGURAR CON ESTO QUE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES RECIENTEMENTE FORMADOS CONTENGA LA CANTIDAD ÓPTIMA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUYENTES.

ENCONTRANDO EL FLÚOR EN AGUA, EN TABLETAS Y LA ADICIÓN DE FLÚOR EN SAL DE MESA, EN LA LECHE, COMO SUPLEMENTO DIETÉTICO EN CÁPSULAS, GOMA DE MASCAR, -- PAN.

LOS EFECTOS DEL AGUA FLUORIZADA SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES HAN DEMOSTRADO UN EFECTO PROTECTOR CONSIDERABLEMENTE MAYOR SOBRE LAS FISURAS.

MÉTODOS LOCALES:

LOS MÉTODOS DE ALTERACIÓN LOCAL DE LA SUPERFI--

CIE DE LOS DIENTES SON LAS APLICACIONES TÓPICAS DE FLUORUROS, CON LOS QUE SE PERSIGUE LA INCORPORACIÓN DE SUS IONES SOBRE LA CARA EXTERNA DE LAS PIEZAS DENTALES Y LA PROVISIÓN DE UNA PELÍCULA PROTECTORA SOBRE LAS SUPERFICIES. ESTE ÚLTIMO PROPÓSITO PUEDE CONSIDERARSE COMO OBTURADOR DE FISURAS.

APLICACIONES TÓPICAS:

HAY DIFERENTES TÉCNICAS PARA LA APLICACIÓN DE SOLUCIONES Y GELES DE SALES DE FLÚOR PARA LA DENTIFICIÓN. SIN EMBARGO, LA CARACTERÍSTICA ESENCIAL ESTriba EN QUE UN MEDIO QUE CONTIENE IONES LIBRES DE COMPUESTOS DE FLÚOR SE PONE EN CONTACTO CON LA SUPERFICIE LIMPIA DE UN DIENTE SECO CON OBJETO DE QUE SE PRODUZCA UN INTERCAMBIO IÓNICO CON EL ESMALTE DENTARIO, POR EJEMPLO, LA CONVERSIÓN DE HIDROXIAPATITA EN FLUORAPATITA.

LA APLICACIÓN TÓPICA DE COMPUESTOS DE FLÚOR POR LOS PACIENTES HA CONSISTIDO EN EL EMPLEO DE DENTRÍFICOS QUE LOS CONTIENEN.

ESTO TIENE UN EFECTO DEFINITIVO, PERO LIMITADO,

EN LA PREVENCIÓN DE LA CARIES. CONSTITUYEN DOS ALTERNATIVAS LAS TÉCNICAS DE ENJUAGUE DE LA BOCA Y LOS APLICADORES DE GELES FLUORADOS, PERO NINGUNA DE ESTAS TÉCNICAS HA CONSEGUIDO AMPLIA DIFUSIÓN.

PELÍCULAS PROTECTORAS:

LA PRODUCCIÓN DE ESTAS SOBRE EL DIENTE FUE INTENTADO MEDIANTE LA INCORPORACIÓN A UN DENTRÍFICO DE LA TETRADECILAMINA, AGENTE CATIÓNICO DE LA ACTIVIDAD SUPERFICIAL.

TODOS LOS MÉTODOS PRECEDENTES DE CONTROL DE LA SUPERFICIE DEL DIENTE LIMITAN MÁS LA FORMACIÓN DE CARIES EN LAS SUPERFICIES LISAS QUE EN LAS FISURAS. LA IDEA DE TRATAR LAS FISURAS OCLUSALES PARA PREVENIR LA CARIES ES ATRACTIVA, PERO NO NUEVA.

SE HAN PRESENTADO RECIENTEMENTE INFORMES SOBRE EL USO DE UNA VARIEDAD DE NUEVOS MATERIALES PLÁSTICOS QUE PROPORCIONAN CAPAS ADHERENTES A LA SUPERFICIE DEL DIENTE, CON LO QUE SE CIERRAN ASÍ LAS FISURAS DE OCLUSIÓN. ESTE ES UN CAMPO CAPAZ DE CONSIDER

RABLE DESARROLLO Y DEBERÍA MIRARSE CON INTERÉS.

REMINERALIZACIÓN:

PUESTO QUE LA PREVENCIÓN COMPLETA NO ES POSIBLE DEBE CONSIDERARSE LA IDEA DE INVERTIR EL PROCESO DESMINERALIZACIÓN EN LA LESIÓN PRIMARIA DE LA CARIES

LA MEJOR APROXIMACIÓN A ESTE FENÓMENO EN CONDICIONES NATURALES HA SIDO LA "DETENCIÓN" DE UNA LESIÓN PRIMARIA EN LA QUE POR ALGUNA RAZÓN, TAL COMO LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE ADYACENTE O LA MEJORA DE LA HIGIENE BUCAL, SE HAN ALTERADO DE FORMA NOTABLE LAS CONDICIONES QUE CONTROLAN LA FORMACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA.

DURANTE LA FASE DE REMINERALIZACIÓN, SE FORMAN CRISTALES DENTRO DE LAS MICROCAVIDADES CREADAS DURANTE LA DESMINERALIZACIÓN. LA REMINERALIZACIÓN COMPLETA DE LAS CAVIDADES SUPERFICIALES IMPIDE LA FORMACIÓN DE CRISTALES EN LAS CAVIDADES SUBYACENTES MÁS PROFUNDAS. ESTO TRAE COMO RESULTADO UNA "PIEL" DE ESMALTE SUPERFICIAL HIPERMINERALIZADO DE UNOS POCOS-

MICRONES DE ESPESOR. ESTA CAPA SUPERFICIAL HIPERMINERALIZADA RETARDA ALGO EL EFECTO DE LOS INFLUJOS CARIOGÉNICOS TRANSITORIOS. TAMBIÉN MANTIENE EL POTENCIAL DE REMINERALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESTRUCTURAL, - AUNQUE SE ESTÉN DEGRADANDO CRISTALES QUE ESTÁN A --- CIERTA DISTANCIA DE LA SUPERFICIE.

RESTAURACIÓN:

YA QUE EL TRASTORNO DE LA CARIES SOLO PUEDE INVERTIRSE CLÍNICAMENTE EN SU PRIMERA FASE, DEBE DEDUCIRSE QUE SU LÍNEA MÁS FRECUENTE DE TRATAMIENTO, UNA VEZ QUE SE HA PRODUCIDO AQUELLA, ES LA EXTIRPACIÓN - DEL TEJIDO AFECTADO DEL DIENTE.

ESTO PUEDE REALIZARSE MEDIANTE LA EXTRACCIÓN -- DEL DIENTE ENTERO O CONSERVADORA POR LA ELIMINACIÓN-- CUIDADOSA DEL TEJIDO ENFERMO Y SU SUSTITUCIÓN CON UN MATERIAL RESTAURADOR CONVENIENTE.

NUNCA DEBE OLVIDARSE LA PREVENCIÓN, EN COMBINACIÓN CON LAS MEJORES TÉCNICAS PROFILÁCTICAS, PARA IMPEDIR LA RECURRENCIA DE LA CARIES A SU ALREDEDOR. -- TAMBIÉN SE APROVECHAN LAS PROPIEDADES PREVENTIVAS DE LOS MATERIALES, Y EN TODAS LAS FASES SE EXTREMA EL - CUIDADO PARA IMPEDIR QUE LOS PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN LA RESTAURACIÓN DE LOS DIENTES PUEDAN CONDUCIR A OTRA PATOLOGÍA DENTAL.

CAPÍTULO IV

MEDIOS PARA EL CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA

PLACA BACTERIANA:

ES FUNDAMENTALMENTE DEPÓSITOS DE MUCINA DESNATU-
RALIZADA PROCEDENTE DE LA SALIVA. LOS RESTOS ALI-
MENTICIOS Y MICROORGANISMOS INTERVIENEN EN SU DEPOSI-
CIÓN Y PUEDEN AUMENTARLAS CUANDO YA SE HAN FORMADO.
LAS PLACAS SON DEPOSITADAS CON MAYOR FACILIDAD Y EN-
MAYORES CANTIDADES EN LAS ZONAS DE ESTANCAMIENTO, SE
FORMAN TAMBIÉN EN MENOR GRADO, COMO FINAS PELÍCULAS-
SOBRE LAS SUPERFICIES SÓLIDAS, NATURALES O ARTIFICIA-
LES, DENTRO DE LA BOCA.

LA PLACA APARECE EN SUPERFICIES DENTALES CARIO-
SAS Y NO CARIOSAS, SE HA INTENTADO DEMOSTRAR DIFEREN-
CIAS CONSTANTES ENTRE ESTAS SUPERFICIES. SU BACTE-
RIOLOGÍA, MUESTRA VARIACIONES. SE HA DEMOSTRADO --
QUE ESTA ES CONSTANTEMENTE MAYOR EN LAS BOCAS "INMU-
NES A LA CARIES" QUE EN LAS BOCAS "SUSCEPTIBLES A CA-
RIES". (ENGLANDER Y COLS., FOSDICK Y COLS., JENKINS-

Y COLS., LEACH Y HAYES; WOOD).

CONTROL DE LA PLACA:

CONTROL DE PLACA ES LA ELIMINACIÓN DE LA PLACA MICROBIANA Y LA PREVENCIÓN DE SU ACUMULACIÓN EN LOS DIENTES Y LAS SUPERFICIES GINGIVALES ADYACENTES. LA ELIMINACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA CONDUCE A LA RESOLUCIÓN DE LA INFLAMACIÓN GINGIVAL EN SUS ETAPAS INICIALES. EL CESE DE LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES LLEVA A LA RESIDIVA. ASÍ, EL CONTROL DE LA PLACA ES UNA MANERA EFICAZ DE TRATAR Y PREVENIR LA GINGIVITIS, Y POR TANTO, ES UNA PARTE ORÍTICA DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. HASTA LA FECHA, EL MODO MÁS EFICAZ DE CONTROLAR LA PLACA DE QUE SE DISPONE HASTA AHORA ES LA LIMPIEZA MECÁNICA CON CEPILLO DE DIENTES Y OTROS AUXILIARES DE LA HIGIENE. ASIMISMO, HAY UN AVANCE -- CONSIDERABLE CON INHIBIDORES QUÍMICOS DE PLACA INCORPORADOS A ENJUAGATORIOS O DENTRÍFICOS.

EL CONTROL DE LA PLACA ES UNA DE LAS PIEDRAS ANGULARES DEL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA. SIN ÉL NO ES POSIBLE CONSEGUIR NI PRESERVAR LA SALUD BUCAL, --

AUNQUE PROBABLEMENTE HAY UNA CANTIDAD MÍNIMA DE PLACA QUE LA ENCÍA PUEDE TOLERAR, MÁS ALLÁ DE LA CUAL NO HAY NECESIDAD DE REDUCIR LA ACUMULACIÓN DE LA -- PLACA PARA EVITAR LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL. EL CONTROL DE LA PLACA SIGNIFICA LA "PREVENCIÓN" DE LA ENFERMEDAD.

CEPILLOS DENTALES:

- 1.- QUE SEA CAPAZ DE ALCANZAR Y LIMPIAR EFICAZMENTE LA MAYORÍA DE LAS ÁREAS DE LA BOCA.
- 2.- QUE SEA DE MANIPULACIÓN FÁCIL.
- 3.- QUE SEA DE CERDAS DE NYLÓN.
- 4.- QUE SEA DE 3 a 4 HILERAS (MULTIPENACHO).
- 5.- QUE LAS CERDAS SEAN DE EXTREMO REDONDEADO.
- 6.- DE MANGO RECTO.

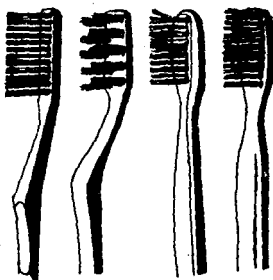
PARA NIÑOS:

- 1.- QUE SEA UN CEPILLO MENOR.

2.- DE CERDAS MÁS DELGADAS (0.1mm.).

3.- DE CERDAS MÁS CORTAS (8.7mm).

TIPOS DE CEPILLOS MANUALES:



LOS DOS CEPILLOS DE LA IZQUIERDA TIENEN MANGO ANGULADO.

UN CEPILLO DE DIENTES DEBE SER CAPAZ DE ALCANZAR Y LIMPIAR EFICAZMENTE LA MAYORÍA DE LAS ÁREAS - DE LA BOCA. LA ELECCIÓN ES CUESTIÓN DE PREFERENCIA PERSONAL Y NO QUE HAYA UNA SUPERIORIDAD DEMOSTRADA DE ALGUNO DE ELLOS. LA EFICACIA O EL POTENCIAL LESIVO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CEPILLOS DEPENDE EN GRAN MEDIDA DE COMO SE LOS USA.

HAY DOS TIPOS DE MATERIAL DE CERDAS EMPLEADAS-

EN LOS CEPILLOS DENTALES: CERDA NATURAL Y CERDA DE NYLÓN. LAS CERDAS NATURALES VARÍAN CONSIDERABLE--
MENTE DE TAMAÑO EN EL MISMO CEPILLO Y TIENDEN A ---
ABLANDARSE EN UN MEDIO HÚMEDO, LAS DE NYLÓN CONSER--
VAN POR MÁS TIEMPO SU FIRMEZA; EL TAMAÑO Y LA FORMA
SON MÁS UNIFORMES, Y ES MÁS FÁCIL MANTENERLOS LIM--
PIOS.

LOS PACIENTES ACOSTUMBRADOS A LA BLANDURA DE -
UN CEPILLO VIEJO DE CERDAS NATURALES SUELEN TRAUMA--
TIZAR LA ENCÍA CUANDO USAN CON IGUAL VIGOR CEPILLOS
DE CERDAS DE NYLÓN. CUANDE SE HACE EL CAMBIO DE --
CERDA NATURAL A CERDA DE NYLÓN, HAY QUE IMPARTIR --
INSTRUCCIONES PRECISAS. .

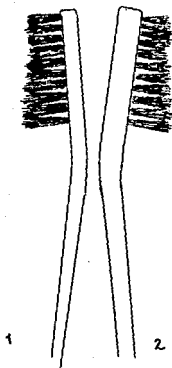
CEPILLOS DENTALES:

LAS CERDAS ESTÁN AGRUPADAS EN PENACHOS DISTRI--
BUIDOS EN TRES O CUATRO HILERAS. LOS CEPILLOS DE--
CUATRO HILERAS (MULTIPENACHO) CONTIENEN MAYOR CANTI--
DAD DE CERDAS Y, POR TANTO, TOLERAN MÁS PRESIÓN DE--
TRABAJO SIN FLEXIONARSE.

LAS CERDAS DE DUREZA MEDIANA PUEDEN LIMPIAR ME

JOR QUE LAS BLANDAS. LAS CERDAS BLANDAS SON MÁS -
FLEXIBLES, LIMPIAN POR DEBAJO DEL MARGEN GINGIVAL -
(LIMPIEZA DEL SURCO) Y ALCANZAN MAYOR SUPERFICIE IN
TERDENTAL PROXIMAL, PERO PUEDEN NO ELIMINAR POR COM-
PLETO LOS DEPÓSITOS GRANDES DE PLACA. LAS CERDAS-
BLANDAS PUEDEN LIMPIAR MEJOR QUE LAS DURAS POR LA -
COMBINACION DE CERDAS BLANDAS Y DENTRÍFICO.

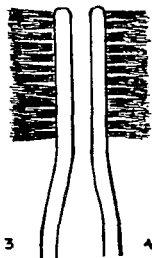
HAY QUE ACONSEJAR A LOS PACIENTES, QUE PARA --
MANTENER LA EFICACIA DE LA LIMPIEZA DEL CEPILLO DEN-
TAL, HAY QUE REEMPLAZARLO TAN PRONTO COMO LAS CER--
DAS COMIENZAN A DEFORMARSE. SI EL CEPILLO SE USA-
EN FORMA ADECUADA Y REGULAR, ELLO OCURRE AL CABO DE
TRES MESES. SI UN CEPILLO SE GASTÁ DESPUÉS DE UNA
SEMANA DE USO, SIGNIFICA QUE EL CEPILLADO ES DEMA--
SIADO VIGOROSO; SI LAS CERDAS SIGUEN DERECHAS DES--
PUÉS DE SEIS MESES, EL CEPILLADO ES DEMASIADO SUAVE
O NO SE LO HACE DIARIAMENTE.



(1 y 2).— LOS CEPILLOS PARA LA BOCA SON DE FIBRA DURA, CON LAS EXTREMIDADES REDONDAS A FIN DE NO AGREDIR LAS ENCÍAS, MUCHOS DE LOS CEPILLOS PARA DIENTES TIENEN EL DEFECTO DE LASTIMAR ENCÍAS Y DIENTES POR ESTAR LAS PUNTAS MUY AFILADAS O CORTADAS EN BISEL.

POR ESTA CAUSA PUEDEN PRODUCIRSE HERIDAS QUE AL REPETIRSE CADA VEZ QUE SE USA EL CEPILLO AL LIMPIARSE LA BOCA, LA AGRESIÓN GINGIVAL PUEDE OCASIONAR INFECCIONES MÁS O MENOS GRAVES.

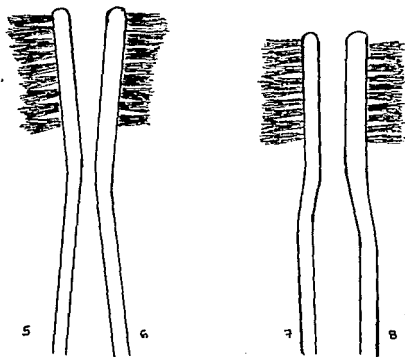
EL NÚMERO 2 ES MÁS SUAVE PARA CASOS DE ENCÍAS-
QUE SANGRAN FÁCILMENTE.



93 y 4).- SON MÁS ALINEADOS, CON SUPERFICIE --
MÁS IGUALADA, LOS EXTREMOS DE LAS CERDAS ESTÁN MÁS-
REDONDEADAS; TIENE APLICACIÓN PARA DENTADURAS MUY -
REGULARES, ESPECIALMENTE PARA LA LIMPIEZA Y LA PRO-
TECCION DE LOS DIENTES CONTRA EL SARRO Y SUCIEDAD -
QUE SE DEPOSITA EN LOS DIENTES A CAUSA DEL TABACO.

SE DEBERÁN USAR LOS CEPILLOS DURO O SUAVE SE--
GÚN SEA EL ESTADO DE LAS ENCÍAS.

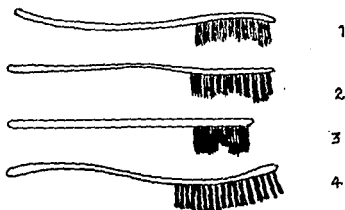
LAS CERDAS DEL CEPILLO DEBEN ESTAR PERFECTAMEN
TE REDONDEADAS Y RESISTIR EL AGUA CALIENTE, PUES DE
OTRO MODO SE ABLANDARÍAN Y NO SURTIRÍAN EL EFECTO -
DESEADO, PUES NO SE INTRODUCIRÁN ENTRE LOS INTERSTI
CIOS DENTALES, YA QUE SE DOBLARÁN ANTES DE METERSE-
ENTRE ELLOS.



(5 y 6).- EL 5 ES DE CERDA NATURAL, MUY RESISTENTE AL AGUA CALIENTE. SE ADAPTA PERFECTAMENTE A LOS INTERSTICIOS DE LOS DIENTES, ESPECIALMENTE ENTRE LOS MOLARES Y LA REGION EXTERNA DE LAS ENCÍAS.

EL SEXTO TIENE UNA CERDA MUY VIGOROSA, ESPECIAL PARA ACTUAR CONTRA EL SARRO, NO OBSTANTE HACE SANGRAR SIEMPRE LAS ENCÍAS, POR ESTE MOTIVO CONVIENE CONSULTAR CON EL DENTISTA EL BUEN O MAL EFECTO SOBRE LA DENTADURA O ENCÍA.

(7 y 8).- ESTOS CEPILLOS ESTÁN INDICADOS PARA EL USO DE LOS NIÑOS, QUE NO DEBEN USARLOS GRANDES, POR SER AGRESIVOS A LAS ENCÍAS Y MUCOSA BUCAL, QUE AL SER CEPILLO GRANDE LES HIERE FÁCILMENTE.



(1 y 2).- CEPILLOS FABRICADOS EXPRESAMENTE PARA LIMPIAR LOS DIENTES Y MUELAS POR SU PARTE EXTERNA Y HORIZONTALMENTE.

(3).- CEPILLO ESPECIAL PARA LIMPIAR A FONDO -- LAS SUPERFICIES E INTERSTICIOS DE LOS DIENTES.

(4).- CEPILLO DE MANGO CONVEXO PARA LIMPIAR CÓMODAMENTE LA PARTE INTERNA DE LOS DIENTES Y MUELAS.

CEPILLOS ELÉCTRICOS:

HAY MUCHOS TIPOS DE CEPILLOS ELÉCTRICOS, ALGUNOS CON MOVIMIENTOS RECÍPTROCOS ARQUEADO O DE VAI--VÉN, ALGUNOS CON LA COMBINACIÓN DE AMBOS MOVIMIEN--TOS, ALGUNOS CON MOVIMIENTO CIRCULAR Y OTROS CON UN MOVIMIENTO ELÍPTICO.

LOS PACIENTES QUE PUEDEN DESARROLLAR LA CAPACI--DAD DE USAR UN CEPILLO DE DIENTES, LO HACEN IGUAL--MENTE BIEN CON CEPILLO MANUAL O UNO ELÉCTRICO.

LOS CEPILLOS ELÉCTRICOS SON ACONSEJABLES PARA:

- 1) PERSONAS SIN DESTREZA MANUAL,
- 2) NIÑOS PEQUEÑOS O PACIENTES IMPEDIDOS
U HOSPITALIZADOS A QUIENES ALGUIEN -
DEBE LIMPIAR LOS DIENTES Y
- 3) PACIENTES CON APARATOS DE ORTODONCIA

LOS CEPILLOS ELÉCTRICOS PARECEN PRODUCIR MENOR ABRASIÓN DE TEJIDO DENTAL Y MATERIALES DE RESTAURA--CIÓN QUE EL CEPILLADO MANUAL. SALVO QUE EL CEPI--LLO MANUAL SE USE EN SENTIDO VERTICAL Y NO HORIZON--TAL.

TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL.

HAY MUCHOS MÉTODOS DE CEPILLADO DENTAL. CON EXCEPCIÓN DE LOS MÉTODOS ABIERTAMENTE TRAUMÁTICOS, ES LA MINUCIOSIDAD, Y NO LA TÉCNICA, EL FACTOR IMPORTANTE QUE DETERMINA LA EFICIENCIA DEL CEPILLADO DENTAL, CADA UNA DE LAS CUALES, SI ES REALIZADA ADECUADAMENTE PUEDE DAR LOS RESULTADOS DESEADOS.

TÉCNICA DE BASS (LIMPIEZA DEL SURCO) CON CEPILLO BLAN DO.

SUPERFICIES VESTIBULARES SUPERIORES Y VESTIBULOPROXIMALES:

COLÓQUESE LA CABEZA DE UN CEPILLO BLANDO A MEDIA NO PARALELA AL PLANO OCLUSAL CON LA "PUNTA" DEL CEPILLO POR DISTAL AL ÚLTIMO MOLAR. COLOCAR LAS CERDAS EN EL MARGEN GINGIVAL, ESTABLECER UN ÁNGULO APICAL DE 45° CON EL EJE MAYOR DE LOS DIENTES, EJERCER PRESIÓN-VIBRATORIA SUAVE CON EL EJE MAYOR DE LAS CERDAS PARA QUE PENETREN EN LOS SURCOS GINGIVALES VESTIBULARES, - ASÍ COMO EN LOS NICHOS INTERPROXIMALES. ACTIVAR EL- CEPILLO CON UN CORTO MOVIMIENTO EN EL SENTIDO TRANS- VERSAL DE LOS DIENTES SIN DESALOJAR LAS PUNTAS DE LAS CERDAS. COMPLETAR 20 MOVIMIENTOS EN LA MISMA POSI--

CIÓN. ESTO LIMPIA LOS DIENTES POR VESTIBULAR EN EL TERCIO APICAL DE LAS CORONAS CLÍNICAS, ASÍ COMO DE LOS SURCOS GINGIVALES ADYACENTES Y SUS SUPERFICIES -- PROXIMALES HASTA DONDE LLEGUEN LAS CERDAS. RETIRAR EL CEPILLO, LLEVARLO HACIA ADELANTE Y REPETIR LO MISMO EN LA ZONA DE PREMOLARES A CANINO. CONTINUAR EN EL LADO OPUESTO AL ARCO, SECTOR POR SECTOR, CUBIENDOTRES DIENTES A LA VEZ, HASTA COMPLETAR TODOS LOS DIENTES SUPERIORES.

ERRORES COMUNES:

LOS ERRORES SIGUIENTES EN EL USO DEL CEPILLO SUELEN TENER POR CONSECUENCIA LA LIMPIEZA INSUFICIENTE O LA LESIÓN DE LOS TEJIDOS:

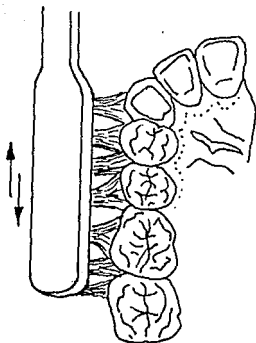
1.- CUANDO EL BRAZO QUE SOSTIENE EL CEPILLO SE -- CANSA, SE TIENDE A RELAJARLO Y DEJAR DESLIZAR EL CEPILLO HACIA ABAJO, CRENADO UN ÁNGULO ENTRE EL PLANO --- OCLUSAL Y EL EJE MAYOR DEL CEPILLO. ESTO IMPIDE QUE LO GRUESO DE LAS CERDAS PENETRE EN INTERPROXIMAL Y EN LOS SURCOS GINGIVALES. EL ERROR SE CORRIGE LEVANTANDO EL CODO LO NECESARIO.

2.- LAS CERDAS SE COLOCAN SOBRE LA ENCÍA INSERTADA Y NO EN EL SURCO GINGIVAL. CUANDO SE ACTIVA EL -

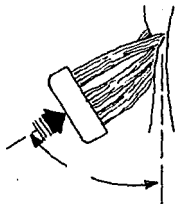
CEPILLO, SE DESCUIDA EL MARGEN GINGIVAL Y LAS SUPERFICIES DENTALES, MIENTRAS SE TRAUMATIZA LA ENCÍA INSERTADA Y LA MUCOSA ALVEOLAR. EL ERROR ES CORREGIDO COLOCANDO CORRECTAMENTE EL CEPILLO CON LA AYUDA DEL ESPEJO, Y USANDO EL CEPILLO SECO Y SIN DENTRÍFICO.

3.- LAS CERDAS SON PRESIONADAS DE COSTADO CONTRA LOS DIENTES Y NO DIRECTAMENTE CONTRA EL SURCO GINGIVAL. EL CEPILLO ACTIVADO LIMPIA LAS SUPERFICIES DENTALES VESTIBULARES PERO NO ZONAS QUE RETIENEN GRAN CANTIDAD DE PLACA EN INTERPROXIMAL Y MARGEN GINGIVAL. EL ERROR ES CORREGIDO PRACTICANDO CON EL CEPILLO SECO

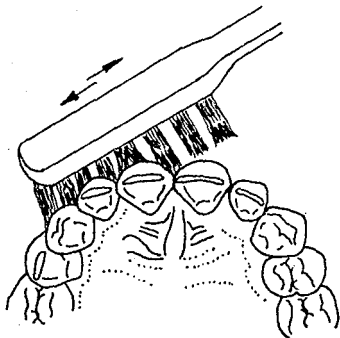
4.- EL CEPILLO ES COLOCADO SOBRE LA EMINENCIA CANINA. ESTO TRAUMATIZA LA ENCÍA CUANDO SE TRATA DE INTRODUCIR LAS CERDAS EN LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES DE DIENTES ADYACENTES Y PUEDE ORIGINAR RECESIÓN GINGIVAL EN LA EMINENCIA CANINA. LAS POSICIONES CORRECTAS APARECEN EN LAS SIGUIENTES FIGURAS.



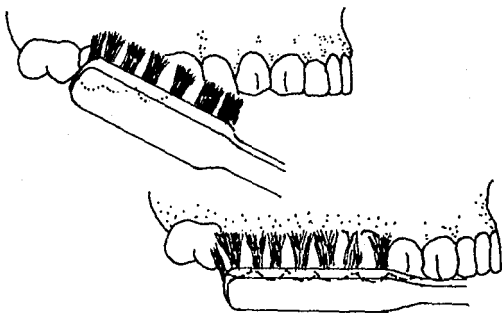
TÉCNICA DE BASS. POSICIÓN EN SUPERFICIES VESTIBULARES -
Y VESTIBULOPROXIMALES DE PREMOLARES Y MITAD DISTAL DEL CA
NINO, SUPERIORES.



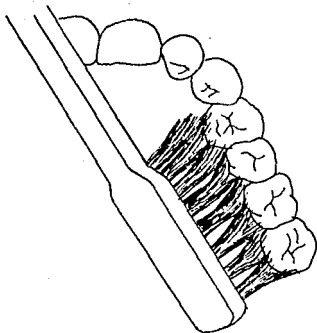
TÉCNICA DE BASS. POSICIÓN INTRASURCAL DEL CEPILLO, A 45°
CON RESPECTO AL EJE MAYOR DEL DIENTE.



TÉCNICA DE BASS. POSICIÓN EN SUPERFICIES VESTIBULARES Y VESTIBULOPROXIMALES DE INCISIVOS SUPERIORES Y MITAD MESIAL DEL CANINO.



TÉCNICA DE BASS. POSICIÓN INCORRECTA DEL CEPILLO (ARRIBA), DEBIDO A LA POSICIÓN BAJA DEL CODO. ERROR CORREGIDO (ABAJO) LEVANTANDO EL CODO.



TÉCNICA DE BASS. POSICIÓN PALATINA EN MOLARES Y PREMOLARES.

DIENTES SUPERIORES: SUPERFICIES
PALATINAS Y PROXIMOPALATINAS.

COLOCAR EL CEPILLO A 45° CON LAS CERDAS HACIA -- APICAL EN LA ZONA DE MOLARES Y PREMOLARES, CUBRIENDO TRES DIENTES A LA VEZ. LIMPIAR CON 20 MOVIMIENTOS CORTOS EN SENTIDO TRANSVERSAL A LOS DIENTES. PARA ALCANZAR LAS SUPERFICIES PALATINA DE LOS DIENTES ANTERIORES, INSERTAR EL CEPILLO VERTICALMENTE. PRESIONAR EL "TALÓN" DEL CEPILLO EN LOS SURCOS GINGIVALES E INTERPROXIMALMENTE CON UNA ANGULACIÓN DE 45°, - CON RESPECTO A LOS EJES MAYORES DE LOS DIENTES, USAN-

DE LA PARTE ANTERIOR DEL PALADAR DURO COMO PLANO DE -
GUÍA. ACTIVAR EL CEPILLO CON 20 MOVIMIENTOS CORTOS-
DE ARRIBA ABAJO.

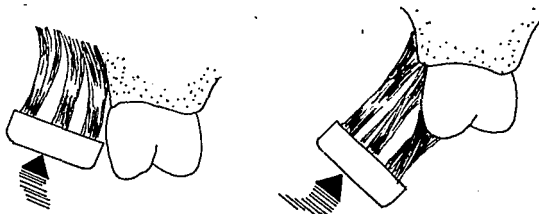


FIG. TÉCNICA DE BASS. POSICIÓN INCÓRRECTA DEL CE
PILLO (IZQUIERDA) DEBIDO A LA ENSEÑANZA INADECUADA. 90
POSICIÓN CORREGIDA (DERECHA) PRACTICANDO CON GUÍA VI-
SUAL Y CEPILLO SECO.

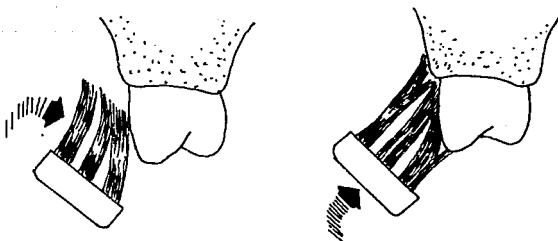


FIG. TÉCNICA DE BASS. POSICIÓN INCÓRRECTA DEL CE
PILLO (IZQUIERDA) DEBIDO A LA ENSEÑANZA INADECUADA.
POSICIÓN CORREGIDA (DERECHA) PRACTICANDO CON GUÍA VI-
SUAL Y CEPILLO SECO.

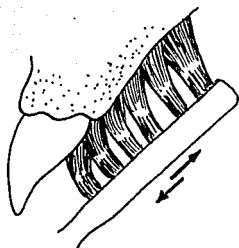


FIG. TÉCNICA DE BASS. POSICIÓN PALATINA EN INCISIVOS. SE USA EL PALADAR DURO COMO PLANO DE GUÍA PARA EL CEPILLO.

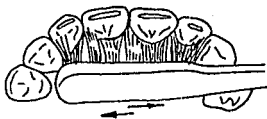


FIG. TÉCNICA DE BASS. VARIACIÓN DE LA POSICIÓN PALATINA DEL CEPILLO SI EL ESPACIO LO PERMITE.

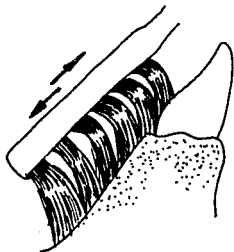


FIG. TÉCNICA DE BASS. POSICIÓN LINGUAL EN LOS INCISIVOS INFERIORES. LA SUPERFICIE LINGUAL DEL MAXILAR INFERIOR SE USA COMO PLANO DE GUÍA PARA EL CEPILLO.

DIENTES INFERIORES: SUPERFICIES PROXIMOVESTIBULARES,
LINGUALES Y PROXIMOLINGUALES.

LOS DIENTES INFERIORES SE LIMPIAN DE LA MISMA MANERA QUE LOS SUPERIORES; CON 20 MOVIMIENTOS EN CADA POSICIÓN. EN LA ZONA LINGUAL ANTERIOR, EL CEPILLO ES COLOCADO VERTICALMENTE, USANDO LA SUPERFICIE LINGUAL DE LA MANDÍBULA COMO PLANO DE GUÍA Y CON LAS CERDAS ANGULADAS HACIA LOS SURCOS GINGIVALES. (FIG.

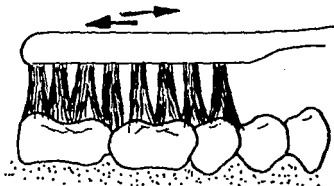


FIG. POSICIÓN DEL CEPILLO EN LAS SUPERFICIES ---
OCLSUALES EN LAS TECNICAS DE BASS, STILLMAN, Y CHAR--
TERS.

SUPERFICIES OCLUSALES:

PRESIÓNESE FIRMEMENTE LAS CERDAS SOBRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES, INTRODUCIENDO LOS EXTREMOS EN SURCOS Y FISURAS (FIG.) ACTÍVESE EL CEPILLO CON 20 MOVIMIENTOS CORTOS HACIA ATRÁS Y ADELANTE Y AVANZANDO - SECTOR POR SECTOR HASTA LIMPIAR TODOS LOS DIENTES POSTERIORES.

LA TÉCNICA DE BASS TIENE LAS SIGUIENTES VENTAJAS SOBRE LAS OTRAS:

- 1.- EL MOVIMIENTO DE ATRÁS HACIA ADELANTE, EN SENTIDO TRANSVERSAL DEL DIENTE, ES FÁCIL DE APRENDER PORQUE REQUIERE EL MISMO MOVIMIENTO SIMPLE DEL CODO, FAMILIAR A LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES ACOSTUMBRADOS A LA TODAVÍA POPULAR TÉCNICA DE BARRIDO CON MOVIMIENTOS LARGOS. EXCEPTO LA ANGULACIÓN DE 45° HACIA EL SURCO Y EL MOVIMIENTO CONSIDERABLEMENTE MÁS-CORTO, NO HAY DIFERENCIA ENTRE LAS DOS TÉCNICAS.

2.- SE CONCENTRA EN LAS PARTES CERVICALES E INTERPROXIMALES DE LOS DIENTES DONDE LA PLACA ES MÁS PERJUDICIAL PARA LA ENCÍA.

ESTA TÉCNICA PUEDE SER RECOMENDADA PARA TODO PACIENTE, CON LESIÓN PERIODONTAL O SIN ELLA.

TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA:

SE COLOCA UN CEPILLO ENTRE MEDIANAMENTE DURO Y DURO, DE DOS O TRES HILERAS, CON LOS EXTREMOS DE LAS CERDAS APOYADOS PARCIALMENTE EN LA ZONA CERVICAL DE LOS DIENTES Y PARCIALMENTE SOBRE LA ENCÍA ADYACENTE, HACIA APICAL CON UN ÁNGULO AGUDO CON RESPECTO AL EJEMAYOR DE LOS DIENTES. (FIG. B). SE EJERCE PRESIÓN LATERALMENTE CONTRA EL MARGEN GINGIVAL PARA PRODUCIR UNA ISQUEMIA PERCEPTIBLE. EL CEPILLO ES ACTIVADO CON 20 MOVIMIENTOS CORTOS DE ATRÁS HACIA ADELANTE Y SIMULTÁNEAMENTE ES DESPLAZADO EN DIRECCIÓN CORONARIA, SOBRE LA ENCÍA ISERTADA, EL MARGEN GINGIVAL Y LA SUPERFICIE DEL DIENTE.

SE REPITE EL PROCESO EN TODAS LAS SUPERFICIES DENTALES PRODUCIENDO SISTEMÁTICAMENTE EN TODA LA BOCA PARA ALCANZAR LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LOS INCISI

LOS SUPERIORES E INFERIORES, SE SOSTIENE EL MANGO EN POSICIÓN VERTICAL TRABAJANDO CON EL "TALÓN" DEL CEPILLO.

LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS MOLARES Y PREMOLARES SE LIMPIAN COLOCANDO LAS CERDAS PERPENDICULARMENTE AL PLANO OCLUSAL Y PENETRANDO EN PROFUNDIDAD EN LOS SURCOS Y ESPACIOS INTERPROXIMALES.

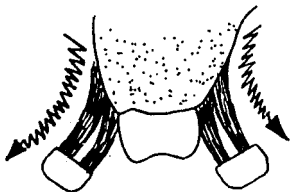


FIG. B. TÉCNICA DE STILLMAN, MODIFICADA- SE PRESIONAN - LOS COSTADOS DE LAS CERDAS CONTRA DIENTES Y ENCÍA, MIENTRAS SE MUEVE EL CEPILLO CON MOVIMIENTOS CORTOS DE VAIVEN EN DIRECCIÓN CORONARIA.

- TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA.

CON ESTA TÉCNICA SE USA EL COSTADO DE LAS CERDAS-- Y NO EL EXTREMO, Y SE EVITA LA PENETRACIÓN DE LAS CERDAS EN LOS SURCOS GINGIVALES. POR ELLO, LA TÉCNICA DE STILLMAN SE RECOMIENDA PARA LIMPIAR ZONAS CON RECESIÓN GINGIVAL PROGRESIVA Y EXPOSICIÓN RADICULAR PARA PREVENIR LA DESTRUCCION POR ABRASIÓN DE LOS TEJIDOS.

TÉCNICA DE CHARTERS:

SE COLOCA UN CEPILLO ENTRE MEDIANAMENTE DURO Y DURO, DE DOS O TRES HILERAS, SOBRE EL DIENTE CON LAS CERDAS HACIA LA CORONA, A 45° CON RESPECTO AL EJE MAYOR DE LOS DIENTES, (FIG.C). PARA LIMPIAR LAS SUPERFICIES --- OCLUSALES, LAS PUNTAS DE LAS CERDAS VAN SOBRE LOS SURCOS Y FISURAS, EL CEPILLO ES ACTIVADO CON MOVIMIENTOS CORTOS HACIA ATRÁS Y ADELANTE. SE REPITE LO MISMO HASTA LIMPIAR TODAS LAS SUPERFICIES OCLUSALES, SECTOR POR SECTOR.

LA TÉCNICA DE CHARTERS ES ESPECIALMENTE ADECUADA PARA MASAJE GINGIVAL. EFECTUADA CON UN CEPILLO BLANDO O MEDIANO, ESTA TÉCNICA TAMBIÉN ES ACONSEJABLE PARA LA LIMPIEZA TEMPORAL EN ZONAS DE HERIDAS GINGIVALES EN CICATRIZACIÓN, POR EJEMPLO: DESPUÉS DE GINGIVECTOMÍAS O INTERVENCIONES POR COLGAJO.

TÉCNICA DE CHARTERS.



FIG. C. TÉCNICA DE CHARTERS.— LAS CERDAS SON PRESIONADAS DE COSTADO SOBRE DIENTES Y ENCÍA. EL CEPILLO SE ACTIVA CON MOVIMIENTOS CORTOS CIRCULARES O TRANSVERSALES.

DENTÍFRICOS:

LOS DENTÍFRICOS SON AUXILIARES PARA LIMPIAR Y PULIR LAS SUPERFICIES DENTALES. SE LOS USA GENERALMENTE

EN FORMA DE PASTA. TAMBIEN HAY POLVOS Y LÍQUIDOS DENTALES. EL EFECTO LIMPIADOR DE UN DENTÍFRICO ESTÁ RELACIONADO CON SU CONTENIDO DE:

- 1) ABRASIVOS, COMO CARBONATO DE CALCIO, FOSFATO DE CALCIO, BICARBONATO DE SODIO, CLORURO DE SODIO, ÓXIDO DE ALUMINIO Y SILICATO Y
- 2) DETERGENTES COMO EL SULFATO DE LAURILO SÓDICO Y EL SARCOSINATO DE LAURILO SÓDICO. ADEMÁS UNA PASTA CONTIENE HUMECTANTES (GLICERINA, SORBITOL), AGUA, AGENTES ESPESANTES (CELULOSA DE CARBOXIMETILO, ALGINATO, AMILOSA), SAPORÍFEROS Y AGENTES COLORANTES.

HAY UN CONSIDERABLE INTERÉS POR PERFECCIONAR LOS DENTÍFRICOS EMPELÁNDOLOS COMO VEHÍCULO DE QUIMIOTERÁPICOS PARA INHIBIR PLACA, CÁLCULOS, CARIES O HIPERSENSIBILIDAD RADICULAR.

PARA QUE EL DENTÍFRICO SEA UN AUXILIAR EFICAZ DE LA HIGIENE BUCAL DEBE ENTRAR EN ÍNTIMO CONTACTO CON LOS DIENTES.

ES PRECISO QUE LOS DENTÍFRICOS SEAN SUFICIENTEMENTE ABRASIVOS PARA LIMPIAR Y PULIR SATISFACTORIAMENTE

TE, PERO DEBEN PROPORCIONAR UN MARGEN DE SEGURIDAD PA
RA QUE EL CEPILLADO ENÉRGICO NO DESGASTE LA SUBSTAN--
CIA DENTAL NI MATERIALES DE RESTAURACIÓN BLANDOS.

LAS FÓRMULAS DE LOS DENTÍFRICOS CAMBIAN DE CUAN-
DO EN CUANDO; LA INFORMACIÓN LA DA EL CONSEJO DE TERA
PÉUTICA DENTAL DE LA ASOCIACIÓN DENTAL ESTADOUNIDENSE

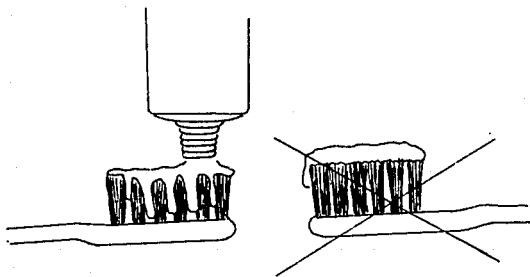


FIG. A.- APLICACIÓN CORRECTA E INCORRECTA (X) DEL DEN
TÍFRICO.

HILO O SEDA DENTAL.

EL USO DEL HILO O SEDA DENTAL ES EL MÉTODO DE ---
ELECCIÓN PARA LA REMOCIÓN INTERPROXIMAL DE LA PLACA --
BACTERIANA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS.

NO SE DEBE ENSEÑAR EL USO DE LA SEDA DENTAL HASTA
QUE EL PACIENTE HAYA DEMOSTRADO UN GRADO ACEPTABLE DE--
EFICACIA Y APROVECHAMIENTO CON LAS TABLETAS REVELADO--
RAS Y EL CEPILLO. ENTONCES SE LE DAN INSTRUCCIONES -
PARA QUE UTILICE LA SEDA EN LAS ÁREAS QUE SON RELATIVA
MENTE INNACCESIBLES AL CEPILLO.

HAY DOS TIPOS DE HILO DENTAL: SEDA ENCERADA Y SE--
DA SIN ENCERAR.

LA SEDA ENCERADA MUESTRA ALGUNOS INCONVENIENTES;-
ES GRUESA, AL INSERTARLA EN LAS ÁREAS DE CONTACTO SE -
FUERZA LA SEPARACIÓN DE LOS DIENTES, A VECES HASTA PRO
DUCIR DOLOR. LO INCÓMODO DE SU USO DESANIMA AL PA---
CIENTE. LA CERA, DESTINADA A QUE LA SEDA SE ENGANCHE
Y SE PARTA, PUEDE QUEDAR ATRAPADA EN LAS ÁREAS INTER--
PROXIMALES Y CONTRIBUIR A AUMENTAR LA INCOMODIDAD DEL-
PACIENTE. ASIMISMO, AL UNIR TODOS LOS FILAMENTOS IN-
DIVIDUALES EN UN SOLO HILO, LA CERA REDUCE MUCHAS SU--

PERFICIES CORTANTES A UNA SOLA, CON LO CUAL DISMINUYE--
SU EFICACIA PARA ELIMINAR LA PLACA Y LAS PARTÍCULAS DE
ALIMENTO.

LA SEDA SIN ENCERAR, MÁS FINA, PUEDE HACERSE PA--
SAR A TRAVÉS DE LAS ÁREAS DE CONTACTO SEPARANDO MUCHO--
MENOS LOS DIENTES Y POR ELLO SU USO ES MÁS CÓMODO.

INSTRUCCIONES:

- 1.- CON UN SUAVE MOVIMIENTO DE VAIVÉN SE LA HACE--
ATRAVESAR EL ÁREA DE CONTACTO DE SUERTE QUE -
NO SALTE BRUSCAMENTE Y NO CORTE EL TEJIDO ---
BLANDO DEL ESPACIO INTERPROXIMAL Y LUEGO SE -
MUEVE HACIA ADELANTE Y HACIA ATRÁS CONTRA AM--
BAS SUPERFICIES DENTALES ADYACENTES.

- 2.- DEBEN ALEJARSE DE LADO LOS MOVIMIENTOS DE VAI--
VÉN EN SENTIDO VESTÍBULO-LINGUAL, YA QUE EL -
USO FRECUENTE DE LA SEDA DENTAL COMBINADA CON
EL DENTÍFRICO TIENDEN A PRODUCIR CORTES ABRA--
SIVOS EN LA SUPERFICIE DEL CEMENTO EXPUESTO Y
DE LA DENTINA.

- 3.- LOS FILAMENTOS SE SEPARAN Y CADA UNO DE ELLOS-- SE CONVIERTE EN UN BORDE CORTANTE INDIVIDUAL-- MENTE QUE DESALOJA Y ELIMINA LA MASA BACTERIANA ACUMULADA Y LOS RESTOS ALIMENTICIOS APRICIONADOS ENTRE LOS DIENTES.
- 4.- CUANDO LAS ÁREAS DE CONTACTO SON UNIONES SOLDADAS, COMO EN LAS RESTAURACIONES Y LAS FÉRULAS-FIJAS, SE PUEDE ENHEBRAR LA SEDA A TRAVÉS DEL ESPACIO INTERPROXIMAL; LUEGO SE MUEVE EN DIRECCIÓN AUTOROPOSTERIOS PARA LIMPIAR EL ÁREA DE TEJIDO SITUADA DEBAJO DEL PÓNTICO.
- 5.- PARA LAS PERSONAS QUE EXPERIMENTAN CIERTA DIFICULTAD CON EL USO MANUAL DE LA SEDA, ESPECIALMENTE EN LA REGION MOLAR, SE RECOMIENDAN ELEMENTOS MECÁNICOS PARA SU USO.

USO DEL HILO O SEDA DENTAL:

SE UTILIZA PARA LOGRAR LA HIGIENE DE LAS SUPERFICIES ENTRE LOS DIENTES.

- 1.- CORTE TROZOS DE 50 cms. DE LONGITUD DE SEDA DENTAL Y ARROLLE SUS EXTREMOS SOBRE LOS DEDOS-- MAYORES. (FIG. A).

- 2.- SE MUESTRA LA LONGITUD DE TRABAJO ADECUADA PARA PASAR EL HILO DE LOS DIENTES INFERIORES, -- MANTÉNGALO ENTRE LAS PUNTAS DE LOS DEDOS ÍNDICES SEPARÁNDOLOS APROXIMADAMENTE DE 1 a 2 CMS. (FIG. B).
- 3.- SE INSERTA Y CONTROLA EL HILO CON LOS DEDOS ÍNDICES. SE MUEVE HACIA ARRIBA Y HACIA ABAJO - SOBRE LAS CARAS PROXIMALES (FIG. C).
- 4.- PARA EL SECTOR SUPERIOR DERECHO MANTENGA EL HILO ENTRE EL PULGAR DERECHO Y EL ÍNDICE IZQUIERDO. (FIG. D).
- 5.- POSICIÓN CORRECTA DE LOS DEDOS CON EL PULGAR - SOBRE LA CARA VESTIBULAR Y EL ÍNDICE DEL LADO PALATINO DE LOS DIENTES. (FIG. (FIG. E)).
- 6.- PARA EL SECTOR SUPERIOR IZQUIERDO, MANTENGA EL HILO ENTRE EL PULGAR IZQUIERDO Y EL ÍNDICE DERECHO. (FIG. F).
- 7.- POSICIÓN CORRECTA DE LOS DEDOS PARA PASAR EL - HILO EN EL SECTOR SUPERIOR IZQUIERDO, CON EL-- PULGAR DEL LADO VESTIBULAR Y EL ÍNDICE DEL LADO PALATINO DE LOS DIENTES. (FIG. G).

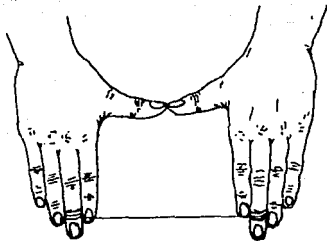


FIGURA A.

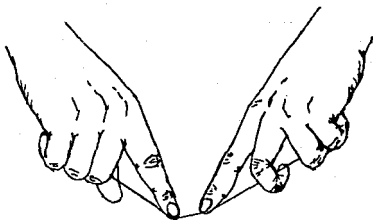


FIGURA B.

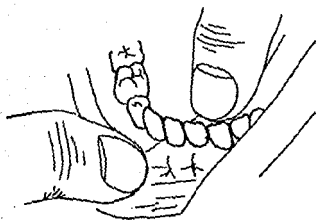


FIGURA C

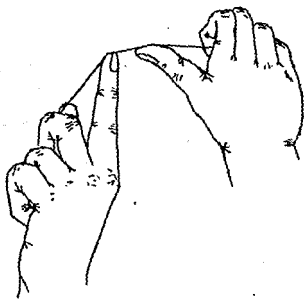


FIGURA D

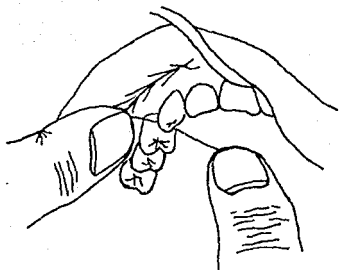


FIGURA E

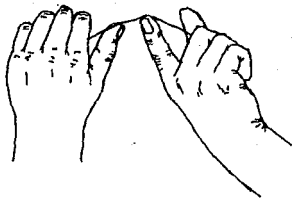


FIGURA F

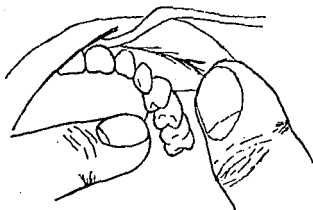


FIGURA G.

OTROS ELEMENTOS COADYUVANTES DE LA HIGIENE ORAL.

TRADICIONALMENTE SE HAN UTILIZADO MONDADIENTES DE DISTINTOS MATERIALES Y DISEÑOS PARA LA REMOCIÓN DE LOS RESTOS DE ALIMENTOS Y LA PLACA INTERPROXIMAL. EXCEPTUANDO LA ELIMINACIÓN DEL ALIMENTO IMPACTADO, SURGE DE ESTUDIOS RECIENTES QUE LOS MONDADIENTES NO SON GENERALMENTE TAN EFECTIVOS COMO LA SEDA DENTAL, EN ESPECIAL PARA LA REMOCIÓN DE LA PLACA INTERDENTARIA, Y SU CLARO POTENCIAL DE PROVOCAR EFECTOS DAÑINOS TAMBIÉN HA LIMITADO SU USO A FAVOR DE AQUELLA. SE RECOMIENDAN ELEMENTOS -

PARA EL MASAJE Y LA ESTIMULACIÓN DE LOS TEJIDOS GINGIVALES.

SE HA DEMOSTRADO QUE EN FORMA MUY CONVINCENTE QUE LA SALUD GINGIVAL SE MANTIENE CON LA REMOCIÓN PERIÓDICA DE LA PLACA DE LOS DIENTES SIN MASAJE GINGIVAL. CUALQUIER REDUCCIÓN DE LA INFLAMACIÓN GINGIVAL ASOCIADA CON EL MASAJE, SE DEBE PROBABLEMENTE A LA REMOCIÓN DE LA PLACA Y LAS TOXINAS DEL SURCO POR EL MASAJE, MÁS QUE A LA ESTIMULACIÓN DE LA CIRCULACIÓN Y DEL METABOLISMO. COMO LA REMOCIÓN DE LA PLACA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS PUEDE REALIZARSE EN FORMA MÁS EFICIENTE CON EL CEPILLADO Y EL USO DE HILOS QUE CON EL MASAJE, ESTE NO SE USA MUCHO YA, EXCEPTO OCASIONALMENTE COMO UNA AYUDA TEMPORARIA EN LA ELIMINACIÓN DE LA PLACA Y LOS RESTOS CREVICULARES CUANDO LA ENCÍA ESTÁ MUY BLANDA E HINCHADA, CON UNA FALTA EVIDENTE DE CAPACIDAD PARA UNA ÍNTIMA ADAPTACIÓN A LOS DIENTES.

DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS HAN APARECIDO UNA CANTIDAD DE IRRIGADORES PARA LA HIGIENE ORAL. SE LOS HA RECOMENDADO PARA PACIENTES CON APARATOS DE PRÓTESIS FIJA. UTILIZADOS SOLOS, ÉSTOS IRRIGADORES NO CUMPLEN SATISFACTORIAMENTE LA REMOCIÓN DE LA PLACA. LA IRRIGACIÓN FORZADA DEBE SER UTILIZADA CON PRECAUCIÓN EN AQUELLOS PA--

CIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL ACTIVA, EN ESPECIAL--
SI EXISTE UNA HISTORIA DE FIEBRE REUMÁTICA O DIABETES,--
YA QUE EL PELIGRO DE BACTEREMIA PARECE SER MAYOR CON ES
TOS ELEMENTOS QUE CON EL CEPILLADO COMÚN. AUNQUE EL--
USO DE IRRIGADORES EN PACIENTES CON HIGIENE ORAL TOTAL-
MENTE INADECUADA PUEDE TENER CIERTO BENEFICIO, SE PUEDE
LOGRAR UNA MAYOR Y MÁS SEGURA MEJORÍA CON LOS MÉTODOS -
CONVENCIONALES DE HIGIENE ORAL.

SELECCIÓN DE ELEMENTOS AUXILIARES DE LA LIMIEZA INTER--
DENTAL.

CON EL PROPÓSITO DE SELECCIONAR LOS ELEMENTOS DE -
LIMPIEZA INTERDENTAL MÁS ADECUADOS, SE PUEDEN DISTIN---
GUIR TRES TIPOS DE NICHOS INTERPROXIMALES.

LOS NICHOS DE TIPO I ESTÁN TOTALMENTE OCUPADOS --
POR LAS PAPILAS INTERDENTALES. LOS NICHOS DE TIPO II--
SE CARACTERIZAN POR UNA RESECIÓN ENTRE LEVE Y MODERADA--
DE LAS PAPILAS INTERDENTALES.

LOS NICHOS TIPO III SON CREADOS POR LA RECESIÓN EX
TENSA O LA PÉRDIDA TOTAL DE LAS PAPILAS INTERDENTALES.

LOS NICHOS DE TIPO I HAY QUE USAR EL HILO DENTAL.
ES EL ÚNICO ELEMENTO QUE PUEDE SER PASADO POR ESPACIOS--

TAN ANGOSTOS SIN APLASTAR LAS PAPILAS APICALMENTE, LO QUE INDUCIRÍA UNA RECESIÓN GINGIVAL INADECUADA.

LOS NICHOS DE TIPO II HAY QUE USAR CEPILLOS INTERDENTALES PEQUEÑOS. EN NICHOS DE TIPO III, ES ACONSEJABLE EL USO DE CEPILLOS MÁS GRANDES COMO SON LOS UNIPENACHOS.

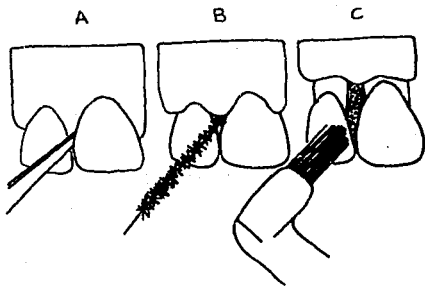


FIG. TIPOS DE NICHOS INTERPROXIMAL Y SUS CORRESPONDIENTES LIMPIADORES INTERDENTALES. A, TIPO I, NO HAY RECESIÓN GINGIVAL: HILO DENTAL. B, TIPO II, RECESIÓN-PAPILAR MODERADA: CEPILLO INTERDENTAL. C, TIPO III, PÉRDIDA COMPLETA DE LAS PAPILAS: CEPILLO UNIPENACHO.

GLUCONATO DE CLORHEXIDINA:

DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS HA APARECIDO UNA GRAN CANTIDAD DE ARTÍCULOS, CON RESPECTO AL USO DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA TANTO PARA LA PREVENCIÓN, COMO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA PLACA DENTAL SUPRAGINGIVAL. SE HA DEMOSTRADO DEFINITIVAMENTE QUE ESTA DROGA ES EFECTIVA EN LA PREVENCIÓN DEL DESARROLLO DE LA GINGIVITIS CUANDO SE LA EMPLEA EN UNA SOLUCIÓN AL 0.2% COMO ENJUAGATORIO BUCCAL DOS VECES POR DÍA O APLICADA TÓPICAMENTE SOBRE LOS DIENTES EN UNA SOLUCION AL 1% UNA VEZ POR DÍA.

EL ESTADO ACTUAL DE LA CLORHEXIDINA ES EL CONTROL-DE LA PLACA Y PUEDE RESUMIRSE EN:

- 1) LA CLORHEXIDINA ES UNA DROGA VALIOSA EN LOS CASOS EN LOS QUE EL CONTROL DE PLACA CONVENCIONAL ES DIFÍCIL O IMPOSIBLE DURANTE UN PERÍODO DE TIEMPO LIMITADO (POR EJEMPLO, UNAS POCAS SEMANAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA PERIODONTAL).
- 2) LAS ENCÍAS PUEDEN MANTENERSE SANAS DURANTE UN PERÍODO DE TIEMPO PROLONGADO CON EL USO DE LA DROGA DOS VECES POR DÍA.
- 3) SIN EMBARGO, LA PERIODONTITIS DESTRUCTIVA ESTABLECIDA CON BOLSAS Y TÁRTARO SUBGINGIVAL PARECE

NO SER AFECTADA POR LA DROGA.

- 4) ALGUNAS INFLAMACIONES DE LA MUCOSA, LA ALTERA---
CIÓN DEL COLOR DE LOS DIENTES Y LAS OBTURACIONES
ASÍ COMO UN SABOR OBJETABLE, HACEN QUE EL USO DE
LA DROGA EN FORMA RUTINARIA SEA IMPROBABLE, AUN-
QUE SEA APROBADA PARA SU EMPLEO.

SOLO SE HA CONJETURADO QUE EN EL GRAN GRUPO DE DE--
SINFECTANTES CATIONICOS, PROBABLEMENTE HABRÍA ALGUNAS --
SUSTANCIAS, ADEMÁS DE LA CLORHEXIDINA, CON SIMILARES PRO
PIEDADES INHIBITORIAS DE LA PLACA.

EN ALGÚN MOMENTO DEL FUTURO PODRÍA SER FACTIBLE UN-
VERDADERO CONTROL QUÍMICO DE LA PLACA. SIN EMBARGO, SU
UTILIDAD ESTÁ LIMITADA POR EL PELIGRO DE DESARROLLAR RE-
SISTENCIA BACTERIANA Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD.

FLUORURO:

EL FLUORURO, ES UN IÓN ESENCIAL PARA LA FORMACIÓN--
DEL TEJIDO DURO RESISTENTE; EFICAZ COMO AGENTE PARA PRE-
VENIR LA CARIES DENTAL.

LA PRESENCIA DE FLÚOR EN AGUA SE HA UTILIZADO EN --
FORMA DE ADITIVO EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS. EN LAS ---
AGUAS DE CONSUMO DURANTE LOS AÑOS DE FORMACIÓN DENTARIA,

TRAJE COMO RESULTADO LA CONSTITUCIÓN DE CRISTALES DE FLUOROPATITA, QUE SON MENOS SOLUBLES Y MÁS RESISTENTES A LA CARIES QUE LA ESPECIE MINERAL HABITUAL DE LOS TEJIDOS Duros, LA HIDROXIAPATITA. ESTA EJERCE UNA PODEROSA INFLUENCIA ANTICARIOGÉNICA SOBRE EL PRODUCTO TISULAR MINERALIZADO FINAL.

EL EFECTO SISTÉMICO DEL FLUORURO EN EL AGUA DE CONSUMO EN PEQUEÑAS CANTIDADES (UNAPARTE POR MILLÓN) DURANTE LA MINERALIZACIÓN PRIMARIA DE LOS TEJIDOS Duros DEL DIENTE SE ASOCIA CON UNA REDUCCIÓN DE APROXIMADAMENTE EL 60% EN EXPERIENCIAS SOBRE CARIES CLÍNICAS EN NIÑOS. LA INCORPORACION DE FLÚOR EN LA FASE MINERAL SE CREE QUE OCURRE EN 3 ESTADIOS:

- 1.- LA CAPTACIÓN DE FLUORUROS EN LA CAPARAZÓN-DE HIDRACIÓN DE LA HIDROXIAPATITA.
- 2.- LA FIJACIÓN DEL FLUORURO EN LA SUPERFICIE-DE LOS CRISTALES Y
- 3.- EVENTUALMENTE EL INTERCAMBIO DE IONES FLÚOR DE LOS OXIDRILOS DEL RETICULADO CRISTALINO

LA MAGNITUD DEL EFECTO DE LA APLICACIÓN TÓPICA DEL-FLUORURO DEPENDE DE QUE ÉSTA HAYA ESTADO PRESENTE DURANTE LA FORMACIÓN DENTARIA (EFECTO ADITIVO), LO PRIMERO AU

MENTA MENOS LA PROTECCIÓN QUE LO ÚLTIMO, SIENDO EL VEHÍCULO LO MÁS IMPORTANTE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FLUORURO EL - SUMINISTRO PÚBLICO DE AGUA.

EL FLÚOR Y SUS REPERCUSIONES:

EL FLÚOR ES "NECESARIO PARA LOS DIENTES", PERO LA NECESIDAD ES SUMAMENTE INSIGNIFICANTE, DE MODO QUE POCO A POCO SE ABUSE DE LA INGESTIÓN, TANTO EN EL CONCEPTO DE -- AGUAS FLUORADAS COMO EN EL CONTENIDO, EN LA ALIMENTACIÓN, SOBREPASARÁ LA TASA SEÑALADA COMO TÉRMINO MEDIO, CAUSANDO ENTONCES EL LLAMADO "VETEADO DENTARIO" CUANDO LA CULPA EN REALIDAD NO ES TOTALMENTE DEL FLÚOR, SINO DE OTROS ÓLIGO-ELEMENTOS, QUE FORMAN TAMBIÉN PARTE DEL PROBLEMA DE LA -- ALIMENTACIÓN.

EL PAPEL DEL FLÚOR SE PUEDE RESUMIR ASÍ: SU DEFECTO-PREDISPONE A LA CARIES DENTARIA, SU EXCESO LA EVITA, PERO CUANDO SOBREPASA CIERTOS LÍMITES, DÁ LUGAR A QUE APAREZCA EN LOS DIENTES UNA PIGMENTACIÓN MASIVA DEL ESMALTE, CON - UNAS MANCHAS QUE PUDIERAMOS DECIR "TÍPICAS" Y CASI EXCLUSIVAS DE ESTE EXCESO DE APORTE DE FLÚOR.

EN INVESTIGACIONES SE HA ENCONTRADO QUE EN DIFERENTES REGIONES HAY GRAN PREDISPOSICIÓN A LOS DIENTES VETEADOS EN LA DENTICIÓN PERMANENTE. Y PARECE SER QUE ÉSTOS-

DIENTES VETEADOS SON COMPLETAMENTE REFRACTARIOS A LA CARRIES.

OTRA CUALIDAD, ES QUE MODIFICA EN SENTIDO FAVORABLE A LA SALIVA, PROTEGIENDO LOS DIENTES CONTRA LAS ENFERMEDADES DESTRUCTIVAS.

NO SE CONOCEN LOS EFECTOS DEL METABOLISMO DEL FLÚOR EN EL ORGANISMO HUMANO, YA QUE APARTE DE SU VALOR PROFILÁCTICO DENTARIO, EXISTEN DETERMINADAS MANIFESTACIONES DE LA INTOXICACIÓN DEL MISMO POR EL FLÚOR.

EL FLÚOR ATACA A DETERMINADOS TEJIDOS DUROS DEL ORGANISMO, TALES COMO HUESOS, LLEGANDO A PROVOCAR CAMBIOS HISTOLÓGICOS Y QUÍMICOS EN CASI TODO EL ESQUELETO, SOBRE TODO EN VÉRTEBRAS, PÉLVIS, COSTILLAS, Y ALGUNAS MALFORMACIONES DE LOS HUESOS DE LA MANDÍBULA.

EL CONTENIDO DE FLÚOR DE LOS INTOXICADOS FLUÓRICOS PUEDE ELEVARSE SOBRE LO NORMAL, Y EN TALES CASOS LOS HUESOS PUEDEN LLEGAR A PESAR HASTA TRES VECES MÁS, MOSTRANDO UN MARCADO ENGROSAMIENTO POR APOSICIÓN DEL HUESO PERIOSTAL, COINCIDIENDO CON UNA CARACTERÍSTICA DE ESCLEROSIS CON LA CONSIGUIENTE CONDENSACIÓN ÓSEA.

LAS CAUSAS INTOXICANTES DEL FLÚOR ES NECESARIO EL --
"CONTROL" DE ESTE ÓLIGO-ELEMENTO, NO SOLAMENTE EN EL AGUA
SINO EN LA ALIMENTACIÓN.

EL FLÚOR ES MÁS NECESARIO A LOS JÓVENES QUE A LOS --
ADULTOS Y ANCIANOS.

A LOS PRIMEROS HABRÁ QUE ATENDER QUE SU DIETA Y EL --
EL AGUA DE CONSUMO DIARIO SEA RICA EN FLÚOR, EN LOS SEGUN
DOS, EL FLÚOR ES ABSOLUTAMENTE INNECESARIO.

EL FLÚOR PROVOCA UNA BAJA EN LA HEMOGLOBINA Y LA CAN
TIDAD DE HIERRO DEL HÍGADO DECRECE EN LA INTOXICACIÓN POR
FLÚOR, Y AUNQUE NO ESTÉ BIEN CONOCIDA LA EVOLUCIÓN METABÓ
LICA DEL FLÚOR EN EL ORGANISMO, ES NECESARIO QUE ESTÉ NI
VELADO EN ÉL.

APLICACIÓN TÓPICA:

PARA LA APLICACIÓN DE LAS SOLUCIONES DE COMPUESTOS --
DE FLÚOR, UNA SENCILLA TÉCNICA, CAPAZ DE PRODUCIR MODIFI
CACIONES CONVENIENTES: EN ESTA TÉCNICA SE APLICA DURANTE
3 MINUTOS UNA SOLUCIÓN AL 2% DE FLUORURO SÓDICO.

PASOS:

- 1.- LIMPIAR LAS SUPERFICIES DE LA CORONA DE LOS DIEN

TES USANDO UNA VENTOSA DE GOMA Y UNA FINA PASTA
PÓMEZ.

- 2.- SE ELIMINA DE LA BOCA TODO INDICIO DE LA PASTA-
MEDIANTE AGUA A PRESIÓN Y UN ENJUAGUE.
- 3.- SE AÍSLAN DESPUÉS LOS DIENTES LIMPIOS CON RO---
LLOS DE ALGODÓN.

NOTA: PUEDEN TRATARSE CADA VEZ LA MITAD DE LOS-
DIENTES AISLANDO LOS CUADRANTES SUPERIOR-
E INFERIOR DE CADA LADO. DEBE CUIDARSE-
LA COLOCACIÓN DE LOS ROLLOS DE ALGODÓN PA
RA QUE NO ABSORBAN LA SOLUCIÓN APLICADA.

- 4.- DESPUÉS DE HABER AISLADO LOS DIENTES, ÉSTOS SON
SECADOS CUIDADOSAMENTE CON AIRE COMPRIMIDO, ---
PRESTANDO PARTICULAR ATENCIÓN A LAS SUPERFICIES
PROXIMALES.

- 5.- SE APLICA LA SOLUCIÓN DE FLUORURO A LAS SUPERFI
CIES SECAS DEL ESMALTE DE LOS DIENTES CON UN PE
QUEÑO APLICADOR DE ALGODÓN.

"SI LA SOLUCIÓN SE APLICA CORRECTAMENTE, PODRÁ-
OBSERVARSE COMO SE HUMEDECEN TODAS LAS SUPERFI
CIES, INCLUSO LAS PROXIMALES".

6.- LA SOLUCIÓN SE DEJA SECAR AL AIRE DURANTE 3 MINUTOS APROXIMADAMENTE, AL FINAL SE QUITAN LOS ROLLOS DE ALGODÓN Y EL PACIENTE PUEDE ENJUAGARSE SI LO DESEA.

"PARA TENER UN EFECTO SATISFACTORIO EN LA PROTECCIÓN CONTRA LA CARIES, DEBE REPETIRSE ESTE PROCESO 4 VECES A INTERVALOS SEMANALES, Y PUEDE EMITIRSE EN LA SEGUNDA, TERCERA Y CUARTA SESIONES DE LA PROFILAXIS PREVIA".

UNA TÉCNICA ADECUADA PARA LA APLICACIÓN DE UN GEL DE FLUORURO SÓDICO BAJO SUPERVISIÓN EN CASA O EN EL COLEGIO ES LA DESCRITA. EN ESTA TÉCNICA SE PREPARA PARA CADA ARCADE DE LA BOCA UNA PIEZA DE POLIVINILIO SIMILAR EN FORMA A LOS PROTECTORES BUCALES DE LOS ATLETAS. ESTOS APLICADORES SE LLENAN CON UN GEL AL 2% DE FLUORURO SÓDICO Y SE INSERTAN EN LA BOCA DURANTE 6 MINUTOS. CADA DÍA EN EL MOMENTO CONVENIENTE.

NO SON ABSOLUTAMENTE NECESARIOS EL SECADO DE LA BOCA O LA LIMPIEZA PREVIA DE LOS DIENTES CON UN DENTÍFRICO

EL USO DIARIO DE ESTA TÉCNICA EN UNA PRUEBA DESARROLLADA EN UN PERÍODO DE 2 AÑOS CONDUJO A UNA REDUCCIÓN NOTABLE EN EL INCREMENTO DE LA CARIES.

SELLADORES PARA PUNTOS Y FISURAS.

SIGUE TENIENDO UNA ALTA PRIORIDAD EN ODONTOLOGÍA -- PREVENTIVA. EN LA ACTUALIDAD HAY UN IMPORTANTE INTERÉS EN OBTURAR Y SELLAR LOS PUNTOS Y FISURAS CON RESINA. AUN QUE EL VERDADERO IMPACTO A LARGO PLAZO DE ESTE TRATAMIENTO PREVENTIVO DE 4 y 5 AÑOS DE DURACIÓN, DEMUESTRAN QUE CUANDO EL SELLADO ESTÁ INTACTO, LA CARIES SE HA PREVENIDO DE ESTOS DEFECTOS DEL DESARROLLO. LOS BENEFICIOS -- HAN SIDO RECONOCIDOS POR EL COUNCIL ON DENTAL MATERIALS- AND DEVICES HA INICIADO UN PROGRAMA DE ACEPTACIÓN PARA -- LOS MATERIALES DE SELLADORES INERTES DE PUNTOS Y FISURAS DENOMINÁNDOLOS "MATERIALES PARA RESTAURAR O SELLAR UNA -- REGION ANATÓMICAMENTE DEFICIENTE DEL DIENTE PARA COMPLETAR EL TRATAMIENTO PROFESIONAL REGULAR EN UN PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA."

PASOS A SEGUIR PARA REALIZAR LA APLICACIÓN DE SELLADORES PARA PUNTOS Y FISURAS:

INDICACIONES:

- 1.- LIMPIAR LA SUPERFICIE DEL ESMALTE CON UNA-MEZCLA DE AGUA Y PIEDRA PÓNEZ.
- 2.- ENJUAGAR BIEN CON AGUA.

3.- AISLAR EL DIENTE A SER SELLADO CON GOMA,--
DIQUE O ROLLOS DE ALGODÓN.

4.- SECAR.

NOTA.- SE DEBERÁ TENER CUIDADO AL EFEC---
TUAR TRATAMIENTOS DE FLUORURO INMEDIATA--
MENTE ANTES DE APLICAR EL SELLANTE. NO-
DEBE USARSE PASTA PARA PROFILAXIS QUE CONU
TENGA ACEITES ESENCIALES (EL FLUORURO Y --
LOS ACEITES IMPEDIRÁN EL ACONDICIONAMIE--
TO DEL ESMALTE).

5._ APLICAR LA SOLUCIÓN DESCALCIFICADORA (40%
DE ÁCIDO DE FÓSFORO), A LOS DIENTES AISLAU
DOS, CON TORUNDA DE ALGODÓN.

6.- NO FROTAR LOS DIENTES; ENJUAGAR CON AGUA-
Y SECAR.

NOTA.- ¡CUIDADO! LA CONTAMINACIÓN CON SA-
LIVA O HUMEDAD SERÁN UN OBSTÁCULO PARA LOU
GRAR LA ADHESIÓN DEL SELLANTE AL ESMALTE
DESCALCIFICADO.

7.- CUANDO ESTÉN SECOS LOS DIENTES DEBEN TE--
NER UNA APARIENCIA DE BLANCO TIZA. SE -
APLICA EL MATERIAL SELLANTE, Y SE DEJA SEU
CAR.

8.- ASEGÚRESE DE QUE EL MATERIAL SELLANTE HABCUBIERTO POR COMPLETO TODAS LAS FISURAS. SI DURANTE EL EXAMEN SE NOTA FALTA DE MATERIAL EN CUALQUIER FISURA, O APARECE ALDESCUBIERTO ALGÚN SURCO ANATÓMICO, SE REPITEN LAS ETAPAS DE ACONDICIONAMIENTO Y APLICACIÓN.

9.- REVISE EL SELLANTE DURANTE LAS VISITAS RUTINARIAS DE SUS PACIENTES Y REAPLIQUE ELSELLANTE CUANDO SEA NECESARIO.

NOTA.- LA APLICACIÓN DE UN EXCESO DE SELLANTE PUEDE CAUSAR UNA PEQUEÑA MALOCLUSIÓN. ESTOS DESNIVELES SE GASTARÁN RÁPIDAMENTE, GENERALMENTE DE 24 a 48 HORAS.

AUNQUE SE HAN UTILIZADO CLÍNICAMENTE UNA CANTIDADDE MATERIALES PARA SELLAR LOS PUNTOS Y FISURAS, EL PRODUCTO DE REACCIÓN DEL BISFENOL A CON EL METACRILATO DEGLICIDILO Y EL METACRILATO DE METILO (BIS/GMA) HA DEMOSTRADO EL MAYOR POTENCIAL EN ESTE MOMENTO. ESTA FÓRMULA ES LA MATRIZ BÁSICA DE LA RESINA DE LOS MATERIALES UTILIZADOS EN SELLADORES PARA PUNTOS Y FISURAS.

SUBSTANCIAS REVELANTES.

ÉSTAS SON SOLUCIONES Y COMPRIMIDOS CAPACES DE COLOREAR DEPÓSITOS BACTERIANOS QUE SE HALLAN EN LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES, LA LENGUA Y LA ENCÍA. SON EXCELENTES ELEMENTOS AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL PORQUE PROPORCIONA AL PACIENTE UNA HERRAMIENTA DE EDUCACIÓN Y AUTOMOTIVACIÓN PARA MEJORAR SU EFICACIA EN EL CONTROL DE LA PLACA.

SOLUCIONES:

1.- FUCSINA BÁSICA	6g.
ALCOHOL ETÍLICO, 95 POR 100ml.	
AGREGAR DOS GOTAS AL AGUA EN UN VASO.	
2.- YODURO DE POTASIO	1.6g.
CRISTALES DE YODO	1.6g.
AGUA	13.4ml.
GLICERINA c. s.	30.0ml.

LAS SOLUCIONES SE APLICAN SOBRE LOS DIENTES COMO -
CONCENTRADOS EN BOLITAS DE ALGODÓN O COMO DILUCIONES EN
ENJUAGATORIOS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SUELEN PRODUCIR EL TENIDO INTENSO DE LA PLACA BACTERIANA, ENCÍAS, LENGUA, LABIOS, DEDOS SALIVADERA. POR ELLO, SON ÚTILES EN EL CONSULTORIO DENTAL ÚNICAMENTE -- CUANDO SE DESEA HACER UNA DEMOSTRACIÓN DE DEPÓSITOS BACTERIANOS QUE IMPRESIONE AL PACIENTE.

LAS SOLUCIONES NO SON RECOMENDABLES PARA EL USO CASERO DEBIDO A ESTE INCONVENIENTE EFECTO DE COLORACIÓN-- QUE PUEDE ACTUAR COMO FACTOR DE DISUACIÓN Y NO DE MOTIVACIÓN.

COMPRIMIDOS:

1.- ROJO #3F.D.C.(ERITROSINA)		15mg.
2.- CLORURO DE SODIO.	0.747%	
3.- SUCARYL SÓDICO.	0.747%	
4.- ESTEARATO DE CALCIO	0.995%	
5.- SACARINA SOLUBLE.	0.186%	
6.- ACEITE BLANCO.	0.124%	
7.- SAPORIFERO (APROBADO POR F.D.A)	2.239%	
8.- SORBITOL	c.s.	7.0mg.

LOS COMPRIMIDOS SON TRITURADOS ENTRE LOS DIENTES Y MANTENIDOS EN LA BOCA DURANTE UNOS 30 SEGUNDOS. DEBIDO A LA CONVENIENTE FORMA DE APLICACIÓN, SE LOS RECOMIENDA ESPECÍFICAMENTE PARA EL USO DOMÉSTICO.

ES OBVIO QUE EL MERO AGREGADO DE SUBSTANCIAS REVELANTES A LAS INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL, NO ES MOTIVACIÓN SUFICIENTE PARA QUE EL PACIENTE LIMPIE MEJOR SUS DIENTES. SIN EMBARGO, LA REALIMENTACIÓN VISUAL PUEDE SER UN ASPECTO IMPORTANTE PARA LA EDUCACIÓN, SE UTILIZA JUNTO CON OTRAS TÉCNICAS.

FRECUENCIA DE LA LIMPIEZA DENTAL.

ESTUDIOS RECIENTES HAN COMPROBADO QUE EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD ORAL ES COMPATIBLE CON LA ELIMINACIÓN MINUCIOSA DE LA PLACA HECHA CADA 24 a 48 HORAS. DE AHÍ QUE LA VALIDEZ DE LA CLÁSICA RECOMENDACIÓN DE CEPILLAR LOS DIENTES DESPUÉS DE CADA COMIDA Y ANTES DE DORMIR.

MUCHOS ESTUDIOS HAN INFORMADO SOBRE EL MEJORAMIENTO DE SALUD ORAL RELACIONADO CON LA MAYOR FRECUENCIA DEL CEPILLADO. MAYORES FRECUENCIAS DE LIMPIEZA, ESTOS, TRES VECES POR DÍA O MÁS.

EN TÉRMINOS PRÁCTICOS SE RECOMIENDA HACER DOS CEPILLADOS DIARIOS, UNO DE ELLOS SUMAMENTE MINUCIOSO.

CUANDO LA HIGIENE BUCAL PERSONAL ES COMPLEMENTADA POR LA LIMPIEZA DENTAL PROFESIONAL, ESTO ES, LA ELIMINACIÓN COMPLETA DE DEPÓSITOS UNA VEZ CADA 2 a 4 SEMANAS, LA SALUD ORAL PUEDE SER ÓPTIMA. EN CONCLUSIÓN HAY QUE HACER HINCAPIE EN LA EFICIENCIA MÁS QUE EN LA FRECUENCIA DE LA LIMPIEZA DENTAL.

CAPÍTULO V

DIETA COMO MEDIDA PREVENTIVA

DIETA:

LA ALIMENTACIÓN BUCAL ES FUNDAMENTAL PARA LA APARICIÓN DE LA CARIES DENTAL. CIERTOS CONSTITUYENTES DE LA DIETA, FUNDAMENTALMENTE AZÚCARES, SE HAN CORRELACIONADO CONSISTENTEMENTE EN UNA RELACIÓN DIRECTA CON LA ACTIVIDAD DE CARIES. LA INTRODUCCIÓN DE MIEL E HIGOS POR EL HOMBRE EN LA DIETA HIZO COMÚN LA INCIDENCIA DE CARIES DENTALES. DESDE ÉPOCAS REMOTAS SE HA CONCENTRADO LA ATENCIÓN SOBRE LAS RELACIONES ENTRE LA DIETA Y LA CARIES DENTAL.

EN INGLATERRA, DURANTE LOS 2,000 AÑOS QUE REPRESENTARON EL PERÍODO DESDE LA EDAD DE HIERRO A LA ÉPOCA MEDIEVAL, EL PAN NEGRO, ÁSPERO, HECHO DE CENTENO O CEBADA, EL PRINCIPAL ELEMENTO DE LA DIETA. NO FUÉ HASTA EL SIGLO XII DE NUESTRA ERA, QUE SE PUDO OBTENER SACAROSA CUANDO SE IMPORTARON PEQUEÑAS CANTIDADES. SE HA SUGERIDO QUE LAS CONDICIONES MÁS CIVILIZADAS DEL PERÍODO ROMANO, LA DIETA REFINADA, Y EL PAN DE TRIGO MOLIDO FINO, LLEVARON AL AUMENTO DE LA TASA DE CARIES. LA INTRODUCCIÓN DE LOS CONS

TITUYENTES DIETÉTICOS MODERNOS AL HOMBRE "PRIMITIVO" AISLADOS., HA PROVISTO UNA VALIOSA Y ÚNICA OPORTUNIDAD DE - OBSERVAR MILES DE AÑOS DE CAMBIO EN MENOS DE UNA DÉCADA. LOS RASGOS PRINCIPALES QUE SE CORRELACIONAN CON LOS CAMBIOS ESPECTACULARES EN LA EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL - DE LAS POBLACIONES CUANDO SE CIVILIZAN DEBIDO A TRES FACTORES: VARIACIÓN DE INCIDENCIA DE CARIES DENTAL ALTA, BAJA, DE ACUERDO A ESTOS FACTORES:

- 1) FACTORES PROTECTORES ELIMINADOS DE LOS ALIMENTOS DURANTE LA COSECHA, EL PROCESAMIENTO, EL ALMACENAMIENTO O LA PREPARACIÓN.
- 2) FACTORES CARIOGÉNICOS AGREGADOS A LOS ALIMENTOS.
- 3) CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DE ALIMENTACION; TALES COMO MENOS CONSUMO DE PROTEÍNAS Y MAYOR INGESTA DE CARBOHIDRATOS, LO MISMO QUE UNA - MAYOR FRECUENCIA DE INGESTIÓN.

LA ELIMINACIÓN DE LOS FACTORES PROTECTORES POR EL REFINAMIENTO DEL ALIMENTO CUANDO SE INFORMÓ QUE EN DIETAS - RICAS EN FÓSFORO EVIDENCIABAN MENOS CARIES DENTALES, QUE - EN AQUELLAS A LAS QUE SE LES HABÍA DISMINUÍDO EL NIVEL DE ESE ELEMENTO. ESTO SE CORRELACIONABA CON EL AUMENTO OBSERVADO EN LA INCIDENCIA DE CARIES DENTALES CUANDO LA GEN

TE "PRIMITIVA" MODERNA ADOPTÓ EL MODO DE VIDA EUROPEO. EL AZÚCAR CLARAMENTE ENCABEZA LA LISTA DE LOS ALIMENTOS CARIOGÉNICOS. LA SACAROSA EN EL AZÚCAR MÁS CARIOGÉNICA. - EN VIRTUD DE SU USO COMÚN Y DE LA DESTRUCCIÓN DE LA DENTICIÓN QUE PRODUCE SU UTILIZACIÓN DE LA SACAROSA HA SIDO -- LLAMADA EL "ASTUTO CRIMINAL" DE LA CARIES DENTAL.

EL COMERCIO Y LA INDUSTRIA DE DISTINTOS PERÍODOS DE TIEMPO, SE NOTÓ EN EL SIGLO XVII QUE FUÉ UNA ÉPOCA DE MAYOR CAMBIO, LA INDUSTRIA AZUCARERA SE ESTABA ESTABLECIENDO. EL AZÚCAR SE HIZO MÁS BARATA Y MÁS ACCESIBLE. ADEMÁS, LOS MÉTODOS MEJORADOS DE MOLIENDA LLEVARON A QUE EL PAN SE HICIERA CON HARINA CADA VEZ MÁS REFINADA. LA TASA DE CARIES AUMENTÓ CONSIDERABLEMENTE EN ESTE PERÍODO.

A FINES DEL SIGLO XIX LA PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE CARIES FUÉ PRÁCTICAMENTE LA MISMA QUE LA QUE SE ENCUENTRA EN LA ACTUALIDAD. LA INTRODUCCIÓN DE AZÚCAR REFINADO EN LA DIETA DEL HOMBRE "PRIMITIVO" MODERNO HA SIDO UNIVERSALMENTE ACOMPAÑADA DE LA INSTALACIÓN Y ACELERACIÓN DE ACTIVIDAD DE CARIES DENTAL. UNO DE LOS ESTUDIOS MÁS INFORMATIVOS DE LA INFLUENCIA SOBRE LA CARIES DENTAL EJERCIDO POR LA SACAROSA, SE HALLÓ QUE LA SACAROSA EN FORMA LÍQUIDA CONSUMIDA CON LAS COMIDAS EJERCÍA PRÁCTICAMENTE UNA INFLUENCIA CARIOGÉNICA NULA, AUNQUE SE CONSUMIERA UNA CAN

TIDAD DE AZUCAR APROXIMADAMENTE 10 VECES SUPERIORI POR _
ÓTRA PARTE CUANDO EL AZÚCAR SE INGERÍA ENTRE LAS COMIDAS-
(INGESTA FRECUENTE) O EN UNA FORMA QUE PERMANECIERA EN LA
CAVIDAD BUCAL (CAMELOS RETENTIVOS PEGAJOSOS), LA ACTIVI
DAD DE CARIES AUMENTABA ESPECTACULARMENTE. PUEDE AFIR--
MARSE QUE, EN LUGAR DE LA CANTIDAD DE SACAROSA INGERIDA -
LO IMPORTANTE ES LA FRECUENCIA CON QUE SE INGIERE.

EN UNA SOCIEDAD CIVILIZADA MODERNA, DONDE LA ACTIVI
DAD DE CARIES DENTAL ES ALTA Y DISEMINADA, SI SE EVITA LA
SACAROSA POR RAZONES MÉDICAS, POR EJEMPLO, EN PACIENTES -
CON DIABETES MELLITUS O EN PERSONAS AFECTADAS DE INTOLE--
RANCIA HEREDITARIA A LA FRUCTOSA, LA INCIDENCIA DE CARIES
DENTAL ES MAS BAJA QUE EN LA POBLACIÓN EN GENERAL.

SE HA DEMOSTRADO QUE LA SACAROSA, LA FRUCTUOSA, LA -
LACTOSA, Y LA GLUCOSA, EN ESE ORDEN DECRECIENTE, SON CAU-
SANTES DE LA ODONTÓLISIS.

EN EL HOMBRE, TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA TEÓRICO-
(COMO DADOR DE GLUCOSILLOS UTILIZADOS POR BACTERIAS BUCA-
LES INDÍGENAS ESPECÍFICAS PARA PRODUCIR LA MATRIZ ADHESI-
VA PARA LA PLACA DENTAL Y EL ÁCIDO DURANTE LA DEGRADACIÓN)
Y DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO (ASOCIADO CON LA INTRO-
DUCCIÓN Y LA ACELERACIÓN DE LA CARIES), LA SACAROSA SIGUE
SIENDO LA INFLUENCIA DIETÉTICA MÁS IMPORTANTE.

CONTROL DE LA DIETA ALIMENTICIA.

EL CONTROL DIETÉTICO CONSISTE EN LIMITAR LA FRECUENCIA DE INGESTIÓN DE CARBOHIDRATOS EN PARTICULAR MONOSACÁRIDOS Y DISACÁRIDOS. ESTO CON EL OBJETO DE EDUCAR AL PACIENTE CON EL CONTROL DE SU DIETA, EL DENTISTA DEBE EN PRIMER LUGAR ESTABLECER UNA FAVORABLE COMUNICACIÓN Y DESPUES MOTIVARLE. SIEMPRE DEBERÁN UTILIZARSE TÉRMINOS CLAROS Y ESPECÍFICOS.

LA FORMA MÁS SATISFACTORIA DE ALCANZAR ÉXITO EN ESTE PUNTO ESPEDIR AL PACIENTE QUE RELLENE UN IMPRESO SOBRE SU DIETA Y RELACIONE TODO LO QUE COME Y BEBE AL DÍA DURANTE AL MENOS 3 DE ELLOS Y PROCEDER DESPUÉS DE ANALIZARLO CON EL. EL ÉXITO DE LOS CONSEJOS DIETÉTICOS ESTÁ BASADO EN LA ADOPCIÓN DE UNA ACTITUD POSITIVA. SI SE PONE ÉNFASIS EN UNA COMPLETAPROHIBICIÓN, LA MAYORÍA DE INDIVIDUOS, TANTO ADULTOS COMO NIÑOS, ENCONTRARÁN DIFÍCIL ACEPTAR LOS CONSEJOS OFRECIDOS. SI SE ADOPTA UNA ACTITUD REALISTA, COMO LA DE PERMITIR EL CONSUMO DE CARBOHIDRATOS PERO SÓLO A LAS HORAS DE LAS COMIDAS, Y LUEGO PRESCRIBIR INMEDIATAMENTE LA HIGIENE BUCAL, SE HALLARÁ MÁS COOPERACIÓN EN LOS PACIENTES. SE DEBE ENFATIZAR EN QUE NO ÚNICAMENTE HAY QUE INFORMAR AL PACIENTE, SINO MOTIVARLO. UNA CONVERSACIÓN NO SUFICIENTE; EL PACIENTE DEBE SER INTERROGADO EN CADA VISITA Y ELOGIADO SI COOPERA. SE HA DEMOSTRADO QUE

LA SACAROSA ES MÁS CARIOGÉNICA QUE LOS ALMIDONES, AUNQUE ESTOS ESTÉN COCIDOS. DEL ESTUDIO DEL PH DE LA PLACA BACTERIANA DESPUÉS DE UN ENJUAGUE DE SOLUCIONES CON SACAROSA Y GLUCOSA SE DEDUCE QUE EL DESARROLLO DE LA CARIES ESTÁ ASOCIADO CON UN PH DE LA PLACA BACTERIANA Y CON TODOS LOS ALIMENTOS AZUCARADOS QUE TIENDEN A CONSERVAR DICHO ÍNDICE DE ACIDEZ BAJO, AL PERMANECER LARGO TIEMPO EN LA BOCA. ESTOS ALIMENTOS PROPORCIONAN MATERIAL FÁCILMENTE METABOLIZABLE POR LAS BACTERIAS, Y SE PUEDE SUPONER QUE CAUSAN MÁS DAÑO A LOS DIENTES QUE LOS QUE SE ELIMINAN RÁPIDAMENTE. SE DEDUCE QUE EN CANTIDADES RELATIVAMENTE PEQUEÑAS DE AZÚCAR EN LA DIETA, COMO INGREDIENTE SEPARADO O COMO PARTE DE UNA GALLETA U OTRO DULCE, AUMENTA DE FORMA ESPECTACULAR EL POTENCIAL CARIÓGENO.

CONSIDERANDO ESTOS TRES FACTORES ES POSIBLE PREPARAR DOS TIPOS DE REGÍMENES DIETÉTICOS: UNO PARA EL PACIENTE NORMAL QUE PUEDE CONSIDERARSE RÉGIMEN DE "CUIDADO Y MANTENIMIENTO" Y OTRO PARA PACIENTES QUE MUESTRAN GRAN NÚMERO DE LESIONES ACTIVAS, CUYO CONTROL REQUIERE RESTRICCIONES DIETÉTICAS MÁS VIGOROSAS.

RÉGIMEN NORMAL.- EL PACIENTE DEFINIDO COMO NORMAL PUEDE REALIZAR SUS COMIDAS (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA) -- EVITANDO CONSUMIR EDULCORANTES EN EXCESO, EVITANDO LOS CARNELOS, GALLETAS Y PASTELES. LO IDEAL ES QUE SE REALI-

ZE DESPUÉS DE CADA COMIDA INMEDIATAMENTE UNA BUENA LIMPIEZA BUCAL; EVITANDO COMER ENTRE COMIDAS.

REGIMEN PARA LOS CASOS DE ELEVADA RECURRENCIA DE CARIES.- ESTOS PACIENTES DEBERÁN TOMAR SUS ALIMENTOS (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA) SIN AZÚCAR NI GLUCOSA. LAS COMIDAS DEBEN IR SEGUIDAS INMEDIATAMENTE DE UNA VIGOROSA HIGIENE BUCAL. SE DEBERÁN TOMAR ALIMENTOS DE CONTENIDO -- PROTEÍNICOS SIN NINGUNA SUSTANCIA ENDULZANTE. EVITAR LA TOMA DE ALIMENTOS ENTRE COMIDAS.

CAPÍTULO VI

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL

ENFOQUE DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

LOS DIENTES QUE NO SON VÍCTIMAS DE LA CARIES Y ESCAPAN A LA DESTRUCCIÓN SE CONVIERTEN EN BLANCO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES, QUE SON LA CAUSA PRINCIPAL DE LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES A PARTIR DE LOS 35 AÑOS.

APROXIMADAMENTE 8 DE CADA 10 DIENTES PERDIDOS POR PACIENTES QUE HAN CUMPLIDO LOS 45 AÑOS SON VÍCTIMAS DE ESTE PROCESO COMÚN Y ALTAMENTE DESTRUCTIVO. UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS TRISTES DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, ES QUE CON FRECUENCIA ATACA A PACIENTES QUE HAN PROCURADO POR TODOS LOS MEDIOS CONSERVAR SU BOCA SANA. LA EXPERIENCIA CLÍNICA SUGIERE QUE LOS INDIVIDUOS CON POCA SALUD ORAL HAN PERDIDO LA MAYOR PARTE DE SUS DIENTES DURANTE LOS DECENIOS DE LA MITAD DE VIDA. SOLAMENTE LOS QUE HAN BUSCADO CONCIENZUDAMENTE UNA ASISTENCIA ORAL PREVENTIVA, Y QUE POR LO TANTO, TODAVÍA TIENEN UNA DENTADURA RELATIVAMENTE-COMPLETA, SE VEN SUJETOS AL ATAQUE PERIODONTAL.

EL EXAMEN DE UNA MUESTRA DE ADULTOS REALIZADO POR EL SERVICIO DE SANIDAD NACIONAL REVELÓ QUE ALREDEDOR DE 70% DE LOS INDIVIDUOS DE 20 a 30 AÑOS PRESENTABAN ALGUNOS SIGNOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, Y UNO DE CADA 10, SIGNOS DE FORMACIÓN DE BOLSAS. EN GRUPOS DE EDAD SUPERIORES, MAS DE LA MITAD PRESENTABAN FORMACIÓN DE BOLSAS. LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD ERA MÁS ELEVADA EN LOS HOMBRES QUE EN LAS MUJERES, Y MÁS ELEVADA EN LOS INDIVIDUOS DE RAZA NEGRA QUE EN LOS DE RAZA CAUCÁSICA.

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE ORAL:

EN EL PASADO EL INTERÉS DE LA ODONTOLOGÍA EN LA INVESTIGACIÓN, LA ENSEÑANZA Y LA PRACTICA SE CENTRABA CASI EXCLUSIVAMENTE SOBRE LA CARIES DENTAL, TAL VEZ PORQUE SE TENÍAN POCOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ETIOLOGÍA, LA PREVENCIÓN O EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

VARIOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE ÁMBITO MUNDIAL HAN PUESTO DE MANIFIESTO UNA RELACIÓN DIRECTA E INNEGABLE ENTRE LA HIGIENE ORAL Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. SE USA EL ÍNDICE PERIODONTAL (IP) PARA DETERMINAR EL PREDOMINIO DE LA ENFERMEDAD, Y EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL (IHO) PARA REGISTRAR LOS RESIDUOS Y EL CÁLCULO, HAN DEMOSTRADO UNA RELACIÓN CONSTANTE ENTRE LA LIMPIEZA ORAL Y LA SALUD-

ORAL, O INVERSAMENTE, ENTRE LA PRESENCIA DE RESIDUOS Y --
CÁLCULO EN LA BOCA Y LA EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIO
DONTAL.

EL PROGRAMA DE MAYOR ENTIDAD RADICA EN UNA HIGIENE -
ORAL ADECUADA, ACOMPAÑADA DE LA ASISTENCIA PROFESIONAL RE
GIONAL.

EL INFORME DEL SERVICIO DE SANIDAD NACIONAL EXPONE:
"CIERTAMENTE, PARECE MUY CLARO QUE LA HIGIENE ORAL DEFEC-
TUOSA NO SOLO FACILITARÁ EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD PE-
RIODONTAL, SINO QUE ES UNA DE SUS CAUSAS". DADA LA GRAN
INCIDENCIA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES, SU CARÁCTER
DESTRUCTIVO Y LA RELACIÓN ENTRE LA HIGIENE ORAL Y LA APA-
RICIÓN DE LA ENFERMEDAD, PARECE EVIDENTE QUE LAS PRINCIPA
LES ARMAS DE LA PRÁCTICA PREVENTIVA DEL FUTURO, SERÁN EL-
CEPILLO DE DIENTES Y LA CURETA DE RASPADO. CUANDO YA SE
HAN PRODUCIDO ALTERACIONES IRREVERSIBLES Y DESTRUCCIÓN DE
TEJIDO, UN TRATAMIENTO CORRECTO PUEDE DETENER EL PROCESO-
MORBOSO (PREVENCIÓN SECUNDARIA) Y RESTAURAR LA FUNCIÓN --
PERDIDA (PREVENCIÓN TERCIARIA). SIN EMBARGO, ES OBVIO -
QUE LA ATENCIÓN DEBE CENTRARSE SOBRE LA ELIMINACIÓN DE --
LOS FACTORES QUE INICIAL EL PROCESO MORBOSO.

ENFERMEDAD PERIODONTAL.

NIVELES DE PREVENCIÓN	PROCESO
PREVENCIÓN PRIMARIA (CAMBIOS PERIODONTALES REVERSIBLES)	TEJIDO SUSCEPTIBLE A LA ALTE- RACIÓN. ↓ ESTRUCTURAS BUCALES, PREDISPO- NENTES A LA ACUMULACIÓN DE DE- TRITUS ORALES. ↓ PLACA DENTAL ↓ CÁLCULOS ↓ CAMBIOS INFLAMATORIOS (REVER- SIBLES)
PREVENCIÓN SECUNDARIA (CAMBIOS IRREVERSIBLES Y DESTRUCCIÓN MODERADA)	ALTERACIÓN DEL TEJIDO BLANDO ↓ REABSORCIÓN ÓSEA ↓ PÉRDIDA DEL SOPORTE DEL DIEN- TE.
PREVENCIÓN TERCIARIA (ENFERMEDAD AVANZADA Y DESTRUCCIÓN)	AUMENTO DE LA DIFICULTAD PARA ELIMINAR LOS IRRITANTES LOCA- LES. ↓ AUMENTO DE LA PÉRDIDA DE TEJI- DO BLANDO Y TENSO. ↓ PÉRDIDA DEL DIENTE.

ESQUEMA GRÁFICO DEL PROCESO DE LA ENFERMEDAD PERIO--
DONTAL Y DE LOS NIVELES EN QUE PUEDEN INSTITUIRSE MEDIDAS
PREVENTIVAS. (YOUNG, W.O. Y FISHMAN, S.R., "PREVENTIVE DEN-
TISTRY", EN STEELE, P.F., DIMENSIONS OF DENTAL HYGIENE).

CAPÍTULO VII

CLAVES PARA LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE

SI SE EXCEPTÚA LA FLUORACIÓN DEL AGUA, CASI TODAS --
LAS DEMÁS MEDIDAS PREVENTIVAS REQUIEREN LA ACTUACIÓN O --
LOS ESFUERZOS POR PARTE DEL PACIENTE. ALGUNAS EXIGEN UN
CAMBIO DE HÁBITOS HIGIÉNICOS; OTRAS REQUIEREN QUE PAGUE -
EL TRATAMIENTO DEL ODONTÓLOGO. LA EDUCACIÓN DEL PACIEN-
TE DESTINADO A PRODUCIR EN EL PACIENTE LOS CAMBIOS NECESA
RIOS ES FUNDAMENTAL EN LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.

EL DENTISTA DEBE INTENTAR QUE SE MODIFIQUEN LA ACTI-
TUD Y LA MOTIVACIÓN, CON FRECUENCIA TIENE QUE ENFRENTARSE
CON UNA LABOR MUCHO MÁS DIFÍCIL QUE LA DEL MAESTRO EN CLA
SE. EN LA EDUCACIÓN, EL PROBLEMA ES LA COMUNICACIÓN DE-
INFORMACIÓN PREVENTIVA, A LA GENTE DE TAL MANERA QUE LA -
APLIQUEN A SU VIDA DIARIA. BASTA UN BREVE CONTACTO CON-
LOS PACIENTES PARA DESCUBRIR QUE CASI TODOS POSEEN MÁS CO
NOCIMIENTOS A CERCA DE LA SALUD ORAL DE LOS QUE ESTÁN DIS
PUESTOS A APLICAR CORRIENTEMENTE.

NO SE PRODUCIRÁ NINGUNA ACCIÓN A MENOS QUE LOS PACIENTES ACEPTEN TRES IDEAS BÁSICAS:

- 1) QUE SON SUSCEPTIBLES A UNA ENFERMEDAD,
- 2) QUE LA ENFERMEDAD TENDRÁ CONSECUENCIAS GRAVES PARA ELLOS SI SE PRESENTA.
- 3) QUE EXISTE ALGUNA MANERA EFICAZ DE ELIMINAR LA ENFERMEDAD O DE REDUCIR SUS EFECTOS O SU GRAVEDAD SI ELLOS LA APLICAN.

LOS ESFUERZOS EDUCATIVOS HAN DE CONCORDAR CON LAS IDEAS DE LOS PACIENTES. CUALQUIER COMENTARIO SOBRE LOS MÉTODOS DEL CEPILLADO RESULTARÁ PREMATURO E INEFICAZ A MENOS QUE EL PACIENTE SE CONVENZA PRIMERO DE QUE ES SUSCEPTIBLE A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, DE QUE SE TRATA DE UN PROBLEMA GRAVE QUE PUEDE PRODUCIR LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES, Y DE QUE EL CEPILLADO SERÁ EFICAZ PARA EVITAR LA ENFERMEDAD.

LA IMPORTANCIA QUE EL PACIENTE CONCEDA A LOS RIESGOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y A LA GRAVEDAD DE SUS CONSECUENCIAS DEPENDERÁ DE LA PRIORIDAD QUE ASIGNE A LA SALUD ORAL EN RELACIÓN CON OTROS VALORES.

LAS DECISIONES ACERCA DE LA SALUD DENTAL NO SE TOMAN POR LO COMÚN SOBRE LA BASE DE SI O NO SOBRE LA BASE DE --

LOS GASTOS OCASIONADOS POR LA ASISTENCIA DENTAL SIN MÁS-
IMPORTANTES QUE LOS QUE OCASIONARÍA ALGUNA OTRA COSA DE-
SEADA. PARA QUE SEAN EFICACES, LOS ESFUERZOS EDUCATI--
VOS DEL DENTISTA DEBERÍA HACERSE A LA MEDIDA PARA ADAP--
TARSE A LAS NECESIDADES INDIVIDUALES, TOMANDO EN CUENTA-
EL SISTEMA DE VALORES DE CADA INDIVIDUO Y LA MOTIVACIÓN-
QUE PUEDA RESULTARLE MÁS ATRACTIVA. LOS ESFUERZOS PARA
MOTIVAR A UN ADOLESCENTE TAL VEZ HAYA QUE ENFOCARLOS EX-
CLUSIVAMENTE A LA MEJORÍA DE SU ASPECTO. LA MOTIVACIÓN
DEL PADRE DEL ADOLESCENTE, QUE TAL VEZ SEA UN ATAREADO -
DE NEGOCIOS, HABRÁ QUE CENTRARLA EN LAS VENTAJAS DE LA -
ECONOMÍA A LARGO PLAZO EN TIEMPO Y EN DINERO QUE SE LO--
GRARÍAN CON UN TRATAMIENTO DENTAL PREVENTIVO INMEDIATÓ.

LOS CAMBIOS DE ACTITUD PUEDEN LOGRARSE CON FACILI--
DAD CUANDO LOS PROPIOS PACIENTES PARTICIPAN ACTIVAMENTE-
EN SU CONSECUCIÓN. LO IDEAL ES ESTIMULAR EN PRIMER LU-
GAR EL DESEO DEL PACIENTE DE LOGRAR UN BENEFICIO PERSO--
NAL. ENTONCES SE ESTABLECE UNA META RELATIVAMENTE SIM-
PLE Y FÁCIL DE CONSEGUIR, Y SE LE DA UN PROGRAMA DE AC--
CIÓN MEDIANTE EL CUAL PUEDE ALCANZAR DICHA META. FINAL-
MENTE PODRÁ CONSEGUIR LA RECOMPENSA DEMOSTRABLE GRACIAS-
A LA ACCIÓN EMPRENDIDA. LA VAGA ASPIRACION DE "ALCAN--
ZAR UNA SALUD ÓPTIMA" NI PUEDE OBTENERSE INMEDIATAMENTE-
NI ES OBVIA UNA VEZ ALCANZADA. LAS METAS INTERMEDIAS A

CORTO PLAZO, TALES COMO UNA DENTADURA LIMPIA, UNA CUENTA BAJA DE LACTOBACILOS, O LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA PROFILAXIS ORAL A INTERVALOS REGULARES SON ALCANZABLES.

EXISTEN DIVERSOS METODOS UTILIZABLES PARA LA EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES. EL DE USO MÁS FRECUENTE EN LAS CUESTIONES DENTALES CONSISTE EN CONVERSACIONES ENTRE EL DENTISTA Y EL PACIENTE. EL TÉRMINO CONVERSACIÓN IMPLICA EL USO DE UNA TERMINOLOGÍA SENCILLA, CLARA, NO ERUDITA; RECONOCE ASIMISMO QUE LA COMUNICACIÓN ES UN PROCESO DE DOBLE DIRECCIÓN. LA SESIÓN SOBRE EDUCACIÓN PREVENTIVA HA DE CONSISTIR EN UNA DISCUSIÓN CON EL PACIENTE -- MÁS QUE DARLE UNA CONFERENCIA. PARA REFORZAR LA ACCIÓN Y AHORRAR TIEMPO CABE RECURRIR A DIVERSAS AYUDAS VISUALES, COMO FOLLETOS Y LIBRITOS, PELÍCULAS CORTAS, CINTAS MAGNETOFÓNICAS Y DIAPOSITIVAS. ES IMPORTANTE QUE LOS ELEMENTOS AUXILIARES MECÁNICOS SE USEN CON DISCRIMINACION, QUE ESTÉN ESPECÍFICAMENTE RELACIONADOS CON LOS OBJETIVOS Y MÉTODOS DE EDUCACIÓN SELECCIONADOS Y QUE SE ADAPTEN A LAS NECESIDADES INDIVIDUALES DEL PACIENTE. POR EJEMPLO, ANTES DE PROYECTAR LA PELÍCULA LE HA DE EXPLICAR POR QUE LE INTERESA VERLA Y LA RELACIÓN QUE TIENE CON SU PROPIO PROBLEMA. CUANDO SE DA UN FOLLETO A UN PACIENTE, NO CUESTA NADA SUBRAYAR O SEÑALAR CIERTOS PÁ--

RRAFOS, Y RELACIONARLOS TAMBIÉN CON EL PROBLEMA ESPECÍFICO DEL INDIVIDUO.

FINALMENTE, ES IMPORTANTE RECORDAR QUE SON NECESA--
RIAS LAS REPETICIONES FRECUENTES Y LOS "ESFUERZOS" PARA
RA AYUDAR A LOS INDIVIDUOS A RETENER LOS CONOCIMIENTOS -
ADQUIRIDOS Y MOTIVARLOS A SU APLICACIÓN CONTINUA. TODO
CONTACTO DEL PACIENTE CON EL CONSULTORIO DEBE INCLUIR AL
GÚN TIPO DE EXPERIENCIA EDUCATIVA.

CAPÍTULO VIII

MEDIDAS PARA ASEGURAR LA PREVENCIÓN

PREVENCIÓN EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE EDADES.

EL CONSEJO QUE SE DA A LOS PACIENTES DEPENDE EN --- GRAN MANERA DE LA CONDICIÓN DE SU BOCA Y, EN PARTICULAR, DE SUS DIENTES Y ENCÍAS. ESTO ESTARÁ INFLUIDO POR LA - DIETA, LA HIGIENE ORAL, LOS TRATAMIENTOS DENTALES APLICADOS Y ESPECIALMENTE LA EDAD.

DURANTE LA ADOLESCENCIA, LA GRAN MAYORÍA DE PACIENTES SON VULNERABLES, ESPECIALMENTE A LA CARIES DENTAL Y A LA ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS. LA MAYORÍA DE LOS DIENTES POSTERIORES PERMANENTES SURGEN EN LA TEMPRANA ADOLESCENCIA Y DEBEN TRATARSE LO MÁS PRONTO POSIBLE CON APLICACIONES TÓPICAS DE FLUORUROS. (SUPONIENDO QUE LAS PRUEBAS CLÍNICAS MUESTREN) LOS OBTURADORES DE FISURAS DEBEN APLICARSE TAMBIÉN LO MÁS PRONTO POSIBLE DESPUÉS DE LA -- ERUPCIÓN.

NO PUEDE DEJARSE DE INSISTIR, EN EL HECHO DE QUE LA

CARIES DENTAL Y LA GINGIVITIS PUEDEN SER EFECTIVAMENTE --
CONTROLADAS POR LA EDUCACIÓN DE LA DIETA Y LOS BUENOS HÁ--
BITOS DE LA HIGIENE ORAL. LAS PRESCRIPCIONES PARA ESTE
GRUPO DE EDAD, SERÁN ACOMPAÑADAS DE LAS APLICACIONES DE--
LOS COMPUESTOS DE FLÚOR, LA OBTURACIÓN DE FISURAS, EL --
TRATAMIENTO ORTODÓNTICO Y, OCASIONALMENTE, EL RECONTOR--
NEO DE LAS ENCÍAS COMO MEDIDAS CONSERVADORAS.

EN PACIENTES CUYAS EDADES SE HALLAN COMPRENDIDAS EN
TRE LOS 20 y 30 AÑOS, LA CARIES TIENDE A SER UN PROBLEMA
MENOR, Y PREVALECE ENTONCES LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PE--
RIODONTAL. LA PAPILA GINGIVAL, EN MUCHOS CASOS, YA NO--
LLENA POR COMPLETO EL ESPACIO INTERDENTAL, O POR EL CON--
TRARIO, SE HIPERTROFIA Y PRESENTA HEMORRAGIAS. LAS ---
PRESCRIPCIONES EN ESTE GRUPO DE EDAD, (ACOMPAÑADOS) DE--
BEN INCLUIR MEDIDAS PARA ASEGURAR UNA HIGIENE EFECTIVA --
INTERDENTAL O ESTIMULACIÓN GINGIVAL RESPECTIVAMENTE.

DESPUÉS DE LOS 30 AÑOS DE EDAD, LOS PRINCIPALES OB--
JETIVOS DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SON LA RECESIÓN GINGI--
VAL Y LA ENFERMEDAD DEL PERIODONTO; PERO EN LOS CASOS EN
QUE HA TENIDO LUGAR LA MENCIONADA RECESIÓN Y HAN QUEDADO
EXPUESTAS LAS RAÍCES, EL PROBLEMA PUEDE RECIBIR EN LAS --
CARIES CERVICALES. ESTO PUEDE OCURRIR EN LAS SUPERFI--
CIES BUCAL, LINGUAL Y PROXIMAL. EL TRATAMIENTO DE LAS-

CARIES EN ESTAS REGIONES PRESENTA MUCHOS PROBLEMAS, LAS PRESCRIPCIONES PARA IMPEDIRLO, EN ESTE GRUPO DE EDAD, -- SON LAS MEDIDAS EFICACES DE LIMPIEZA.

DEBE TENERSE GRAN CUIDADO, SIN EMBARGO, EN ASEGURAR SE QUE DICHAS MEDIDAS SEAN ATRAUMÁTICAS Y NO PRODUZCAN -- MAYOR RECESIÓN GINGIVAL O CAVIDADES POR ABRASIÓN.

PREVENCIÓN DE LA ABRASIÓN Y DE LA EROSIÓN.

ESTAS ALTERACIONES, CUANDO NO ESTÁN CONTROLADAS, -- PUEDEN CONDUCIR A UNA EXTENSA PÉRDIDA DE SUSTANCIA DENT-- TAL O INCLUSO A LA DE LA TOTALIDAD DEL DIENTE O DIENTES-- ATACADOS.

LA PREVENCIÓN COMPLETA SOLO SE LOGRARÁ A PARTIR DEL CONOCIMIENTO DE LA FORMA DEL CEPILLADO DE LOS DIENTES Y-- DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DEL PACIENTE.

LAS PRIMERAS LESIONES PRODUCIDAS POR LA ABRASIÓN -- SON FÁCILES DE RECONOCER Y ESTÁN ASOCIADAS CON UNA EXTEN-- SA RECESIÓN GINGIVAL Y LA CONCURRENTE EXPOSICIÓN DE LA -- SUPERFICIE DE LA RAÍZ DEL DIENTE. APARECEN COMO UNA LI-- GERA MUESCA Y UNA ZONA PULIDA EN LA UNIÓN DE LA ENCÍA -- CON EL DIENTE, QUE SI NO SE DETIENEN, PUEDEN OCASIONAR -- UN PROFUNDO SURCO QUE CASI LLEGA A PRODUCIR LA SEPARA--- CIÓN COMPLETA DE LA CORONA CON LA RAÍZ. LA CAUSA DE ES-- TE SURCO PRODUCE EL EFECTO ABRASIVO DE UNA ENERGÍA TÉCNI

CA DE CEPILLADO HORIZONTAL. PUEDE DETENERSE LA PROGRESIÓN DE LA LESIÓN CAMBIANDO LA TÉCNICA DEL CEPILLADO, HACIENDO QUE EL CEPILLO DE DIENTES SE MUEVA EN SENTIDO VERTICAL EN VEZ DE HORIZONTAL. NO SE REQUIERE TRATAMIENTO ACTIVO, A NO SER QUE EL PACIENTE SIENTA MOLESTIAS CAUSADAS POR LA SENSIBILIDAD AL FRÍO O AL CALOR O POR LESIONES. SI SE REQUIERE UNA RESTAURACIÓN, ESTA PUEDE REALIZARSE POR MEDIO DE INCRUSTACIONES DE ORO, O CORONAS DE JACKET DEPORCELANA.

LAS PRIMERAS LESIONES DE LA EROSIÓN DENTAL SON MÁS DIFÍCILES DE RECONOCER: SE MANIFIESTAN COMO UN APLANAMIENTO DE LOS SURCOS DE DESARROLLO EN LA SUPERFICIE LABIAL DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES O COMO UNA ZONA LISA BRILLANTE RELATIVAMENTE LIMITADA.

LA EROSIÓN PRODUCIDA POR LAS BEBIDAS PUEDE ELIMINARSE - DESACONSEJÁNDOLAS O ALIVIARSE SUGIRIENDO EL USO DE PAJAS DE SUCCIÓN.

LA SUPRESIÓN DE LOS FRUTOS CÍTRICOS DE LA DIETA ALIMENTICIA IMPEDIRÁ LA EROSIÓN QUE SE DERIVA DE ESTA FUENTE ÁCIDA PUEDE LOGRARSE CIERTO GRADO DE CONTROL LIMITANDO LA CANTIDAD DE FRUTA CONSUMIDA Y TAMBIÉN SE CONSEGUIRÁ UNA MAYOR PROTECCIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES, DIVIDIENDO LA FRUTA EN FRACCIONES, EN LUGAR DE MORDERLA DIRECTAMENTE. LA EROSIÓN INDUSTRIAL SE PUEDE PREVENIR PREPARANDO UNA CUBIERTA DE PLÁSTI

CO BLANDO QUE SE UTILIZARÁ SOBRE LOS DIENTES DURANTE LAS HORAS DE TRABAJO.

EN TODOS LOS CASOS PUEDE AUMENTARSE LA RESISTENCIA DEL-
ESMALTE AL ATAQUE DE LOS ÁCIDOS MEDIANTE LA APLICACIÓN TÓPI-
CA DE SALES DE FLÚOR.

CORRECCIÓN DE LA OCLUSIÓN COMO PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD--
PERIODONTAL.

LOS ESTUDIOS INDICAN QUE LA MALOCLUSIÓN, DE ACUERDO CON
LAS NORMAS ORTODÓNICAS CORRIENTES, NO ES UNA GRAN DESVENTA-
JA PARA LA SALUD PERIODONTAL, SI SE OBSERVAN LAS PRECAUCIO--
NES ADECUADAS CON RESPECTO A LA HIGIENE ORAL. AÚN LOS ESTA
DOS ESPECÍFICOS, TALES COMO LA SOBREMORDIDA PROFUNDA, EL RE-
SALTO EXAGERADO Y EL APIÑAMIENTO ANTERO INFERIOR NO PARECEN-
PREDISPONER SIGNIFICATIVAMENTE A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

LA MALOCLUSIÓN CON ENCLAVAMIENTO TRAUMÁTICO DIRECTO SO-
BRE LOS TEJIDOS PERIODONTALES REQUIERE EL TRATAMIENTO ORTO--
DÓNICO Y/O DE LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA, CON EL OBJETO DE
MANTENER LA SALUD PERIODONTAL. LA MORDIDA ABIERTA CON RES-
PIRACIÓN BUCAL PREDISPONE A LA GINGIVITIS Y DEBE SER TRATADA
SIEMPRE Y CUANDO ESTO SEA PRÁCTICO.

EL TRATAMIENTO ORTODÓNICO EN SÍ PREDISPONE A LA GINGI-
VITIS POR LO MENOS CUANDO SE USAN APARATOS ORTODÓNICOS FI--
JOS.

APARENTEMENTE, ESO NO LLEVA A UNA PÉRDIDA PERMANENTE Y SIGNIFICATIVA DE SOPORTE PERIODONTAL, SI SE OBSERVAN LAS PRECAUCIONES ADECUADAS CON RESPECTO A LA ADAPTACIÓN DEL APARATO Y LA HIGIENE ORAL.

EL TRATAMIENTO ORTODÓNCICO PUEDE CREAR UNA ALINEACIÓN DENTARIA MÁS FAVORABLE PREVIA AL TRATAMIENTO RESTAURADOR Y PUEDE INTRUIR DIENTES COMPROMETIDOS PERIODONTALMENTE A UNA POSICIÓN DE MEJOR SOPORTE ÓSEO. COMBINADO CON EL TRATAMIENTO PERIODONTAL, ESTO PUEDE LLEVAR A LA PREVENCIÓN DE LA FUTURA PÉRDIDA O AÚN AL LOGRO DE UN MAYOR SOPORTE PERIODONTAL.

EL ENDERESAMIENTO DE MOLARES INCLINADOS PUEDE DISMINUIR LA PROFUNDIDAD DE LAS BOLSAS PERIODONTALES Y FACILITAR LA REMOCIÓN DE LA PLACA, CON LA CONSIGUIENTE PREVENCIÓN DE LA EXTENSIÓN DE LOS DEFECTOS PERIODONTALES.

LA CORRECCIÓN DE LAS DESARMONÍAS OCLUSALES POR MEDIO DEL AJUSTE OCLUSAL DEBE INTEGRARSE CON EL TRATAMIENTO RESTAURADOR Y ORTODÓNCICO. AUNQUE EL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN PUEDE SER LA CAUSA DIRECTA DE LA ENFERMEDAD EN CASOS DE ENCLAVAMIENTO OCLUSAL E IMPACTACION ALIMENTARIA, LA A MENUDO CITADA POSIBILIDAD DE TRAUMA OCLUSAL COMO FACTOR DESTRUCTOR DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL NUNCA HA RECIBIDO PRUEBAS EN SU CONTRA. LA OBSERVACIÓN CLÍNICA Y LA EXPERIENCIA PARECEN INDICAR QUE SI EL TRAUMA OCLUSAL SE ASOCIA CON RESTAURACIONES --

DENTALES CON MÁRGENES SUBGINGIVALES DEFECTUOSOS, PUEDE PRODUCIRSE UN ACELERADO COLAPSO PERIODONTAL. NO OBSTANTE, EL "AJUSTE OCLUSAL PREVENTIVO" NO IMPEDIRÁ LA ENFERMEDAD PERIODONTAL COMUN, YA QUE ES LA PLACA BACTERIANA, MÁS QUE LA OCLUSIÓN DEFECTUOSA, LA CAUSA FUNDAMENTAL DE LA ENFERMEDAD.

SI EL IMPACTO ALIMENTARIO SE RELACIONA CON INTERFERENCIAS OCLUSALES TRAUMÁTICAS, EFECTOS MARCADOS DE CÚSPIDES ÉMBOLO O GRANDES ACCIONES TRAUMÁTICAS DE RESTAURACIONES DEFECTUOSAS O TRATAMIENTO ORTODÓNCICOS, EL AJUSTE OCLUSAL PUEDE AYUDAR A LA PREVENCIÓN DE LA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL. EL AJUSTE PUEDE TAMBIÉN PROMOVER UNA COMODIDAD FUNCIONAL MULTIDIRECCIONAL A LA DENTICIÓN. LA PÉRDIDA DE UNO O MÁS DIENTES, A MENUDO LLEVARÁ A UNA ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN Y A SEQUELAS PERIODONTALES DESFAVORABLES SI AQUELLOS NO SON REEMPLAZADOS POR RESTAURACIONES DENTALES ADECUADAS. EL PACIENTE DEBE SER SIEMPRE ADVERTIDO SOBRE LOS FUTUROS PELIGROS DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES.

EXISTE UNA TENDENCIA EN LOS DIENTES QUE SE UTILIZAN ACTIVAMENTE EN LA MASTICACIÓN A FORMAR MENOS PLACA QUE LOS DIENTES NO FUNCIONALES Y DESARROLLAR ASÍ UNA INFLAMACIÓN PERIODONTAL MENOS MARCADA.

PREVENCIÓN EN LA ODONTOPEDIATRÍA.

CON EL AUMENTO DEL NÚMERO DE PACIENTES EN EDAD INFANTIL EN LA PRÁCTICA GENERAL, LA DENTISTERÍA PREVENTIVA ADQUIERE - MÁS IMPORTANCIA. SI NO SE HACE HINCAPIÉ EN LA PREVENCIÓN - EN LA ASISTENCIA DENTAL DE LOS NIÑOS, EN EL FUTURO RESULTARÁ IMPOSIBLE QUE LA PROFESIÓN ATIENDA LOS PROBLEMAS DE RESTAURACIÓN.

EN LA ACTUALIDAD LA PREVENCIÓN ES PROBABLEMENTE LA FACE TA ODONTOLÓGICA DE QUE MÁS SE HABLA Y MENOS SE PRACTICA.

NO DEBE DESCUIDARSE LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO EN - EN LA PREVENCIÓN. DEBIDO A LOS CAMBIOS RÁPIDOS EN EL DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN Y A LOS DIVERSOS PERÍODOS DE SUSCEPTIBILIDAD A LA CARIES, PUEDE RESULTAR DIFÍCIL HACER EL DIAGNÓ TICO CORRECTO EN UN NIÑO.

EL DENTISTA INTENTA PREDECIR EL DESARROLLO FUTURO, BA-- SANDOSE EN LAS OBSERVACIONES PRESENTES Y ESTO YA PLANTEA UN- RETO EN SÍ MISMO. EN LA PRÁCTICA ACTUAL DE LA ODONTOLOGÍA- INFANTIL HACE HINCAPIÉ EN LA CAPACIDAD PARA RECONOCER Y PRE- DECIR LOS PROBLEMAS, ASÍ COMO EN LAS TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES QUE SE DESCUBRAN. PARA PONER EN PRÁCTICA LA PREVENCIÓN ES IMPRESCINDIBLE DIAGNOSTICAR.

PREVENCIÓN DE LESIONES TRAUMÁTICAS.

COMO LA ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS ES ESENCIALMENTE LA APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA GENERAL A LOS MISMOS, EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE INFANTIL SE UTILIZAN TODAS LAS FACETAS DE LA ODONTOLOGÍA.

PREVENCIÓN DE LESIONES TRAUMÁTICAS.

LOS DIENTES ANTERIORES DE LOS NIÑOS SON SUSCEPTIBLES A UNA AMPLIA VARIEDAD DE LESIONES POR ACCIDENTES, ESPECIALMENTE DURANTE EL PERÍODO DE DENTICIÓN MIXTA.

MUCHOS DE TALES ACCIDENTES PODRÍAN PREVENIRSE, ESTIMULANDO A LOS NIÑOS PARA QUE TOMEN CIERTAS PRECAUCIONES DE SEGURIDAD O DISEÑANDO MEJOR LAS COSAS QUE CONSTITUYEN RIESGOS EN POTENCIA, POR EJEMPLO, LAS FUENTES PARA BEBER. PARA LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE, EXISTE UN MEDIO AUXILIAR VISUAL EXCELENTE ES LA "CARTA DEL DIENTE ROTO" ELABORADO POR LA SOCIEDAD DENTAL DEL DISTRITO DE DETROIT Y DISTRIBUIDA POR LA SOCIEDAD AMERICANA DE ODONTOLOGÍA INFANTIL.

MUCHOS JUGADORES QUE PRACTICAN DEPORTES DE CONTACTO PIERDEN DIENTES, O SUFREN LESIONES EN ELLOS. LA SONRISA "MELLADA" DEL FUTBOLISTA PROFESIONAL FAMOSO, QUE SE VE EN LA SECCIÓN DEDICADA A LOS DEPORTES EN LOS PERIÓDICOS, ES UNA PRUEBA GRÁFICA DE LOS PELIGROS CON QUE SE HA ENFRENTADO. LOS PROTECTORES BUCALES PUEDEN ELIMINAR, O AL MENOS REDUCIR LOS DAÑOS ESTÉTICOS O FUNCIONALES DE LA DENTICIÓN. SE HA DEMOSTRADO QUE ESTOS PROTECTORES TAMBIÉN DISMINUYEN LA PRESIÓN INTRACRANEAL Y LA DEFORMACIÓN DE LOS HUESOS CRANEALES QUE RESULTA DE LOS GOLPES RECIBIDOS EN LA BARBILLA, Y ASÍ ES POSI-

BLE QUE REDUZCAN EL RIESGO DE COMMOCIÓN Y DE LESIONES CEREBRALES.

EN LAS TIENDAS DE ARTÍCULOS DEPORTIVOS PUEDEN ADQUIRIRSE PROTECTORES BUCALES DE DIVERSOS TAMAÑOS FABRICADOS EN SERIES. SIN EMBARGO, ESTE TIPO DE PROTECTOR HA DE MANTENERSE EN LA BOCA POR PRESIÓN CONSTANTE DE LOS DIENTES OPUESTOS. POR ESTA RAZÓN, Y POR QUE NO SE AJUSTAN EXACTAMENTE, CON FRECUENCIA SE PIERDEN DURANTE LAS INCIDENCIAS DE JUEGO. COMOTAMBIÉN DIFICULTAN LA PALABRA Y LA RESPIRACIÓN, NO ES DE EXTRAÑAR QUE EL ATLETA MEDIO NO LOS TOLERE BIEN.

EXISTEN OTROS TIPOS DE PROTECTORES QUE PUEDEN ADAPTARSE A LA BOCA DE CADA INDIVIDUO.

CONSISTE EN UNA ENVOLTURA DE GOMA BLANCA QUE CONTIENE EN SU INTERIOR UNA MATERIA PLÁSTICA O DE OTRA CLASE QUE SE ABLANDA AL CALENTARLA Y SE ENDURECE AL ENFRIARLA. TODOS ESTOS APARATOS REPRESENTAN LA MISMA DESVENTAJA: NO TIENEN LA EXTENSIÓN ADECUADA EN LAS REGIONES VESTIBULARES LABIAL Y BUCAL, DE SUERTE QUE LOS TEJIDOS GINGIVALES NO QUEDAN COMPLETAMENTE PROTEGIDOS. ADEMÁS, EL BULTO EXCESIVO DIFICULTA LA PALABRA Y PRODUCE INCOMODIDAD GENERAL.

REALIZÁNDOSE UN ESFUERZO PARA EL SUMINISTRO DE PROTECTORES, CON LA AYUDA DE AUXILIARES, DE MANERA QUE EL SERVICIO EXIGA RELATIVAMENTE POCO ESFUERZO A CADA PRÁCTICO.

COMO EVITAR LA ROTURA DE LOS DIENTES

FÓTBALL	LLEVAR CASCO Y PROTECTOR BUCAL DEL TAMAÑO ADECUADO.
---------	---

BASE BALL	LLEVAR LA CARETA DE CATCHER AL PARAR LAS PELOTAS.
-----------	---

BALONCESTO	LLEVAR PROTECTOR BUCAL, ESPECIALMENTE EN LOS PARTIDOS Duros.
------------	--

BOXEO	LLEVAR SIEMPRE PROTECTOR BUCAL
-------	--------------------------------

CARRERAS	NO EMPUJAR NI DERRIBAR A OTRO PARTICIPANTE. ATENCIÓN A LOS OBJETOS PELIGROSOS.
----------	--

VIAJES EN AUTÓMOVIL	ATENCIÓN A LOS FRENADOS BRUSCOS. PONERSE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD.
---------------------	--

NATACIÓN Y SALTOS	USAR UNA ESCALERILLA PARA SALIR DE LA PISCINA. NO CORRER NI EMPUJAR.
-------------------	--

TREPAR A LOS ÁRBOLES.	NO SUBIR NUNCA A UN ÁRBOL MOJADO. ASEGURAR LOS PIES EN TODO MOMENTO.
-----------------------	--

CICLISMO	CIRCULAR CON PRECAUCIÓN EN TIEMPO LLUVIOSO, LAS CARRETERAS MOJADAS Y LAS HOJAS HÚMEDAS SON ESPECIALMENTE PELIGROSAS.
----------	--

PATINAJE SOBRE HIELO.	NO EMPUJAR NI PONER ZANCADILLAS A LOS OTROS PATINADORES. LLEVAR PROTECTOR BUCAL EN PARTIDOS DE HOCKEY.
-----------------------	--

PATINAJE SOBRE RUEDAS. NO CORRER DEMASIADO! DOMINAR LOS PATINES. NO SUJETAR A LOS CORREDORES.

BEBIDA NO GOLPEAR NI EMPUJAR A NADIE MIENTRAS-BEBE EN UN BOTIJO O EN UNA FUENTE.

COLUMPIO PERMANECER SENTADO. NO SALTAR, NI PASAR POR DEBAJO DE UN COLUMPIO EN MOVIMIENTO.

TRINEOS. ATENCIÓN A LOS ÁRBOLES Y OTROS OBSTÁCULOS QUE PUEDA HABER EN LA SENDA.

PATIO DE RECREO. NO EMPUJAR NI PONER ZANCADILLAS A LOS COMPAÑEROS DE JUEGO.

ALPINISMO. IR CON UN ALPINISTA EXPERTO. COMPROBAR LA FIRMEZA DE LA ROCA Y DE LOS APOYOS DE LOS PIES.

FIG. LA "CARTA DEL DIENTE" ROTO ES UN BUEN MEDIO AUXILIAR PARA LA EDUCACIÓN PREVENTIVA DENTAL. (CORTESIA DE LA SOCIEDAD DENTAL DEL DISTRITO DE DETROIT Y DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE DENTISTERÍA INFANTIL).

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PARA LOS PACIENTES CON PROBLEMAS ESPECIALES.

LAS HENDIDURAS ORALES FIGURAN ENTRE LAS DEFORMIDADES -- CONGÉNITAS MÁS CORRIENTES. EL TRATAMIENTO DE ÉSTOS NIÑOS -- REQUIERE LOS ESFUERZOS COORDINADOS DE VARIOS ESPECIALISTAS, -- ENTRE ELLOS CIRUJANOS PLÁSTICOS Y ORALES, ORTODONCISTAS, --- ODONTOPEDIATRAS, PROSTODONCISTAS Y ESPECIALISTAS EN LOGOPE-- DIA.

EL DENTISTA PRÁCTICO CORRIENTE NO SUELE DESEMPEÑAR UN -- PAPEL CENTRAL EN LA ASISTENCIA PRIMARIA DE LOS NIÑOS CON HEN-- DIDURAS, PERO SE PUEDEN REQUERIR SUS SERVICIOS PARA QUE SE-- ENCARGUE DE CONTINUAR LA RESTAURACIÓN BÁSICA EN ÉSTOS INFOR-- TUNADOS PACIENTES.

MUCHOS ASPECTOS DE LA REHABILITACIÓN DE LAS HENDIDURAS-- ORALES DEPENDEN DE LA CONSERVACIÓN DE LA DENTADURA NATURAL. LOS DIENTES SON IMPORTANTES EN LA LOGOPEDIA, EN LA TERAPÉU-- TICA ORTODÓNCICA PARA MODIFICAR EL CONTORNO DE LA ARCADA LE-- SIONADA, Y ALGUNAS VECES COMO APOYOS DE LOS DISPOSITIVOS PA-- RA CORREGIR LA PALABRA O DE TIPO PROTÉSICO.

LAS SESIONES HAN DE SER MÁS FRECUENTES, TODOS LOS DIEN-- TES SE HAN DE RESTAURAR LO MÁS PRONTO POSIBLE, Y SE HA DE -- UTILIZAR TODA LA GAMA DE MÉTODOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE -- LA CARIES DENTAL.

A MUCHOS INDIVIDUOS CON DEFECTOS FÍSICOS LES RESULTA DIFÍCIL CONSEGUIR ASISTENCIA DENTAL. INTEGRAN ESTE GRUPO LOS QUE PADECEN PARÁLISIS DE UNA O MÁS EXTREMIDADES - (PARAPLÉJICOS Y CUADRIPLÉJICOS), LOS AFECTADOS DE PARÁLISIS CEREBRAL, LOS EPILÉPTICOS Y LAS PERSONAS DE EDAD --- AVANZADA O ENFERMAS.

LOS ESPECIALISTAS EN EL TRATAMIENTO DE MINUSVÁLIDOS HAN MANIFESTADO CON FRECUENCIA QUE LA INMENSA MAYORÍA DE TALES PACIENTES NO REQUIERE TRATAMIENTOS ESPECIALES NI - PRESENTA PROBLEMAS DE ASISTENCIA QUE NO PUEDAN SER MANEJADOS POR EL DENTISTA MEDIO, Y SOLAMENTE PRECISAN PEQUEÑAS MODIFICACIONES DE LA RUTINA DEL CONSULTORIO.

"EL ESTADO FÍSICO GENERAL DE LOS PACIENTES MINUSVÁLIDOS INFLUYE MÁS QUE LA CAPACIDAD DE MOVIMIENTO COMO FACTOR DETERMINANTE DE SI EL TRATAMIENTO HA DE ADMINISTRARSE EN EL CONSULTORIO DENTAL O EN EL HOGAR" (VERMILLION, - J.R.; GAILBREATH, M.N. Y ROLLINS, P.L., DENTAL CARE OF - THE CHRONICALLY III AND AGED., A COMMUNITY EXPERIMENT, - WASHINGTON, D.C., IMPRENTA DEL GOBIERNO, 1961).

DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER ORAL.

LA ÚNICA MEDIDA PREVENTIVA CONOCIDA ES EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA LESIÓN CANCEROSA PARA PODER APLICAR EL -

TRATAMIENTO. PARA TRATAR UNA LESIÓN PRECOZ; PRIMERO--
HAY QUE DESCUBRIRLA! POR CONSIGUIENTE, ES INDISPENSA--
BLE UN EXAMEN ORAL METICULOSO.

LAS MUERTES POR CÁNCER ORAL SON ESPECIALMENTE TRÁGI-
CAS PORQUE MUCHAS PODRÍAN EVITARSE. EN MUCHAS PARTES -
DEL CUERPO NO SE DESCUBREN LESIONES PRECOCES PORQUE EL -
EXAMEN FÍSICO NO PUEDE REALIZARSE SIN RECURRIR A LA CIRU-
GÍA EXPLORADORA.

POR EL CONTRARIO, TODAS LAS PARTES DE LA CAVIDAD --
ORAL SON FÁCILMENTE ACCESIBLES AL EXAMEN, DE MODO QUE DE-
BERÍA SER POSIBLE LA DETECCIÓN PRECOZ.

MUCHAS LESIONES DE CÁNCER ORAL SON CURABLES SI EL -
TRATAMIENTO SE INSTITUYE EN LOS COMIENZOS.

NINGUNA OTRA TÉCNICA PREVENTIVA OFRECE AL DENTISTA-
MEJORES OPORTUNIDADES QUE EL EXAMEN A FONDO DEL TEJIDO -
BLANDO, NO ES DIFÍCIL DE APRENDER Y ES FÁCIL DE REALIZAR

EL PRINCIPAL PROBLEMA ESTRIBA EN QUE COMO NO SON --
MUY FRECUENTES LAS LESIONES ORALES MALIGNAS, EL DENTISTA
NO SIEMPRE TIENE PRESENTE LA NECESIDAD DE EFECTUAR UN --
EXAMEN A FONDO. SE REQUIERE DE UN SENTIDO DE LA DISCI-
PLINA Y UNA DEDICACIÓN AL BIENESTAR DEL PACIENTE EXTRAOR-
DINARIOS PARA QUE EL DENTISTA REALIZE ESTE SERVICIO CONS-

TANTEMENTE ANTE EL HECHO DE QUE LAS LESIONES, AUNQUE-
DE SUMA IMPORTANCIA CUANDO EXISTEN, NO SE OBSERVAN --
CON FRECUENCIA.

CAPÍTULO IX

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA, DESAFÍO DEL FUTURO

LA PROFESIÓN DENTAL POSEE LOS CONOCIMIENTOS --
TEÓRICOS Y PRÁCTICOS PARA ASEGURAR LA CONSERVACIÓN--
DE LA DENTICIÓN NATURAL DE CASI TODAS LAS PERSONAS--
DURANTE TODA SU VIDA. SI SE DESEA APROVECHAR ES--
TOS CONOCIMIENTOS, TODOS LOS MIEMBROS DE LA PROFE--
SIÓN HAN DE ACEPTAR EL DESAFÍO, LA OPORTUNIDAD Y LA
OBLIGACIÓN DE PRACTICAR LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA -
EN SU MÁS AMPLIO SENTIDO.

EL PRIMER DEBER DEL DENTISTA ES UTILIZAR AL --
MÁXIMO SUS CONOCIMIENTOS PROFESIONALES Y SU EXPE---
RIENCIA ADQUIRIDOS EN LA ESCUELA DENTAL Y CONTINUAR
EL PERFECCIONAMIENTO DE ÉSTOS. SIN EMBARGO, SE DE
BE REBASAR LOS LÍMITES DE LA SIMPLE CAPACIDAD TÉCNI
CA PARA PONER EN PRÁCTICA OTRAS POSIBILIDADES: ORGA
NIZAR SU PRÁCTICA Y UTILIZAR A LOS AUXILIARES EFI--
CAZMENTE, Y EDUCAR A LOS PACIENTES DE MANERA CONVIN

CENTE. MEJOR QUE ENCERRARSE EN LOS LÍMITES DE SU CONSULTORIO Y EN LA LOCALIDAD EN QUE EJERCE SERÁN PERSONAS MÁS SANAS, QUE VIVIRÁN EN UNA COMUNIDAD MEJOR Y MÁS SALUDABLE GRACIAS A SUS ESFUERZOS.

TAMBIÉN BRINDA AL DENTISTA LA OPORTUNIDAD DE QUE SUS CONCIUDADANOS RECONOZCAN Y ADMIREN SU LABOR AL ASUMIR PARTE DE LA CARGA Y DE LOS ESFUERZOS QUE LLEVA CONSIGO EL DESEO DE HACER LA COMUNIDAD UN SITIO MEJOR PARA VIVIR.

Y FINALMENTE, LA PRÁCTICA PREVENTIVA ES UNA OBLIGACIÓN DEL DENTISTA EN CUANTA PERSONA QUE SE HA DESTACADO DE LA SOCIEDAD PARA TOMAR SOBRE SÍ UNA RESPONSABILIDAD SUPERIOR A LA DEL CIUDADANO CORRIENTE RESPECTO A LA SALUD DE LOS DEMÁS.

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

AL PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN A LOS PACIENTES SOBRE LO QUE LES OFRECE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA - SE LOGRARÁ QUE LAS PERSONAS APRECIEN LOS BENEFICIOS QUE ESTA LES OFRECE.

SI EL ESTOMATÓLOGO NO MUESTRA INTERÉS O DESEO DE QUE EL PACIENTE COMPRENDA AMPLIAMENTE EN LO QUE CONSISTE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA, EL PACIENTE NO VALORARÁ, NI TENDRÁ LOS CUIDADOS NECESARIOS.

POR LO TANTO, ES SUMAMENTE IMPORTANTE, TANTO - PARA EL PROFESIONISTA COMO PARA EL PACIENTE, TENER UNA COMUNICACIÓN AMPLIA Y BREVE PORQUE ASÍ CAPTARÁ MEJOR AQUELLO QUE SE INDICÓ VERBALMENTE AL ESTAR EN EL CONSULTORIO Y SE LOGRARÁ CONCIENTIZAR A LAS PERSONAS DE LA IMPORTANCIA DE TENER UN CUIDADO RIGUROSO Y SISTEMÁTICO PARA PRESERVAR LA SALUD BUCODENTAL Y COADYUVAR AL EXITO PLENO; FOMENTANDO A LA VEZ LA RESPONSABILIDAD QUE EL ODONTÓLOGO ADQUIERE NO AL -- TERMINAR UNA PROFESIÓN, SINO AL INICIAR UNA CARRE-- RA.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- CHARBENEAU, CATWRIGHE, COMSTOCK, KAHLER.

SNYDER, DENNISON Y MARGESON.

OPERATORIA DENTAL.

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA

BUENOS AIRES, 1984

2a. EDICIÓN

442 PÁGINAS

- 2.- F.A. CARRANZA

PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA DE GLIKMAN

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, D.F. 1983

5a. EDICIÓN

1049 PÁGINAS

- 3.- FERRADEZ VL. DR.

CUIDANDO SU BOCA SALVARÁ LOS DIENTES

EDITORIAL CEDEL

BARCELONA, ESPAÑA

2a. EDICIÓN

575 PÁGINAS

4.- J.D. ECCLES

R.M. GREEN

LA CONSERVACIÓN DE LOS DIENTES

EDITORIAL SALVAT

125 PÁGINAS

5.- MAYORAL H., BOHANNAN M., MORRIS L.

LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRÁCTICA GENERAL

EDITORIAL LABOR

MÉXICO, 1980

794 PÁGINAS

6.- R.J. GORLIN

H.M. GOLDMAN

THOMA, PATOLOGÍA ORAL

EDITORES SALVAT

BARCELONA, ESPAÑA 1973

1227 PÁGINAS