



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. _____

Fecha: M 288 1988

Canje Donación ☐

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

M / T.O.
288
1988 288

Bogotá, mayo de 1988.

003 18

Doctora

Marisol Arango Mejía

Decana Colegio Odontológico Colombiano

Ciudad.

Apreciada doctora:

Me permito presentar el trabajo de grado titulado "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN ODONTOLOGIA PREVENTIVA" de la alumna Rocio Argoti Torres, código 831270, el cual tuve a bien dirigir para alcanzar los objetivos inicialmente propuestos.

Atentamente,



Doctora Adriana Sanabria
Odontopediatra
Directora de Trabajo

Bogotá, mayo de 1988.

Doctora

Marisol Arango Mejia

Decana Colegio Odontológico Colombiano

Ciudad.

Apreciada doctora:

Por la presente pongo a su consideración el trabajo de grado titulado "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN ODONTOLOGIA PREVENTIVA" desarrollado de acuerdo con las metodologías y normas establecidas por esta facultad. Espero que este trabajo cumpla con los requisitos fijados por la facultad para optar el grado de Odontólogo.

Atentamente,



Rocio Argoti Torres

Código 831270

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN ODONTOLOGIA PREVENTIVA

NELLY ROCIO ARGOTI TORRES

Código: 831270

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA, MAYO 1988

OBJETIVOS

- GENERALES

Hacer una recopilación sobre prevención en la práctica odontológica, de las diferentes entidades patológicas que afectan la cavidad oral.

Explicar y describir las diferentes técnicas utilizadas por el odontólogo y el paciente para la prevención de estas patologías.

Describir los programas especiales para el cuidado de la salud oral.

- ESPECIFICOS

Presentar en forma sencilla y clara, las técnicas de cepillado y las prescripciones médicas utilizadas en prevención.

Enfocar la prevención a poblaciones desprotegidas como son el grupo de pacientes, impedidos, geriátricos y otros.

RESEÑA HISTORICA

Hace unos quince años un renacimiento de la odontología preventiva "evangelista" arrasó las filas de la profesión dental. Por todos los Estados Unidos se escucharon voces que la conquista de la enfermedad dental estaba al alcance de la mano y que ésta era notablemente fácil. La reacción contra tan irrealista posición que inevitablemente habría de producirse, retrasaría el avance de la odontología preventiva y forzaría a aquellos que aún creían en ella a comenzar de nuevo. Así la prevención ha surgido revitalizada por una evaluación realista de sus posibilidades y ubicación en la práctica de la odontología clínica.

El principio que guía la práctica de la prevención debe ser el cuidado total del paciente, siendo este enfoque predominante.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION.....	
1. CONCEPTO DE PREVENCION Y SU FILOSOFIA PREVENTIVA.....	1
1.1. FILOSOFIA PREVENTIVA ODONTOLOGICA.....	1
1.1.1. Atención urgente.....	1
1.1.2. Terapia gingival y periodontal.....	1
1.1.3. Terapia anticaries.....	2
1.1.4. Ajuste oclusal.....	2
1.1.5. Auto-cuidado.....	2
1.2. NECESIDAD DE PREVENCION.....	2
1.3. REQUISITOS PARA REALIZAR UN EJERCICIO ODONTOLOGICO PREVENTIVO.....	2
1.3.1. Filosofía odontológica.....	3
1.3.2. Entrenar en forma adecuada a auxiliares de odontología.....	3
1.3.3. Disposición adecuada del consultorio.....	3
1.4. PROGRAMAS DE PREVENCION.....	4
1.4.1. Niveles de prevención.....	4
1.4.1.1. Prevención primaria.....	4
1.4.1.2. Prevención secundaria.....	5
1.4.1.3. Prevención terciaria.....	5
1.4.2. Programa de odontología preventiva.....	5
1.4.2.1. Programa para el hogar.....	5
1.5. PASOS DE PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA.....	6
1.5.1. Introducción del paciente a la filosofía preventiva.....	6
1.5.2. Diagnóstico y evaluación de las necesidades preventivas del paciente.....	6
1.5.2.1. Evaluación de placas.....	6

1.5.2.2. Determinación de la presencia de la placa.....	6
1.5.2.3. Evaluaciones gingivales.....	7
1.5.2.4. Determinar el potencial cariogénico del medio oral.....	7
1.5.2.5. Evaluación de la dieta.....	7
1.5.3. Plan de tratamiento.....	7
1.5.4. Implementación del programa.....	7
1.5.4.1. Control de placa.....	7
1.5.4.2. Aplicación del fluor.....	7
1.5.5. Evaluación del progreso del paciente.....	7
1.5.6. Control	
2. ODONTOLOGIA PREVENTIVA INDIVIDUAL.....	8
2.1. PROGRAMA DE HIGIENE ORAL PERSONALIZADA.....	8
2.1.1. Control de placa.....	8
2.1.1.1. Pastillas y sustancias reveladoras.....	8
2.1.1.2. Cepillado de los dientes.....	9
2.1.1.2.1. Técnicas de cepillado.....	9
2.1.1.3. Uso de la seda dental.....	11
2.1.1.3.1. Técnicas para el empleo del hilo dental.....	11
2.1.2. Ayudas audiovisuales.....	12
3. PLACA BACTERIANA, CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	13
3.1. PLACA BACTERIANA.....	13
3.1.1. Definición de la placa bacteriana.....	13
3.1.2. Composición de la placa bacteriana.....	13
3.1.3. Tipos de placa bacteriana.....	13
3.1.3.1. Placa bacteriana supragingival.....	13
3.1.3.2. Placa bacteriana subgingival.....	14
3.1.4. Estadios de formación de la placa.....	14
3.1.4.1. Primer estadio.....	14
3.1.4.2. Segundo estadio.....	14
3.1.4.3. Tercer estadio.....	14
3.1.5. Patogenicidad de la placa bacteriana.....	14
3.2. CARIES DENTAL.....	15
3.2.1. Dieta y caries.....	15

3.2.1.1. Escala de peligro de alimentos cariogénicos.....	15
3.2.2. Etiología de la caries.....	16
3.2.3. Casos especiales de caries.....	16
3.2.3.1. Caries rampante.....	16
3.2.3.2. Caries por biberón.....	16
3.2.3.3. Caries por radiación.....	17
3.2.3.4. Caries radicular.....	17
3.2.4. Procedimientos a tomar en algunos casos de caries.....	18
3.2.4.1. Caries rampante.....	18
3.2.4.2. Caries por radiación.....	18
3.2.4.3. Caries radicular.....	19
3.3. ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	20
3.3.1. Definición.....	20
3.3.2. Factores locales.....	20
3.3.2.1. Factores locales.....	20
3.3.2.2. Factores sistémicos.....	22
3.3.3. Prevención de la enfermedad periodontal..	22
4. TRATAMIENTO PREVENTIVO CON FLUOR.....	23
4.1. TRATAMIENTO SISTEMICO CON FLUOR.....	23
4.1.1. Mecanismos de acción del fluor sistémico.	23
4.2. FLUOR SISTEMICO.....	25
4.3. TABLETAS DE FLUORURO.....	25
4.3.1. Prescripción dietética del fluor.....	26
4.3.2. Prescripción en casos de no fluorización de aguas.....	26
4.3.3. Toxicología del fluor.....	26
4.3.4. Tratamiento y tratamiento tópico con fluor.....	27
4.4. MECANISMO DE ACCION DEL FLUOR TOPICO.....	27
4.5. FORMAS DISPONIBLES DE FLUOR PARA LA APLICACION TOPICA.....	28
4.5.1. Fluoruro de sodio (NaF).....	28

4.5.1.1.	Presentación.....	28
4.5.1.2.	Concentración.....	28
4.5.1.3.	Ph.....	28
4.5.1.4.	Preparación.....	28
4.5.2.	Fluoruro de estaño.....	28
4.5.2.1.	Presentación.....	28
4.5.2.2.	Concentración.....	28
4.5.2.3.	Preparación.....	28
4.5.2.4.	Desventaja.....	29
4.5.3.	Fluoruro de fosfato acidulado.....	29
4.5.3.1.	Presentación.....	29
4.5.3.2.	Concentración.....	29
4.5.3.3.	Ph.....	29
4.5.3.4.	Ventaja.....	29
4.6.	TECNICAS DE APLICACION.....	29
4.6.1.	Técnica para aplicación de soluciones de fluor.....	29
4.6.1.1.	Profilaxis completa.....	29
4.7.	TECNICA DE APLICACION DE FLUOR EN GEL.....	29
4.7.1.	Profilaxis completa y enjuagar perfectamente.....	29
4.8.	INDICACION DEL TRATAMIENTO.....	30
5.	TRATAMIENTO PREVENTIVO CON SELLANTES.....	31
5.1.	SELECCION DE DIENTES PARA SELLANTES.....	31
5.2.	APLICACION DEL SELLANTE.....	31
6.	PREVENCION DE MALOCLUSIONES.....	33
6.1.	CAUSAS PRINCIPALES DE LA PERDIDA DE ESPACIO	33
6.1.1.	Causas.....	33
6.1.2.	Problemas asociados a la pérdida temprana de los dientes primarios.....	34
6.1.3.	Hábitos que pueden crear maloclusiones...	34
6.2.	APARATODIA UTILIZADA PARA LA PREVENCION....	34
6.2.1.	Placa con arco de progenie.....	34
6.2.2.	Placa con resilla lingual inferior.....	35

6.2.3. Placa de expansión de A.m. Schwarzs.....	35
6.2.4. Para hábitos de succión.....	35
7. CANCER ORAL.....	36
7.1. DETECCION PRECOZ DEL CANCER ORAL.....	36
7.1.1. Procedimientos clínicos para la detección y diagnóstico del cancer oral.....	36
7.1.1.1. Examen perioral.....	36
7.1.1.2. Examen oral.....	37
7.1.1.3. Técnica de palpación.....	37
7.1.1.4. Examen radiológico e interpretación....	38
7.2. ETIOLOGIA DEL CANCER ORAL.....	38
7.2.1. Factores extrínsecos.....	38
7.2.2. Factores intrínsecos.....	38
7.3. SIGNOS DE CANCER ORAL.....	39
7.4. TECNICA DE CITOLOGIA ORAL.....	39
7.4.1. Citología exfoliativa.....	39
7.4.1.1. Toma de frotis.....	39
7.4.1.2. Fijación de frotis.....	40
7.4.1.3. Preparado de duplicado.....	40
7.4.1.4. Disposición.....	40
7.4.1.5. Interpretación de la frotis.....	40
7.5. PROBLEMAS BUCALES ASOCIADOS CON CANCER ORAL	40
7.5.1. Cuidados en pacientes tratados con radiación.....	41
7.5.2. Diagnóstico de la citología.....	41
7.6. BIOPSIA.....	42
7.6.1. Técnica para la biopsia.....	42
8. PREVENCIÓN EN OPERATORIA DENTAL Y RESTAURACION.....	43
8.1. PREVENCIÓN DE LA CARIES RECURRENTE.....	43
8.1.1. Aislamiento del campo operatorio.....	43
8.2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ODONTOLOGIA RESTAURADORA.....	44

9. PREVENCIÓN DENTARIA.....	46
9.1. PREVENCIÓN DE LA PERDIDA DE LA VITALIDAD PULPAR.....	46
9.1.1. Protección pulpar.....	46
9.1.2. Pulpotomía.....	47
9.1.2.1. Indicaciones.....	47
9.1.2.2. Contraindicaciones.....	47
9.2 PREVENCIÓN DE LA PERDIDA DENTARIA.....	47
10. PREVENCIÓN EN PROTESIS TOTAL.....	50
10.1. CUIDADOS DE LA DENTADURA.....	50
10.2. PRECAUCIONES CON DENTADURAS INMEDIATAS....	50
11. DENTADURAS PARCIALES.....	52
12. CIRUGIA BUCAL PREVENTIVA.....	53
12.1. ASPECTOS PREVENTIVOS.....	53
12.1.1. Infecciones.....	53
12.1.2. Prevención de reacciones adversas del anestésico local.....	54
13. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES	55
13.1. VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LAS ENFERMEDADES...	55
13.1.1. Directas.....	55
13.1.2. Indirectas.....	55
13.2. ENFERMEDADES TRANSMITIBLES (ALGUNAS).....	56
13.2.1. Hepatitis.....	56
13.2.2. Tuberculosis.....	56
13.2.3. Sífilis.....	56
13.2.4. Síndrome de inmunodeficiencia.....	56
13.3. CONTROL DE MICROORGANISMOS.....	57
13.3.1. Tipos de control.....	57
13.3.1.1. Saneamiento.....	57
13.3.1.2. Desinfección.....	57

13.3.1.3. Esterilización.....	57
13.4. METODOS DE PREVENCION.....	57
14. PREVENCION DE LA RADIACION EN ODONTOLOGIA...	59
15. PREVENCION EN PACIENTES CON OTRAS ENFERMEDADES.....	60
15.1. PACIENTES HEMOFILICOS.....	60
15.1.1. Estado bucal.....	60
15.1.2. Prevención.....	60
15.2. PACIENTE LEUCEMICO.....	62
15.2.1. Estado bucal.....	62
15.3. PACIENTE DIABETICO.....	62
15.3.1. Prevención.....	62
15.4. PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIACA.....	63
15.4.1. Prevención.....	63
16.1. PROGRAMAS ESPECIALES.....	64
16.1. PREVENCION DE LA ENFERMEDAD DENTAL EN PACIENTES IMPEDIDOS.....	64
16.1.1. Pacientes con parálisis cerebral.....	64
16.1.1.1. Estado bucal.....	64
16.1.1.2. Prevención.....	64
16.1.2. Pacientes con mongolismo o síndrome de down.....	65
16.1.2.1. Estado bucal.....	65
16.1.2.2. Prevención.....	65
17. PREVENCION EN EL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO DEL PACIENTE GERIATRICO.....	66
18. CUIDADOS EN EL EMBARAZO.....	68
18.1. MADRES QUE AMAMANTAN.....	69
19. REMOCION DE PLACA EN PACIENTES ORTODONTICOS CON APARATOLOGIA FIJA.....	71
20. CLORHEXIDINA EN EL TRATAMIENTO PREVENTIVO...	72

21. CONCLUSIONES.....	73
BIBLIOGRAFIA.....	75

INTRODUCCION

Durante el transcurso de la historia, la odontología ha presentado un cambio sustancial en su estructura. Se ha ido perfeccionando las diferentes técnicas en la atención de la prevención y se ha dividido en especialidades como periodoncia, endodoncia, cirugía, restauración, preventiva, etc...

La finalidad de este manual es hacer una recopilación de las diferentes técnicas de prevención y dar un enfoque objetivo de programas especiales.



1. CONCEPTO DE PREVENCIÓN Y SU FILOSOFÍA PREVENTIVA

La prevención es el conjunto de medidas generales y específicas que se adoptan en forma individual y colectiva para preservar la salud. Esta comprende el desarrollo y el mantenimiento de la salud bucal.

1.1. FILOSOFÍA PREVENTIVA ODONTOLÓGICA

La filosofía preventiva consta de los objetivos principales del ejercicio de la odontología y la manera como se va a llevar a cabo un plan de tratamiento.

Si un paciente llega al consultorio con un estado satisfactorio de salud bucal, se debe tratar de mantener libre de enfermedad en el mayor tiempo posible; motivar y educar tanto al individuo como a la comunidad.

La prevención debe ser parte integral en la práctica odontológica.

La filosofía preventiva odontológica consta de las siguientes fases para un plan de tratamiento.

1.1.1. Atención urgente

Los tratamientos de urgencia que se consideren necesarios para prevenir precozmente un estado más grave, se realiza como primera medida.

1.1.2. Terapia gingival y periodontal

Se inicia el tratamiento de la enfermedad gingival y periodontal, sin procedimiento quirúrgico.

1.1.3. Terapia anticaries

Eliminación completa de caries, prevención del avance de la lesión ya existente.

1.1.4. Ajuste oclusal

Se realiza por medio de un tallado selectivo, restauración rígida o plástica, placas neuromiorrelajantes, esto con el fin de rehabilitar el paciente.

1.1.5. Auto-cuidado

Técnicas de higiene oral, educación y motivación.

En la odontología preventiva se debe comprender al paciente y tener en cuenta sus componentes físicos y emocionales y el medio social donde vive.

1.2. NECESIDAD DE PREVENCIÓN

La necesidad de la prevención de las enfermedades orales es universal. La caries dental empieza su ataque desde muy temprano y la enfermedad periodontal que se puede iniciar desde la infancia pero predomina en adultos. Estos estados orales son los mas prevalentes.

Durante los últimos años ha disminuido la extracción dentaria y ha sido atribuida al tratamiento precoz de la enfermedad, a mayor nivel de educación y el uso de fluorización.

la necesidad de prevención tiende a aumentar a medida que pasa el tiempo.

1.3. REQUISITOS PARA REALIZAR UN EJERCICIO ODONTOLÓGICO PREVENTIVO

Para ejercer una buena prevención se debe tener en cuenta ciertos requisitos.

1.3.1. Filosofía odontológica

Es la manera que un odontólogo enfoca su práctica y lo que trata de lograr; en si consta de los objetivos principales de su ejercicio. Este se compone de.

1.3.1.1. Considerar al paciente como una unidad biopsicosocial íntegra y no como un juego de dientes con un cierto grado de enfermedad .

1.3.1.2. Si el paciente tiene una boca sana, tratar de mantenerla libre de enfermedad durante mucho tiempo como sea posible

1.3.1.3. Si existen signos de enfermedad dental activa, tratar de restaurar la salud tan rápida y perfectamente como sea posible.

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

La mejor forma de aplicar la filosofía de la odontología preventiva es a través de un programa del paciente.

1.3.2. Entrenar en forma adecuada a auxiliares de odontología

El personal auxiliar debe desarrollar relaciones interpersonales con los pacientes, teniendo así, éxito en el programa de prevención.

1.3.2.1. Crecer y aplicar la filosofía preventiva.

1.3.2.2. Tener habilidad y conocimiento para educar al paciente.

1.3.2.3. Capacidad de comunicarse con el paciente y el deseo de ayudarlo.

1.3.3. Disposición adecuada del consultorio

Con una buena disposición, se puede lograr fines preventivos sin interferir con otras actividades odontológicas, haciendo uso de una sala de prevención decorada con este fin; así obtener una mayor motivación al paciente.

esta sala consta de.

1.3.3.1. Lavatorio

1.3.3.2. Espejo de pared

1.3.3.3. Mesas, sillas, gabinetes

1.3.3.4. Paredes lavables y piso en vinilo

1.3.3.5. Decoración relacionada con prevención

1.3.3.6. Proyector de diapositivas

1.4. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

La prevención se puede dividir en diferentes periodos

1.4.1. Niveles de prevención

1.4.1.1. Prevención primaria

-Primer nivel: Promoción de la salud: Nivel no específico. Incluye todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud general del individuo como es la nutrición balanceada, buena vivienda, condiciones de trabajo, recreación.

-Segundo nivel: Protección específica: Este nivel consta de medidas para prevenir la aparición o recurrencia de enfermedades específicas como son vacunas, fluorización de aguas, aplicación tópica de fluoruros, control de placa.

1.4.1.2. Prevención secundaria

-Tercer nivel: Diagnóstico y tratamiento precoz: Comprende la prevención secundaria y es el nivel apropiado para iniciar el tratamiento.

1.4.1.3. Prevención terciaria

-Cuarto nivel: Limitación del daño: Incluye medidas que limitan el grado de daño producido por la enfermedad como recubrimientos pulpares, tratamientos endodónticos, exodoncia de dientes infectados.

-Quinto nivel: Rehabilitación: Esta se hace, tanto a nivel físico, como psicológico.

1.4.2. Programa de odontología preventiva

La prevención se logra a través de un programa bien planeado adaptado a las características y necesidades particulares de cada paciente; el programa se debe llevar a cabo tanto en el consultorio como en el hogar.

1.4.2.1. Programa para el hogar

Por medio de este programa se da a conocer el interés del paciente y su contribución con la prevención. Las medidas para llevar a cabo este programa son:

1.4.2.1.1. Práctica de una higiene oral correcta

1.4.2.1.2. Uso de dentífricos fluorados

1.4.2.1.3. Dieta adecuada

1.4.2.1.4. Cumplimiento con la cita odontológica

1.4.2.2. Programa para el consultorio

Este programa se refiere a las maniobras preventivas en el cuidado del paciente. Entre ellas están:

1.4.2.2.1. Control de placa

1.4.2.2.2. Fluorización individual

1.4.2.2.3. Asesoramiento sobre dieta y nutrición

1.4.2.2.4. Uso de pruebas de actividad de caries

1.4.2.2.5. Uso de selladores de punto y fisura

1.4.2.2.6. Educación del paciente

1.4.2.2.7. Control.

1.5. PASOS DE PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA

1.5.1. Introducción del paciente a la filosofía preventiva

El paciente debe estar consciente de los principios, objetivos y responsabilidades de la odontología preventiva.

1.5.2. Diagnóstico y evaluación de las necesidades preventivas del paciente

Primero se deben determinar las necesidades preventivas del paciente y luego definir un plan de tratamiento a seguir.

Para esta evaluación se hacen necesarios algunos exámenes clínicos y radiológicos. Las necesidades preventivas se pueden evaluar así:

1.5.2.1. Evaluación de placas

1.5.2.2. Determinación de la presencia de placa

-Evaluación de la cantidad de placa presente.

1.5.2.3. Evaluaciones gingivales

-Determinación de la presencia y el grado de inflamación gingival

-Evaluación de la hemorragia del surco.

1.5.2.4. Determinar el potencial cariogénico del medio oral

1.5.2.5. Evaluación de la dieta

1.5.3. Plan de tratamiento

Este depende del estado y las necesidades del individuo; variando de acuerdo a las necesidades de cada individuo y de sus características

1.5.4. Implementación del programa

1.5.4.1. Control de placa

1.5.4.2. Aplicación de fluor

1.5.5. Evaluación del progreso del paciente

Esta evaluación se logra a través de sucesivos exámenes clínicos de placa y de las encías. Los exámenes clínicos proveen indicaciones del avance del paciente dentro de la prevención oral.

1.5.6. Control

Para asegurar las medidas de control en los pacientes, son necesarios refuerzos periódicos hasta que las nuevas prácticas se transforman en hábitos.

Las sesiones iniciales van de cuatro a seis semanas. Luego cada tres meses y después cada seis meses.

2. ODONTOLOGIA PREVENTIVA INDIVIDUAL

2.1. PROGRAMA DE HIGIENE ORAL PERSONALIZADA

En este programa se ayuda y enseña al paciente sus necesidades dentales y psicológicas por medio de la práctica. Se motiva al paciente mostrándole sus necesidades fisiológicas y es lo que más éxito se ha tenido para el aprendizaje.

2.1.1. Control de placa

Los métodos de control de placa más efectivos para su remoción mecánica son el cepillo dental, hilo o seda dental y otros coadyudantes.

2.1.1.1. Pastillas y sustancias reveladoras

Estos compuestos tñen la placa bacteriana, coloreándola y haciéndola visible. Están compuestos por colorantes para alimentos y un saporífero para hacer agradable su uso. La mayoría son colorantes rojos por su contenido de eritrosina. Estos componentes revelantes se adquieren en dos formas como son los comprimidos y soluciones.

-Aplicación del comprimido: Se da al paciente un comprimido para disolverlo en la boca y fluirlo por todos los dientes.

-Aplicación de la solución: Colocar dos o tres gotas de solución sobre la lengua y la cara lingual de los incisivos inferiores y se hace fluir la saliva por todos los dientes.

Otra solución: Fluoresceína sódica, visible a la luz ultravioleta.

2.1.1.2. Cepillado de los dientes

Selección del cepillo: Se debe aconsejar un cepillo de cabeza mediana, recto, penachos separados, de cerdas blandas y redondeadas.

2.1.1.2.1. Técnicas de cepillado:

-Técnica de barrido: Da importancia a la limpieza de las coronas.

-Método:

-Colocar el cepillo con las cerdas en dirección apical, colocándose sobre la encía.

-En movimiento de barrido, las cerdas frotan las encías y los dientes en dirección hacia oclusal o incisal.

-Repetir el movimiento mínimo tres veces.

-Seguir al área siguiente como la lingual.

-Empezar desde el diente más posterior del cuadrante derecho, cepillando todas las superficies linguales hasta el diente más posterior del cuadrante izquierdo.

-La porción lingual anterior se debe cepillar con el cepillo en forma vertical y hacer el barrido desde gingival hacia incisal.

-Después de limpiar las superficies linguales, vestibulares y palatinas, se cepillan las superficies oclusales de adelante hacia atrás y viceversa, continuamente.

-Limpiar la lengua para eliminar depósitos de placa y detritus. Esta limpieza se hace colocando tan atrás como sea posible y luego se lleva hacia adelante. Se deben hacer varios movimientos.

-Técnica de Stillman: (modificado) Es efectivo en zonas cervicales.

-Método:

-Colocar el cepillo con las cerdas en dirección apical a un ángulo de 45° .

-Las cerdas se flexionan contra la superficie dental y se hacen movimientos giratorios. Se repite este movimiento de seis a ocho veces.

-Después del movimiento giratorio, se barre con el cepillo desde la encía hacia la superficie oclusal.

-Se debe asegurar el orden de cepillado.

-En la zona lingual anterior se coloca el cepillo en forma vertical sobre la encía, se hace el movimiento giratorio y se hace el movimiento de barrido hacia incisal.

-El cepillado oclusal se hace de atrás hacia adelante y viceversa.

-Cepillar la lengua de atrás hacia adelante.

-Técnica de Bass:

-Método:

-Colocar el cepillo en un ángulo de 45° formado con el eje mayor del diente, colocándose sobre el margen gingival.

-Hacer movimientos vibratorios de atrás hacia adelante para disolver la placa.

-Seguir con el diente contiguo.

-En la zona lingual anterior se coloca el cepillo en forma vertical sobre la zona del surco y se vibra.

-Las caras oclusales y la lengua se limpian como en los métodos

anteriores.

-Técnica de Bass Modificado o Bass-Barrido:

-Metodo:

-Este método se hace combinando la técnica de Bass y la técnica de barrido.

2.1.1.3. Uso de la seda dental:

El hilo dental o seda dental son los principales elementos para la eliminación de la placa interproximal.

En el comercio existen dos tipos de seda dental, la encerada y la no encerada. También se usa el enhebrador de hilo.

2.1.1.3.1. Técnicas para el empleo del hilo dental:

-Método:

-Tomar un trozo de hilo, aproximadamente de 45 cm de largo.

-Enrollar alrededor del dedo medio o meñique de cada lado.

-Sujeter con el dedo índice y pulgar de cada mano.

-En el maxilar, el hilo se estira sobre los pulgares, utilizando estos dedos para guiar el hilo.

-En la mandíbula, el hilo se estira sobre los dedos índice, que se emplean para conducirlo.

-Deslizar el hilo sobre la parte interproximal, hacia atrás y hacia adelante, pasándose por toda la superficie proximal.

-Se realiza esta maniobra sobre el diente adyacente en el mismo

espacio interproximal.

-Si hay restauraciones con márgenes irregulares que bloqueen el hilo, se suelta un extremo.

-Otro método:

-Utilizar el hilo haciendo un asa o círculo y se sigue la técnica anterior.

2.1.2. Ayudas audiovisuales

El odontólogo puede elegir entre aquellos que más se acercan a sus conceptos y métodos educacionales y técnicos. Como ayudas audiovisuales, tenemos proyectores de diapositivas, grabadoras. Este material es de gran ayuda para la educación y motivación del paciente.

3. PLACA BACTERIANA, CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

3.1. PLACA BACTERIANA

3.1.1. Definición de la placa bacteriana

La placa bacteriana es una masa blanca, adherente de colonias de bacterias que se coleccionan sobre la superficie de los dientes, encías y otras superficies bucales cuando no se practican métodos adecuados de higiene oral.

La placa se ha reconocido en la etiología de la caries dental, enfermedad periodontal y formación de tártaro.

3.1.2. Composición de la placa bacteriana

La composición de la placa bacteriana consta de sustancias orgánicas e inorgánicas de las cuales el componente principal es el representado por microorganismos. Estos producen una matriz extracelular que va a servir para que estos microorganismos se unan unos a otros. También está formada por células descamativas epiteliales, polimorfonucleares y células difusas. Su componente inorgánico como iones de calcio y fósforo, secretados por glándulas salivares.

3.1.3. Tipos de placa bacteriana

3.1.3.1. Placa bacteriana supragingival

Se forma por la cantidad de película adquirida que es una capa homogénea y sustancias glucoproteínicas que provienen de la saliva y

que cubre la superficie del esmalte dentario. Esta película adquirida se encuentra entre la placa bacteriana y el diente.

3.1.3.2. Placa bacteriana subgingival

Esta placa subgingival se forma después de la supragingival por migración de microorganismos de la placa supragingival. Esta compuesta por microorganismos anaerobios y facultativos.

3.1.4. Estadios de formación de la placa

3.1.4.1. Primer estadio:

Las glucoproteínas de la saliva son absorbidas en la superficie externa del esmalte, produciendo una película orgánica, delgada, acelular y carente de estructura conocida como película adquirida.

3.1.4.2. Segundo estadio:

Colonización selectiva de la película por bacterias adherentes específicas.

3.1.4.3. Tercer estadio:

Maduración de la placa: Comprende la multiplicación y crecimiento de más bacterias sobre las iniciales. Las diferentes capas bacterianas se mantienen unidas por adherencia interbacteriana.

3.1.5. Patogenicidad de la placa bacteriana

La placa bacteriana es conocida como factor etiológico de la caries, enfermedad periodontal. La causa directa de esta enfermedad es la producción de metabolitos dañinos dentro de ella, produciendo cambios patológicos.

Entre los agentes atacantes están los ácidos orgánicos producidos como subproducto de distintas vías utilizadas por las bacterias de la placa para metabolizar sus fuentes de energía carbohidratadas.

En la enfermedad periodontal, los agentes agresores son metabolitos de bajo peso molecular como el amoníaco, sulfuro de hidrógeno, aminas

tóxicas, que existen en la placa. Otros agentes nocivos son enzimas originadas por las bacterias o el huésped y sustancias de alto peso molecular como componentes lipopolisacáridos y peptidoglucanos de las paredes de las células bacterianas.

3.2. CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad que se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente, si el proceso avanza sin destrucción.

Clinicamente la caries se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso avanza, se destruyen tejidos y se forman cavidades. Este estadio se denomina periodo de cavitación.

La caries es una enfermedad multifactorial por que son varios factores que la producen.

3.2.1. Dieta y caries

Se ha establecido que existe una estrecha relación entre el consumo de azúcar y la formación de caries. Fuera del contenido de azúcar en los alimentos, es más importante las características de los alimentos y las condiciones como la frecuencia de ingestión.

3.2.1.1. Escala de peligro de alimentos cariogénicos

- Alimentos azucarados adhesivos consumidos entre comidas
- Alimentos azucarados consumidos durante las comidas
- Alimentos azucarados no adhesivos líquidos, consumidos entre comidas
- Alimentos azucarados no adhesivos líquidos, consumidos durante las comidas
- Alimentos desprovistos de azúcar.

El consumo de dietas azucaradas es un factor directo en la producción de los tipos de caries que afectan al hombre.

Existen ciertos tipos de alimentos que contienen componentes anticariogénicos, los cuales por mecanismos no identificados, reducen su potencial cariogénico como es el chocolate de leche.

3.2.2. Etiología de la caries

Entre los causantes de la caries dental se encuentran los microorganismos acidógenos como los streptococos sustratos fermentables, y la estructura dentaria susceptible a la disolución por los ácidos. La placa dental influye proporcionando un medio para las colonias bacterianas.

Se describe en primera línea de defensa contra la caries a la saliva; esto depende de sus propiedades antibacterianas, velocidad de flujo y viscosidad.

3.2.3. Casos especiales de caries

Estos casos, en los cuales el ataque de la caries es tan agudo, encontramos los siguientes.

3.2.3.1. Caries rampante:

Es un tipo de caries dental fulminante, extremadamente aguda; afecta dientes y caras que habitualmente no son susceptibles a la caries.

Avanza rápidamente sin dar tiempo a la pulpa para que reaccione e induzca a la formación de dentina secundaria.

Clínicamente son lesiones blandas, de color amarillo que puede ir hasta café oscuro. Esta caries tiene alta incidencia en niños entre los cuatro y ocho años de edad. Su etiología se atribuye a la ingesta de carbohidratos adherentes, entre comidas.

3.2.3.2. Caries por biberón:

Tipo de caries muy común en niños que toman biberón con leche o líquidos azucarados mientras duermen. Ataca particularmente a los cuatro incisivos superiores primarios, primeros molares primarios superiores e inferiores y caninos primarios inferiores, siendo estas lesiones más graves en los incisivos anterosuperiores. La caries por biberón es un estado incuestionablemente cultural o artificialmente inducido ya que el biberón se da con fines para entretener y no para alimentar.

Esta práctica debe ser desaconsejada por el odontólogo y por el pediatra, ya que el uso del biberón es un riesgo para la adquisición de este tipo de caries.

3.2.3.3. Caries por radiación:

Son lesiones cariosas diseminadas, de desarrollo rápido que aparecen como complicación del tratamiento con radiación para carcinomas de la región bucocervicofacial. Se cree que en el mes de terapia se producen más de dos lesiones cariosas.

Las lesiones son comunes en bordes incisales de dientes anteriores, cúspides de posteriores y caras linguales de dientes anteriores y posteriores. Estos dientes son comúnmente no susceptibles a caries. También se encuentran en zonas cervicales de caras vestibulares de incisivos y caninos; estas caries en cervical lleva a los dientes a la amputación completa de la corona.

También se ha notado un cambio de color a tonos más oscuros.

Una de las características en personas tratadas con radioterapia, es la xerostomía, un marcado aumento de streptococos mutans, lactobacillus y candida unida a la disminución de S.sanguis, Neisseria y fusobacterium.

Se recomienda el uso de dentífricos que contengan fluor; aplicación tópica de fluor durante todo el tratamiento con radiación; usar el hilo o seda dental y enjuagar la boca después de cada comida.

3.2.3.4. Caries radicular:

Este tipo de caries comienza hacia apical del límite emelocementario, sin compromiso inicial de dentina, pero se va comprometiendo a medida

que avanza la lesión; la dentina se compromete rápidamente.

Esta caries se observa por lo general en personas de edad avanzada con una higiene oral deficiente.

La caries aparece después de una marcada retracción gingival, produciendo exposición de la raíz.

3.2.4. Procedimientos a tomar en algunos casos de caries

3.2.4.1. Caries rampante:

-Pasos clínicos

-Remoción de tejido dentario cariado

-Tratamiento tópico con fluoruro de estaño

-Obturación con óxido de zinc-eugenol para disminuir el estado séptico de la boca

-Cambio de dieta donde se va a restringir drásticamente los carbohidratos

-Enseñanza del cepillado y uso de la seda dental

-Motivación del niño y de sus padres

-Fase de restauración siempre y cuando la caries este bajo control.

3.2.4.2. Caries por radiación:

En lo posible usar una goma de mascar sin azúcar para promover la salivación. También deben enjuagar la boca con solución recalcificante que contiene calcio (5 mM), fosfato (3.1 mM), fluoruro (0.27 mM- 5ppm) y cloruro de Na (0.11 mM).

-Pasos clínicos

- Buena higiene bucal con previa fase higiénica con remoción de placa radicular

- Restringir el consumo de carbohidratos fermentables

- Tratamiento intensivo con fluor

- Cuatro aplicaciones tópicas a intervalos semanales

- Uso de dentífrico con fluor

- Uso de enjuagatorios de fluoruros de sodio neutro al 0.05%

- Frecuentes enjuagatorios con agua o bicarbonato de sodio, en caso de xerostomía.

3.2.4.3. Caries radicular:

- Pasos clínicos

- Buena higiene oral, removiendo la placa radicular

- Restringir el consumo de carbohidratos

- Remover el tejido carioso

- Tratamiento intensivo con fluor

- Cuatro aplicaciones tópicas con fluoruro de estaño, a intervalos semanales

- Uso diario de dentífrico que contenga fluor

- Uso diario de enjuagatorios de fluoruros de Na neutro al 0.05%

-Enseñanza de cepillado y uso de la seda dental

-Fase restaurativa.

3.3. ENFERMEDAD PERIODONTAL

3.3.1. Definición

La enfermedad periodontal es la manifestación de las modificaciones de los tejidos comprendidos en el periodonto y las alteraciones pueden ocurrir en cualquiera de estos componentes.

La enfermedad comienza con trastorno gingival, terminando con la afección del hueso y la pérdida del diente.

3.3.2. Factores etiológicos

3.3.2.1. Factores locales:

Estos actúan en el medio ambiente inmediato a la encía y los tejidos de soporte desencadenando la iniciación de la inflamación.

Entre ellos:

-Tártaro dental:

El tártaro es una masa mineralizada, adherente que se forma sobre la superficie de los dientes. Este tártaro o cálculo dental puede ser supra o infragingival.

Clinicamente se observan de un color que puede ir desde amarillo hasta café oscuro por pigmentación.

Patogénicamente el tártaro es el resultado de la calcificación de la placa bacteriana; de aquí su importancia en la enfermedad periodontal por su componente bacteriano.

-Prevención de la formación de tártaro

-Prevención de la formación de placa, o remoción de la placa

-Inhibición de la formación de la placa

-Lisis del tártaro a medida que se forma.

-Impacto alimentario:

El impacto alimentario se define como el acúmulo forzoso de alimentos en la encía como resultado de las relaciones dentarias incorrectas (alteración a nivel de contactos interproximales).

-Traumatismo gingival:

Este traumatismo no puede ser accidental, ya sea por maniobras odontológicas, exposición a agentes químicos irritativos, a veces cáusticos y cepillado traumático.

-Trauma oclusal:

Las fuerzas oclusales afectan el periodonto. Se produce atrofia del ligamento periodontal y hueso alveolar. Cuando las fuerzas oclusales son insuficientes o excesivas, se produce daño tisular, como el aplastamiento de fibras periodontales, reabsorción de hueso alveolar.

Radiográficamente el espacio del ligamento periodontal se observa ensanchado, hay reabsorción ósea vertical, radiolucidez y condensación del hueso alveolar y reabsorción radicular.

El trauma oclusal también puede ser el resultado de restauraciones dentales cementadas sin tener en cuenta el control de la oclusión, de desplazamiento de dientes ya sea por extracciones subsiguientes o ausencia de antagonista, produciendo así maloclusiones.

-Hábitos:

Entre estos, encontramos: Bruxismo, oncofagia, deglución atípica y respiración bucal en la cual se observa disminución de la resistencia

del tejido gingival a través de la deshidratación.

3.3.2.2. Factores sistémicos:

Algunos factores como son entre ellos, alteraciones metabólicas, discracias sanguíneas enfermedades debilitantes, estados hereditarios (diabetes), deficiencia nutricional, alteraciones emocionales.

3.3.3. Prevención de la enfermedad periodontal

- Educación del paciente y motivación
- Utilización de medios audio-visuales sobre la enfermedad
- Instrucciones sobre higiene oral
- Eliminación del cálculo por medio de curetaje
- Fase higiénica.



4. TRATAMIENTO PREVENTIVO CON FLUOR

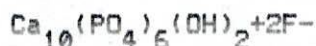
4.1. TRATAMIENTO SISTEMICO CON FLUOR

El tratamiento sistémico hace relación con la ingestión de fluor durante el periodo de formación dentaria. La forma más común, es la ingestión de aguas de consumo fluorizadas.

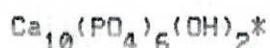
Este último tratamiento ha sido benéfico por su efecto permanente, reduciendo parcialmente, a nivel comunal la incidencia de caries dental; siendo su concentración de 1 ppm.

4.1.1. Mecanismo de acción del fluor sistémico

El fluor que es ingerido (ya sea de aguas de consumo fluorizadas, o tabletas de fluor) se va hacer presente en los líquidos orgánicos circulantes y es depositado en tejidos calcificados o excretado metabólicamente y la manera como el fluor es incorporado a la porción calcificada de los huesos y los dientes es demostrada por la siguiente reacción: de sustitución:



Hidroxiapatita



Fluorohidroxiapatita.

La concentración de fluor en los líquidos orgánicos circulantes es bastante más baja, el único producto de reacción sistémico del

fluoruro con desarrollo de hidroxapatita es la fluorohidroxapatita.

El depósito de fluoruros en tejidos calcificados se produce preferencialmente en zonas de elevada actividad metabólica, con una íntima proximidad con los líquidos circulantes, como es el tejido perióstico.

4.2. FLUOR SISTEMICO

FIGURA: DIAGRAMA ESQUEMATICO DEL DESTINO DEL FLUORURO EN HUMANOS

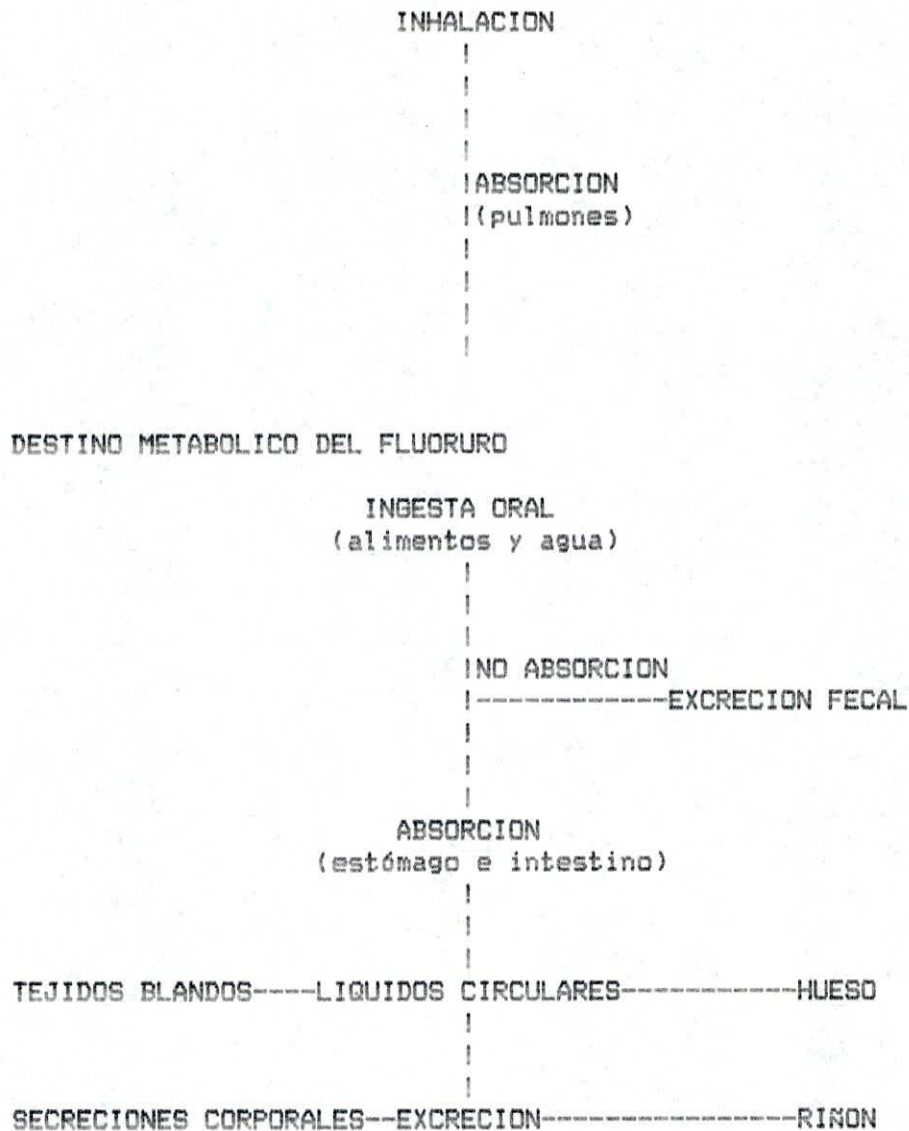


Figura tomada del libro de Odontología Preventiva en Acción de Katz, McDonald, Stookey. Pág 199.

4.3. TABLETAS DE FLUORURO

Para el suministro de tabletas se debe interrogar al paciente sobre el agua que consume y la zona donde vive.

Lo anterior se debe a que no todas las zonas consumen aguas fluoradas o las consumen pero con una concentración baja de fluor.

4.3.1. Prescripción dietética del fluor.

4.3.1.1. Se prescribirá un suplemento de fluoruros cuando la concentración de fluoruro del agua de bebida sea inferior a 0,7 ppm.

4.3.1.2. No se despacharán más de 264 mg de fluoruro sódico de una vez y no se repetirá la receta hasta que se haya consumido completamente esta cantidad.

4.3.1.3. Cada preparado debe llevar la advertencia de: " guardar fuera del alcance de los niños".

4.3.2. Prescripción: en casos de la no fluorización de aguas.

Edad	Dosis	Frecuencia	Forma de administración
0-2 años	1 tableta (1 mg) en cada cuarto de litro de agua.	Según la necesidad (1-2 veces al día)	Biberones y otros alimentos
2-3 años	1 tableta de fluoruro (1mg)	Cada tres días	Zumos de frutos o agua potable; tomarse en una sola vez.
Más de 3 años	1 tableta de fluoruro (1mg).	Diaria	Zumos de frutas o agua potable; tomarse en una sola vez.

4.3.3. Toxicología del fluor

La dosis letal aguda por fluor en humanos se puede producir por una dosis de 5 a 10g de fluor, produciendo la muerte de dos a cuatro horas. Fluorosis crónica: 2 ppm de fluor. Síntomas: vómito, intensos dolores abdominales, diarrea, convulsiones, espasmos.

4.3.4. Tratamiento

Administración intravenosa de glucosa y gluconato de calcio.

Lavado gástrico.

Tratamiento del shock.

4.3.4. Tratamiento tópico con fluor.

Estas aplicaciones dan como resultado el aumento de la resistencia de las superficies dentarias expuestas al desarrollo de la caries dental.

4.4. MECANISMO DE ACCION DEL FLUOR TOPICO

En el esmalte su mayor concentración se encuentra en porción más externa de su superficie, disminuye el contenido de fluor a medida que se avanza hacia adentro. El depósito de fluoruro en el esmalte durante los periodos preeruptivos del desarrollo dentario, tiene lugar a través de dos mecanismos:

-Precipitación de una apatita fluorosustituida durante el depósito mineral sobre la matriz de esmalte.

Este mecanismo es responsable del fluor presente en la masa del esmalte.

-La reAcción del esmalte ya formado con el fluoruro presente en los líquidos internos que bañan las superficies dentarias. Este mecanismo es responsable de la mayor proporción de fluoruro en la cara más externa de la superficie del esmalte.

En la erupción, el esmalte no está aún completamente calcificado. Y sufre un periodo posteruptivo aproximadamente de dos años de duración, durante el cual continua la calcificación del esmalte.

Durante este periodo de maduración del esmalte, hay una continua

acumulación de fluoruro, así como de otros elementos en las porciones más superficiales del esmalte. Este fluoruro proviene de la saliva como de la exposición de los dientes al agua y a los alimentos que lo contienen.

Después del periodo de maduración del esmalte, hay una incorporación relativamente pequeña de fluoruro adicional hacia la superficie del esmalte.

La presencia de altas concentraciones de fluoruro en el esmalte superficial sirve para que la superficie del diente sea más resistente al desarrollo de la caries dental. Los iones de fluoruro cuando sustituyen los cristales de hidroxiapatita, se adaptan más perfectamente en el cristal que los iones oxihidrilo. Esto sirve para hacer que los cristales de bratita sean más compactos y estables, siendo más resistentes a la disolución ácida de la caries.

4.5. FORMAS DISPONIBLES DE FLUOR PARA LA APLICACION TOPICA

4.5.1. Fluoruro de sodio (NaF)

4.5.1.1. Presentación: polvo o líquido.

4.5.1.2. Concentración: 2%.

4.5.1.3. Ph.: básico.

4.5.1.4. Preparación: disolver 0,2 mg de polvo en 10 ml de agua destilada.

Se debe almacenar o preparar en recipientes plásticos.

4.5.2. Fluoruro de estañ (SnF₂).

4.5.2.1. Presentación: polvo ya sea en recipientes a granel o capsulas prepesadas.

4.5.2.2. Concentración: 8%.

4.5.2.3. Preparación: disolver 0,8 g de polvo en 10 ml de agua destilada. Este se debe preparar inmediatamente antes de su uso y en recipiente plástico.

Ph---ácido entre 2,4 a 2,8

4.5.2.4. Desventaja: produce después de su aplicación sabor amargo metálico.

4.5.3. Fluoruro de fosfato acidulado.

4.5.3.1. Presentación: en soluciones y en geles listos para usar.

4.5.3.2. Concentración: 1.23%.

4.5.3.3. Ph: 3.5

4.5.3.4. Ventaja: sabor agradable

4.6. TECNICAS DE APLICACION

4.6.1. Técnica para aplicación de soluciones de fluor.

4.6.1.1. Profilaxis completa: enjuagar completamente.

4.6.1.2. Colocar dique de goma para aislar la zona a tratar. Se puede aplicar por cuadrantes y aislar relativamente con rollos de algodón.

4.6.1.3. Secar los dientes aislados.

4.6.1.4. Aplicar el fluor con motas de algodón por todas las caras dentarias en forma de pinceladas.

4.6.1.5. Se repiten las pinceladas por cuatro veces por cuatro minutos, para lograr el efecto cariostático.

4.6.1.6. Terminada la aplicación tópica se le recomienda al paciente no comer ni beber por un periodo de una hora.

4.6.1.7. Repetir la aplicación cada seis a doce meses.

4.7. TECNICA DE APLICACION DE FLUOR EN GEL

4.7.1. Profilaxis completa y enjuagar perfectamente.

4.7.1.1. Secar los dientes a tratar.

4.7.1.2. Usar cubetas para fluor en gel.

4.7.1.3. Colocar sobre la cubeta el gel.

4.7.1.4. Se aplica sobre el arco asegurándose que el gel fluya por todos los dientes.

4.7.1.5. Se deja la cubeta por un periodo de cuatro minutos.

4.7.1.6. Instruir al paciente.

4.7.1.7. Repetir la aplicación de seis a 12 meses.

4.8. INDICACION DEL TRATAMIENTO

El tratamiento con fluor, es efectivo tanto para dientes primarios como permanentes. Este tratamiento se debe iniciar a los dos años de edad momento en que han erupcionado la mayoría de dientes.

Para su uso se debe evaluar las necesidades de cada paciente y así hacer la elección del fluor.

5. TRATAMIENTO PREVENTIVO CON SELLANTES

Los sellantes se usan para la prevención de caries en zonas oclusales, sellando fosetas y fisuras.

5.1. SELECCION DE DIENTES PARA SELLANTES

En general, se usa el sellante para dientes molares primarios y permanentes, premolares primarios y permanentes donde existen puntos y fisuras relativamente profundos y definidos. En otros dientes que no tengan estas características no se va a producir la retención del sellante.

5.2. APLICACION DEL SELLANTE

-Limpieza minuciosa de los dientes seleccionados, con una buena profilaxis. No se debe usar pasta fluorada ya que va a aumentar la resistencia al grabado ácido.

-Enjuagar perfectamente.

-Aislar absolutamente, los dientes seleccionados, con dique de goma para retener el área seca.

-Grabar cuidadosamente las caras oclusales.

Se utiliza como desmineralizante el ácido fosfórico al 37% o al 50%; se aplica con una torunda de algodón y se deja actuar por un minuto en dientes permanentes y por dos minutos en dientes primarios por ser un esmalte menos mineralizado.

-Lavar el diente por 30 segundos.

-Secar la superficie grabada; se debe observar la superficie de un color blanco tiza. Esta superficie debe mantenerse libre de humedad, sobre todo de saliva.

-Aplicación del sellante, de manera uniforme.

-Verificar la adhesión.

6. PREVENCIÓN DE MALOCCLUSIONES

La prevención de la caries dental y su rápido diagnóstico y restauración son tal vez los medios mas valiosos del control de la maloclusión.

6.1. CAUSAS PRINCIPALES DE LA PERDIDA DE ESPACIO

6.1.1. Causas:

- La caries interproximal en los dientes posteriores con pérdida subsiguiente de la estructura del diente, que da origen a un movimiento mesial de los dientes hacia las lesiones.

- La pérdida prematura de los molares primarios, especialmente los segundos molares.

- La erupción de dientes con alteración del tamaño y forma.

- La pérdida prematura de dientes permanentes.

- La ausencia congénita de dientes permanentes con exfoliación normal de los dientes temporales.

- La fractura de los dientes permanentes anteriores en que se pierden los contactos proximales de los dientes contiguos, lo cual produce pérdida del espacio.

- Alteración del orden de erupción de los dientes permanentes.

-La erupción ectópica.

-La anquilosis de los dientes temporales.

-La erupción de los dientes supernumerarios.

6.1.2. Problemas asociados a la pérdida temprana de los dientes primarios

-Asimetrías de los segmentos anterior y posterior de los arcos dentarios, cuando la pérdida es unilateral.

-Movimiento anterior de los segmentos posteriores de los arcos y a veces volcamiento y retrucción de los dientes anteriores, también cuando se pierde uno o dos primeros molares permanentes.

-Sobre-erupción de los dientes antagonistas.

6.1.3. Hábitos que pueden crear maloclusiones

Existen hábitos perniciosos como succionar el dedo, morder las uñas o cualquier otro objeto como un lápiz.

Estos hábitos van a desencadenar fuerzas anormales sobre los dientes causando la maloclusión.

6.2. APARATODIA UTILIZADA PARA LA PREVENCIÓN

6.2.1. Placa con arco de progenie

En los casos de progenie la lengua aparece presionando la mandíbula durante la posición de descanso, proyectándose contra los incisivos inferiores durante la función de deglución, fonación. En estos casos existe una mordida cruzada anterior.

Esta placa con arco de progenie y acrílico oclusal se usa para elevar la oclusión, provocar deslizamiento de la mandíbula hacia atrás e

impedir la extrusión de los sectores posteriores.

6.2.2. Placa con resilla lingual inferior

Se usa en casos con interposición lingual en deglución atípica y favorecer la buena articulación del lenguaje.

6.2.3. Placa de expansión de A.M. Schwarz

Se usa en apiñamientos severos con un maxilar estrecho. Estas placas son activadas por medio de un tornillo de expansión.

6.2.4. Para hábitos de succión

-Uso de chupo ortopédico

-Placa sicofuncional

Se usa en casos de succión digital.

7. CANCER ORAL

La boca es un sitio primario para el cáncer haciéndola así, un sitio de alto riesgo.

Las lesiones malignas más comunes son:

-Carcinoma de células basales:

Aparece con frecuencia en sitios más expuestos a radiaciones solares, tales como los labios. Tiene poca tendencia a la metástasis.

-Carcinoma epidermoide:

Aparece con frecuencia en la lengua, piso de boca, encía, mucosa vestibular.

7.1. DETECCION PRECOZ DEL CANCER ORAL

Para detectar una lesión precoz de cáncer oral, es indispensable un examen oral meticuloso.

7.1.1. Procedimientos clínicos para la detección y diagnóstico del cáncer oral

7.1.1.1. Examen perioral:

-Mirar la cara y cuello. Observar si existe alguna ulceración, tumefacción o mancha. (En caso dado se remite el paciente a un médico

especialista)

-Mirar de frente al paciente para indicar alguna asimetría, causada por masas de tejido blando.

7.1.1.2. Examen oral:

-Observar los labios para descubrir posibles tumefacciones, úlceras o manchas. Observar la mucosa labial doblando el labio superior hacia arriba y el inferior hacia abajo.

-Examinar encía vestibular y pliegues mucovestibulares.

-Tensionar la mucosa vestibular y observar.

-Examinar la lengua en estado de reposo, para observar su parte dorsal y con la punta hacia el paladar para observar su parte ventral. Examinar el borde postero-lateral, haciéndose sacar la lengua y dirigirla a cada lado.

-Al tiempo se observa el piso de boca.

-Observar las encías linguo-mandibulares con la ayuda de un espejo.

-Observar el paladar, con la ayuda de un espejo y la mucosa de la retrotuberosidad.

-Observar el paladar blando, la úvula y la orofaringe deprimiendo la lengua.

7.1.1.3. Técnica de palpación:

-Colocar las manos planas sobre la cara, con los índices apoyados con firmeza sobre la articulación temporomandibular y la glándula parótida y pálpanse las masas. El paciente debe abrir y cerrar la boca.

-Buscar los ganglios linfáticos colocando los dedos de ambas manos sobre la piel del cuello. Deben presionar con firmeza y en posición

perpendicular.

Los ganglios linfáticos palpables múltiples y los ganglios linfáticos inmóviles, se deben examinar con todo cuidado.

-La zona cervical se palpará en busca de ganglios linfáticos, colocando los tejidos que rodean el esternocleidomastoideo entre el pulgar y los otros dedos. Apretando suavemente a medida que la mano se mueve en sentido vertical. La palpación de las regiones posteriores auricular y occipital se efectúa moviendo los dedos de ambas manos en direcciones posteriores desde el músculo esternocleidomastoideo hasta que se encuentren en la zona medio-occipital.

-Los labios, la mucosa bucal, la lengua y el suelo bucal se palpan bimanualmente o bidigitalmente.

7.1.1.4. Examen radiográfico e interpretación

-Este examen es útil para llegar a un diagnóstico.

7.2. ETIOLOGIA DEL CANCER ORAL

7.2.1. Factores extrínsecos

-Biológicos: Virus oncógenos (adenovirus).

-Químicos: Algunos compuestos alimenticios.

-Físicos: Radiación ultravioleta o ionizante, rayos gamma.

7.2.2. Factores intrínsecos:

-Nutricionales: Deficiencias

-Hormonas: Promueven la proliferación.

-Genéticos.

No existe etiología única acerca del cáncer en el hombre, sino varias posibilidades etiológicas.

7.3. SIGNOS DE CANCER ORAL

-Cualquier punto de ulceración de los labios, de la lengua u otra zona dentro de la boca, que no cicatriza rápidamente.

-Cualquier zona escamosa en el interior de la boca.

-Tumefacción permanente de labios, encías u otras zonas del interior de la boca que se acompañen o no de dolor.

-Hemorragia repetida en la boca sin causa aparente.

-Adormecimiento o pérdida de sensación en alguna parte de la boca.

7.4. TECNICA DE CITOLOGIA ORAL

7.4.1. Citología exfoliativa

Se deben tomar, siempre, dos frotis.

7.4.1.1. Toma de los frotis:

-Escribir el nombre del paciente en el extremo de los porta-objetos, con lápiz de plomo.

-Limpiar la superficie de la lesión con esponja Humedecida en solución fisiológica o agua.

-Raspar vigorosamente la lesión, repetidamente con una espátula de cemento o bajalenguas.

-Diseminar el material recolectado, sobre la porción central del porta-objetos y se fija inmediatamente.

7.4.1.2. Fijación del frotis:

-Colocar el porta-objetos en el lado del frotis hacia arriba.

-Inclinarlo y dejar caer sobre él cuatro o cinco gotas de fijador.

-Dejar reposar por 30 minutos y secar con aire.

7.4.1.3. Preparado del duplicado

-Repetir el procedimiento descrito.

7.4.1.4. Disposición:

-Colocar los porta-objetos en un portapreparados de plástico.

-Llenar la historia con la historia pertinente, aspecto clínico, tamaño, diagnóstico diferencial, etc.

-Enviar al laboratorio en sobre o caja.

7.4.1.5. Interpretación de los frotis.

7.5. PROBLEMAS BUCALES ASOCIADOS CON CANCER ORAL

Entre estos problemas los más comunes son:

-Caries por radiación.

-Xerostomía.

-Ulceración e infección de tejidos blandos.

-Hemorragias.

-Trismus.

7.5.1. Cuidados en pacientes tratados con radiación

Al realizar cualquier tratamiento con exodoncias, en estos pacientes, se debe tener en cuenta que la cicatrización de una herida requiere de dos a cuatro a seis semanas hasta el punto en que se vuelva aceptable. El riesgo de necrosis ósea, después de la radioterapia de la región. Por esta razón se deben posponer estos procedimientos; otros procedimientos que se posponen son los endodónticos, y restauración de dientes cariados.

En pacientes tratados con quimioterapia, se les debe hacer, constantemente, control de la infección, ya que la infección bucal en estos pacientes, puede convertirse en sistémica y fatal sino se tratan inmediatamente los primeros signos de infección. El tratamiento debe ser muy cuidadoso, haciéndose exámenes clínicos, en casos o tratamientos como extracciones, dientes abscesados, remoción del tártaro, tratamiento de bolsas periodontales.

7.5.2. Diagnóstico de la citología

Clase I: Normal.

Clase II: Atípico, atipia menor, sin evidencia de cambios malignos.

Clase III: Intermedio. Células con atipia marcada que pueden sugerir cáncer, pero no son definidas y podrían representar lesiones precancerosas o carcinoma in situ. Se recomienda biopsia.

Clase IV: Sugiere cáncer: Pocas células epiteliales con características malignas, o muchas células con características límites. La biopsia es obligatoria.

Clase V: Cáncer positivo: Células evidentemente malignas.

7.6. BIOPSIA

Se hace la biopsia cuando se tiene la menor sospecha de que halla una lesión maligna o benigna.

7.6.1. Técnica para la biopsia:

- Anestesiar la región evitando la infiltración directa de la zona de sospecha.

- Si la lesión es pequeña se debe extirpar completamente para obtener el material suficiente para estudio.

- Si la lesión es grande, se debe extirpar tejidos de unos cuatro milímetros de ancho y no menos de cuatro milímetros de profundidad, para obtener una muestra representativa.

- Si un tumor o una zona de hiperqueratosis extensas varían de aspecto en diferentes regiones, realice biopsias múltiples y colocar cada muestra en un vaso diferente.

- Marcar cada frasco con un número.

- Indicar la zona de localización y datos del paciente.

8. PREVENCIÓN EN OPERATORIA DENTAL Y RESTAURACIÓN

8.1. PREVENCIÓN DE LA CARIES RECURRENTE

La prevención se logra con diferentes pasos a tomar, evitando fracasos en la restauración dental:

8.1.1. Aislamiento del campo operatorio:

Este aislamiento puede ser:

-Absoluto: Se usa el dique de goma, brindando al paciente y al profesional, ventajas:

-Ausencia de humedad.

-Mejor acceso al sitio a intervenir.

-Retracción y protección de los tejidos blandos de posibles traumatismos, con algún instrumento de trabajo.

-Mantener un campo libre de contaminación.

-Previene la aspiración de cuerpos extraños.

-Mejor manejo del paciente.

-Relativo: Se logra aislando la zona a intervenir, con rollos de

algodón.

8.1.2. Buena preparación cavitaria, eliminando totalmente la caries.

8.1.3. Colocar protector pulpar y base intermedia.

8.1.4. Usar barniz cavitario para evitar la filtración marginal.

8.1.5. Adaptar muy bien el material restaurador, lográndose con una buena condensación o adaptación.

8.1.6. Excelente terminación de las restauraciones; la terminación debe brindar superficies suaves, pulidas, con líneas terminales perfectas, puntos de contactos interproximales existentes, restauraciones en buena oclusión.

8.2. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

Como componentes básicos se encuentran:

-Uso del dique de goma.

-Si es necesaria la separación interdental, hay que ser precavido ya que una gran separación puede producir daño periodontal. La separación no debe ser mayor al ancho del ligamento periodontal.

-Usar una matriz perfectamente contorneada y acuarla firmemente en su sitio.

-Dar a la buena restauración, un contorno adecuado, sin dejar excesos, con una oclusión adecuada.

-Reproducir características oclusales más importantes como surcos de desarrollo, fosas, rebordes ya que ayudan a la masticación.

-Los rebordes marginales deben reconstruirse a una altura pareja y a un nivel funcional.

-Se debe evitar colocar márgenes terminal por debajo de la cuesta gingival.

-Siempre que sea posible usar prótesis fija y no removibles.

-Utilizar coronas parciales, más que totales o completas para los picales.

-Las caras oclusales de los pónicos y las restauraciones deben devolver las dimensiones oclusales.

-El contorno gingival de los pónicos debe crear un medio higiénico para el tejido subyacente.

-El diseño de los ganchos en prótesis removible, debe tener apoyos oclusales extendidos sobre las caras oclusales para impedir la inclinación de los dientes.

9. PREVENCIÓN DENTARIA

9.1. PREVENCIÓN DE LA PERDIDA DE LA VITALIDAD PULPAR

9.1.1. Protección pulpar: Se logra por medio de:

- Preparación cavitaria conservadora.
- Irrigación durante la preparación cavitaria.
- Eliminación final de caries con cucharilla.
- Recubrimiento pulpar: Principios de esta terapia:
 - Se hace en dientes vitales.
 - Aislar absolutamente.
 - Obturar la cavidad temporalmente (debe quedar bien adaptada).

Este recubrimiento pulpar puede ser:

-Directo: Se procede en dientes jóvenes, asintomáticos, con microexposición.

-Indirecto: Se hace para prevenir irritación y trauma a la pulpa en dientes asintomáticos. Indicado en cavidades profundas próximas a la pulpa. La pulpa se protege con el depósito de dentina secundaria.

Estos recubrimientos se hacen con hidroxido de calcio.

9.1.2. Pulpotomia: Es la amputación pulpar coronaria que se efectua en dientes primarios y permanentes juvenes.

9.1.2.1. Indicaciones:

-Exposición en dientes asintomaticos primarios y permanentes jóvenes.

9.1.2.2. Contraindicaciones:

-Dolor expontáneo.

-Tumefacción.

-Fistula.

-Sensibilidad a la percusión.

-Movilidad.

-Reabsorción radicular.

-Lesión periapical.

-Calcificaciones pulpaes.

-Exudado en el punto de exposición.

-Hemorragia profusa de los muñones radiculares amputados.

9.2. PREVENCIÓN DE LA PERDIDA DENTARIA

La odontología preventiva tiene como concepto la conservación de

dientes, ya que cada diente es una llave para los arcos dentarios. La terapia endodóntica brinda el medio para salvar estos dientes afectados, destinados a exodoncia. Entre estos metodos tenemos:

-Endodóncia convencional.

-Cirugia endodóntica.



10. PREVENCIÓN EN PROTESIS TOTAL

La prevención en este tipo de pacientes desdentados, se aplica en los tejidos blandos y óseos que soportan la dentadura preservando su forma, volumen y capacidad funcional.

10.1. CUIDADOS CON LA DENTADURA

-No usar continuamente la dentadura. Los tejidos deben descansar; se deben dejar en la noche ya que no están cumpliendo la función.

-Mantener la dentadura lo más limpia posible.

10.2. PRECAUCIONES CON DENTADURAS INMEDIATAS

La dentadura inmediata es una de las prótesis preventivas más eficaces, porque permite la reproducción exacta de los factores naturales deseables, tal como existen en el paciente.

-Indicaciones para el paciente:

-El paciente no debe sacarse la prótesis entre el momento de su colocación al día siguiente del control, que debe ser a las 24 horas después de la intervención, a excepción de alguna urgencia. Esto se recomienda para prevenir alguna dificultad para volver a colocarla cómodamente durante la fase edematosa.

-Se aconseja dieta blanda.

-Se indican enjuagatorios orales, con la dentadura en posición, dentro de las 24 horas y después se hacen los enjuagatorios retirandola de la boca.

Esta prótesis soluciona problemas de los pacientes, quienes no permiten sometersen a periodos como desdentados. Cuando esta demora significa la conservación de dientes afectados y patologías periodontales no tratadas, la salud d las estruccturas bucales pueden ser afectadas adversamente y la salud general amenazada. Así se eliminan las razones de demora.

Con la prótesis inmediata se logra:

-No se pierde la tonicidad muscular de los músculos de masticación, expresion, aspecto facial.

-No se altera el habla.

-La zona de extracción se expone inmediatamente al estímulo funcional, debido a esto el reborde tiene mejor tamaño, forma y tono.

-La dentadura inmediata mantiene la posición postular, dimensión vertical.

11. DENTADURAS PARCIALES

La función mas importante de las dentaduras parciales removibles es el mantenimiento del espacio y evitar la migración de los dientes subyacentes al espacio desdentado; así se mantiene la relación dental, la función estética y masticatoria previniendo la maloclusión. Estas dentaduras, se usan en casos donde es imposible la elaboración de una prótesis fija.

Una de las desventajas de las dentaduras parciales removibles es la de ser un recolector de residuos, por lo cual se debe educar al paciente sobre su mantenimiento; entre ellos:

- Cepillar la prótesis correctamente, despues de cada comida. Los dientes remanentes se deben cepillar, tambien correctamente.

- Observar si el paciente se coloca correctamente la prótesis.

12. CIRUGIA BUCAL PREVENTIVA

Los objetivos de la odontología preventiva, son prevenir la enfermedad oral y sus secuelas. La cirugía preventiva asegura que se cumplan los procedimientos oportunos, apropiados, correctos y conservadores.

12.1. ASPECTOS PREVENTIVOS

12.1.1. Infecciones

-Para prevenir infecciones mayores y evitar sus complicaciones, se debe extraer inmediatamente el diente infectado para el alivio del dolor, resolución del inchazón del tejido blando y evitar la diseminación de la infección.

-Todo instrumento, jeringas, toallas, compresas y otros materiales, deben ser escrupulosamente esterilizados. Se deben usar agujas esterilizadas desechables y guantes desechables.

-El paciente debe mantenerse bajo observación, después de un procedimiento quirúrgico; para detectar cualquier tipo de infección.

-Se deben seguir todos los pasos quirúrgicos propuestos, los cuales disminuyen las complicaciones post-operatorias:

-Asepsia.

-Anestesia.

-Acceso adecuado al campo operatorio (levantamiento de colgajo).

-Debridación (usando palancas controladas).

-Curetaje de la zona intervenida.

-Régimen post-operatorio controlado.

12.1.2. Prevención de reacciones adversas del anestésico local.

-Evaluación preoperatoria del paciente (casos de pacientes hipertensos).

-Posición correcta del paciente.

-Aspirar antes de inyectar.

-Inyección lenta con mínima presión.

-Inyección múltiple espaciadas.

13. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES

13.1. VÍAS DE TRANSMISIÓN DE LAS ENFERMEDADES

Las enfermedades se transmiten por fuentes humanas o inanimadas en diferentes formas. Estas vías pueden ser:

13.1.1. Directas: De un huésped a otro, por medio de:

-Torrente circulatorio:

instrumentos o agujas contaminadas. A esta vía pueden penetrar organismos por medio de una herida abierta o una cutícula desgarrada del operador.

-Saliva.

-Secreciones respiratorias:

Por proximidad entre el paciente y el operador. Esto se puede producir por respiración, tos, conversación, estornudo.

Por este motivo se debe intensificar la asepsia de clínicas y consultorios.

13.1.2. Indirectas:

-Paciente y operador portador de patógenos que al estarse movilizándose van contaminando el medio ambiente.

13.2. ENFERMEDADES TRANSMITIBLES (algunas)

13.2.1. Hepatitis:

Enfermedad viral causada por el virus de la hepatitis A y la hepatitis sérica causada por el virus de la hepatitis sérica. Su vía de transmisión puede ser la saliva y la sangre.

-Recomendación: El odontólogo debe hacerse análisis de sangre con frecuencia.

13.2.2. Tuberculosis:

Su vía de transmisión es la saliva bucal por medio del esputo, el cual contiene bacilos tuberculosos del *Micobacterium Tuberculosis*.

-Recomendación: Pruebas dérmicas periódicas.

13.2.3. Sífilis:

Enfermedad venérea producida por el *Treponema Pallium*. La vía de transmisión es con lesiones bucales contagiosas relacionadas con la primera y segunda etapa.

-Prevención: Análisis de sangre del paciente, cuando se sospecha de esta enfermedad, para ingresar a la clínica. Se deben usar guantes para su tratamiento.

13.2.4. Síndrome de inmuno-deficiencia:

Enfermedad producida por el virus HLH-V (Sida). Vía de transmisión es la sangre.

-Prevención: Se deben usar guantes, tapabocas y gafas, para su tratamiento.

13.3. CONTROL DE MICROORGANISMOS

13.3.1. Tipos de control

13.3.1.1. Saneamiento:

El ambiente de trabajo en general, del consultorio dental debe conservarse meticulosamente limpio, libre de polvo. Esto incluye paredes, pisos, muebles. La limpieza inicial se debe realizar con un sistema de aspiración, seguido de la limpieza con una solución desinfectante, como el fenol al 2%.

13.3.1.2. Desinfección:

Con la desinfección se produce la muerte de bacterias y microorganismos, mediante el uso de algún agente químico o calor. Se usan en objetos inanimados. Usos básicos:

- Desinfectar instrumentos que no pueden ser esterilizados d otra forma.

- Desinfectar tejidos vivos. El desinfectante actua como antiséptico.

Entre agentes para desinfección se encuentra el Glutaraldehido amortiguado al 2% (Cidex) y Benzal. El Cidex es el más eficaz.

13.3.1.3. Esterilización:

Garantiza l destrucción de todas las formas de vida microbiana. Métodos:

- Autoclave: Por medio de vapor a presión a una temperatura de 100°C (212°F).

- Calor seco: Horno a una temperatura de máximo entre 160°C y 170°C (320 a 340°F).

13.4. METODOS DE PREVENCION

-Usar guantes permanentemente.

-Usar tapabocas.

-Usar gafas protectoras.

14. PREVENCIÓN DE LA RADIACIÓN EN ODONTOLOGÍA

Los exámenes radiográficos deben constituir una parte en la técnica del examen total en cada paciente. Para prevención, debemos exponer a nuestros pacientes y al personal auxiliar a una mínima radiación. Con respecto a esto se siguen:

- Usar películas ultrarrápidas.
- Usar colimadores para absorber la radiación marginal.
- Usar cono largo tanto sea posible, el cual va a reducir la exposición cutánea.
- Usar una filtración adecuada para evitar los rayos blandos.
- Hacer revisar periódicamente el aparato de rayos X para detectar fugas.
- Usar por parte del paciente el chaleco de plomo protector.
- Usar una técnica adecuada para evitar repeticiones.

15. PREVENCIÓN EN PACIENTES CON OTRAS ENFERMEDADES

15.1. PACIENTES HEMOFÍLICOS

Después de los primeros estadios de control de la salida de sangre de una herida por vasoconstricción y formación de un tapón de plaquetas, se inicia el mecanismo de coagulación de la sangre. En esta acción actúan doce factores y una deficiencia en uno de ellos, puede romper la cadena.

15.1.1. Estado bucal

Su higiene oral es deficiente, ya que puede no cepillarse frecuentemente por temor a iniciar una sangría. Esta falta de higiene conlleva a gingivitis. Presenta alta incidencia de caries.

15.1.2. Prevención

Es una parte muy importante de la atención odontológica de un paciente hemofílico y hay que considerar los aspectos periodontales y de caries.

-Se debe instruir al paciente sobre el cepillado dental y el uso de seda dental y su frecuencia de uso.

-Usar un cepillo de dientes, blando.

-La dieta debe contener alimentos fibrosos y evitar la ingesta de carbohidratos entre comidas.

-Si la zona de residencia del paciente no tiene aguas fluoradas, se deben recetar tabletas de fluor.

-Al existir una extracción inevitable, el paciente debe ser hospitalizado, e intervenido junto al hematólogo y médicos correspondientes.

-Al realizarse un curetaje (fase higienica periodóntal) se debe hacer con cuidado, meticulosamente para no causar irritación gingival con hemorragia.

-Cualquier infección aguda bucal debe ser tratada inmediatamente, en interconsulta con el médico.

-Los antibióticos deben suministrarse unicamente por vía oral o intravenosa, nunca intramuscular.

-Esta contraindicada la anestesia local en este tipo de paciente. Ya que se produce daño vascular; la sangre como no coagula puede pasar a los tejidos del cuello. Y hasta el mediastino, provocando grave trastorno respiratorio y muerte. Esto puede ocurrir en anestesia conductiva.

En algunos casos se puede anestesiar levemente la encia adherida subsecuentemente al diente a tratar. En casos más especificos se debe tratar al paciente con anestesia general.

-Es permitido el uso de portamatriz para restauraciones compuestas.

-Se debe usar el eyector de saliva con un protector para evitar daño alguno; este puede usar un trozo de gaza.

-No se debe usar aislamiento absoluto o en caso de usar no se utilizan grapas y en su lugar se usa seda dental encerada.

-Para pulir obturaciones, no se deben usar cepillos duros, en su lugar se usa la copa de caucho con la pasta apropiada.

-Los aparatos de ortodoncias deben ser simples y sin extremos libres.

15.2. PACIENTE LEUCEMICO

Enfermedad en la cual la producción de glóbulos blancos esta disminuida y los presentes en la sangre son tipos inmaduros y anormales.

15.2.1. Estado bucal

Presenta hiperplasias gingivales, en pacientes con una higiene oral deficiente.

15.2.2. Prevención

Los problemas clínicos principales de esta enfermedad es la infección y la hemorragia.

- Enseñar y motivar al paciente sobre una buena higiene oral.
- Enseñar la técnica de cepillado y uso de la seda dental.
- Cualquier procedimiento quirúrgico debe hacerse en el hospital.
- El hematólogo debe seleccionar el anestésico a utilizar.
- La anestesia local se hace infiltrativa leve en encia adherida.
- En casos de infección bucal se debe remitir el paciente.

15.3. PACIENTE DIABETICO

Esta enfermedad es un desarreglo del metabolismo de los hidratos de carbono, en el que existe una hiperglucemia y glucosuria de variada gravedad.

15.3.1. Prevención

Los objetivos principales son eliminar y prevenir cualquier infección bucal y mantener los tejidos periodontales saludables.

-El paciente debe ser tratado preferiblemente en las mañanas ya que ha recibido insulina despues del desayuno.

-Puede existir una crisis por temor al tratamiento por parte del paciente, ocurriendo un posible ataque hipoglucémico o un shock insulínico. Los signos y síntomas preliminares son temblor, debilidad, palidez y sudoración; en este momento se deben dar dos cucharaditas de azúcar en agua , antes de que el paciente entre en coma.

-Si el paciente presenta dientes infectados, los cuales no cede la infección con el tratamiento, deben ser extraídos.

-Se debe instruir al paciente sobre cepillado y uso de seda dental.

-En caso de extracciones, el paciente debe ser premedicado con antibiótico.

15.4. PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIACA

En estos pacientes la odontologia se enfoca hacia:

-Mantenimiento de una boca libre de sepsis.

-Preparación de la bacteremia que resulta de ciertas formas de tratamiento, especialmente exodoncia, endodóncia y tratamiento periodontal.

15.4.1. Prevención

-Tener en cuenta el tipode anestésico local a usar.

-Cualquier tratamiento ya sea endodóntico (biopulpetomia) o periodóntal, (curetaje) debe hacerse con premedicación de un antibiótico. También en casos de cirugias.

16. PROGRAMAS ESPECIALES

16.1 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DENTAL EN PACIENTES IMPEDIDOS

16.1.1. Pacientes con parálisis cerebral

A este grupo pertenecen los pacientes con disfunción cerebral, deficiencia mental, epilepticos. Estos casos van de leves a graves.

16.1.1.1. Estado bucal:

- Presenta una ligera incidencia de caries que aumenta con la edad. La incidencia de hipoplasia del esmalte es elevada, más que todo en dentición primaria. La mayoría presentan algún grado de enfermedad periodontal.

Los pacientes medicados con Dilantil (Difenil idantoinato sódico) droga anticonvulsinante, presentan hiperplasia dilantilica. Clínicamente se observa una proliferación roja oscura de la encía.

Presentan maloclusiones debido a una actividad muscular anormal.

16.1.1.2. Prevención:

La higiene bucal debe recibir la máxima atención para este grupo de pacientes.

Se les debe enseñar el uso del cepillo (preferiblemente cepillo eléctrico) en pacientes leves; en pacientes moderados y graves, se le enseña a los padres o enfermeras.

Para la prevención de la caries se deben dar tabletas con fluor en personas que viven en áreas no fluoradas.

16.1.2. Pacientes con mongolismo o síndrome de Dawn

Estado que se asocia con una anormalidad cromosómica, como es la trisomía del par 21.

16.1.2.1. Estado bucal:

La mayoría de este grupo de pacientes presentan ausencia congénita de dientes. Presentan alteración de la morfología dentaria (microdoncia y dientes bulbosos). Presentan retardo en la erupción.

La incidencia de caries es moderada o baja, por la forma de los dientes.

Presentan enfermedad periodontal que puede ir de moderada a grave.

La mayoría presentan una maloclusión clase III de Angle, con mordida cruzada posterior. Por el tamaño de la lengua (agrandada) producen mordidas abierta anterior.

16.1.2.2. Prevención:

-No hay contraindicaciones para el uso de anestesia local.

-En pacientes con enfermedad cardíaca congénita, las extracciones y raspajes profundos deben hacerse con premedicación de un antibiótico.

-La terapia de conductos está contraindicada en casos moderados a gravez.

-El uso de aparatos ortodóncicos no están indicados.

-Se debe enseñar a los padres o a la enfermera, técnica de cepillado y su frecuencia.

17. PREVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE GERIÁTRICO

El tratamiento odontológico de este grupo de pacientes debe hacerse del mismo modo como se hace otro grupo en la conservación y prevención de la enfermedad. Con la diferencia que se exige una estrecha comunicación entre el odontólogo y el médico.

-En el paciente geriátrico se deben evitar cambios bruscos repentinos; cuando son necesarios deben llevarse a cabo durante un largo periodo y solo inducir pequeños cambios.

-El paciente suele presentar caries cervical y también abrasión a nivel cervical; se debe usar o hacer el tratamiento desensibilizante y recubrimiento de la zona.

-Se debe educar y motivar al paciente sobre higiene oral.

-Enseñar la técnica de cepillado, y seda dental. En los casos de pacientes con dentaduras totales y parciales se les indica el mantenimiento de estas prótesis.

-Para estos pacientes de edad muy avanzada, con dientes remanentes se aconseja el uso de prótesis parcial removible, ya que va a facilitar su higiene.

Se ha demostrado que la fluorización tópica reduce la solubilidad de la superficie dental, en este tipo de paciente, por lo tanto es recomendable, la aplicación de soluciones de fluor y el uso de dentífricos fluorizados.

El uso de anestésico, debe ser consultado con el médico que lo asiste. Su uso debe ser mínimo.

-Para toda intervención quirúrgica se debe premedicar con antibiótico y mantener hasta lograr cicatrización completa, debido a que la cicatrización en estos pacientes es muy lenta y se debe evitar la infección.



18. CUIDADOS EN EL EMBARAZO

Para este caso es necesario hacer algunas modificaciones en el diagnóstico y el tratamiento de los problemas odontológicos de las mujeres embarazadas.

Se debe limitar la exposición radiográfica y tener en cuenta los posibles efectos adversos que sobre el feto puedan tener algunas drogas durante el tratamiento. Asimismo, los cambios gingivales secundarios al embarazo, producidos por cambios fisiológicos, aumentando la incidencia y la gravedad de la inflamación gingival.

Los tratamientos vigorosos no están indicados.

Otra consideración en el tratamiento de este grupo de pacientes es la selección de drogas a ser utilizadas para el tratamiento; solo se deben usar drogas razonablemente seguras en su uso prolongado, y así evitar daños al embrión o al feto.

Se han identificado algunas drogas que tienen la capacidad de afectar de manera adversa el desarrollo fetal, como:

-Talidomida: Tomada durante el primer trimestre, demostró que afecta a los recién nacidos provocando malformaciones de los miembros (focomelia).

-Antagonistas del ácido fólico, aminopterina, y el metrotexate: Producen adversidad de estados dismórficos.

-Progesterona y andrógenos: (sintéticos) Capaces de masculinizar fetos femeninos cuando son administrados en el estadio temprano del embarazo, para ayudar a impedir un aborto.

-Fenitoína, Fenobarbital: Drogas utilizadas para la epilepsia. Los recién nacidos han manifestado malformaciones congénitas.

-Otras como: Anfetamina, diazepam, Litium, yodo radioactivo, Warfarina, se consideran potencialmente teratogénicas.

Siempre debe tenerse cuidado con las decisiones relacionadas con el uso de drogas en este grupo específico de pacientes.

18.1. MADRES QUE AMAMANTAN

Casi todas las drogas halladas en el plasma de las madres que amamantan pueden detectarse en su leche.

La importancia clínica de estas drogas varía de acuerdo con el tipo de droga y la dosis. La madurez e integridad de los sistemas enzimáticos del recién nacido, las respuestas alérgicas que el bebé pueda tener frente a la droga y la salud de la madre que amamanta.

Las concentraciones de la droga en la leche materna, dependen de los niveles en el plasma de la madre, la liposolubilidad de la droga y el grado de ionización.

El contenido graso más bajo se produce en las primeras mamadas de la mañana, mientras que el más alto se mide a media mañana con la ulterior declinación progresiva durante el día. A medida que la fase lipídica y acuosa de la leche varía también de acuerdo a su solubilidad.

La vía de administración también influye en la medida que el recién nacido pueda ser afectado por las drogas que están en la leche materna.

En la administración parenteral de una droga, hay un corto intervalo en su presencia en la leche. Mientras que la administración oral es influenciada por la cinética de la absorción de la droga o sea que hay un intervalo más largo.

Las drogas unidas a grasas o proteínas tisulares pueden quedar durante largos periodos en la leche, y su administración repetida

puede producir un efecto acumulativo.

La salud de la madre puede influir sobre la concentración de la droga en su leche.

19. REMOCION DE PLACA EN PACIENTES ORTODONTICOS CON APARATOLOGIA FIJA

La higiene oral en este tipo de pacientes, se esta logrando con un cepillo especial para la remoción de placa, reduciendo significativamente los índices de placa en las áreas vestibulares y gingivales, ya que la sbandas, los brackets dificultan la higiene, dejando secuelas, caries de superficie y la inflamación gingival.

Este nuevo instrumento removedor de placa es el INTERPLAKTM. Es un instrumento electrico, con diez penachos independientes fuertes de nylon que rotan progresivamente. Cada penacho rota en dirección opuesta a aquel del penacho adyacente.

La técnica a usar es la de bass modificado:

- Humedecer antes de su uso.

- No se usa pasta de dientes.

- Mantener el instrumento horizontal al diente.

- Mover el instrumento lentamente hacia atrás y adelante.

- Asegurarse de que todas las superficies del diente que tengan aparatos, sean tocadas por alguno de los penachos rotatorios.

Este cepillo en comparación con el cepillo convencional, reduce significativamente los índices de placa.

Con este cepillo se puede llegar a zonas interdientales a las cuales no llega el hilo dental por la presencia de bandas y arcos de alambre.

20. CLORHEXIDINA EN EL TRATAMIENTO PREVENTIVO

Esta plenamente establecido que la acumulación de placa bacteriana es principal factor etiológico en la enfermedad periodontal inflamatoria y caries dental.

Hasta el momento la limpieza mecánica es el método más ampliamente utilizado para el control de la placa bacteriana, siendo esta técnica no satisfactoria, esto ha llevado a la búsqueda de otros métodos de control de placa. La clorhexidina es un antiséptico usado en periodoncia como agente altamente efectivo en el control químico de la placa bacteriana.

-Forma de uso:

-Se hacen enjuagues con solución de gluconato de clorhexidina, 10mm al 0.2% por un minuto, dos veces al día. Esto inhibe completamente la formación de placa bacteriana, con una marcada reducción de la flora salival.

-Desventajas:

-Pigmentación de los dientes y la lengua. Estas pigmentaciones siendo recientes, se pueden remover con cepillado dental, pero si tienen más tiempo se eliminan con profilaxis.

-De sabor desagradable y puede cambiar la percepción del sabor por periodos.

21. CONCLUSIONES

21.1. En este manual se implementa la motivación con los diferentes programas de educación de la salud oral e higiene.

21.2. Aumentar las medidas preventivas con el objeto de proteger el medio oral y sus componentes, y disminuir los agentes etiológicos.

21.3. La enfermedad periodóntal afecta a una gran mayoría de personas pero existen maniobras preventivas y de control como el de la placa dental.

21.4. Las restauraciones rígidas y plásticas que no esten bien adaptadas y cualquier otro procedimiento odontológico pueden influenciar en la salud y bienestar de los tejidos orales, y la cavidad oral propiamente dicha.

21.5. Para el control de placa existen medios mecánicos tales como el cepillado, el uso de la seda dental y el uso de los coadyudantes como diapositivas.

21.6. El uso de fluor sistémico contribuye significativamente al control de la caries dental siempre y cuando se ha usado simultaneamente con los fluoruros tópicos.

21.7. Se ha demostrado que los factores nutricionales influyen sobre el desarrollo de los dientes, la caries dental y la enfermedad periodóntal.

21.8. En las maloclusiones, si el odontólogo reconoce precozmente el factor ocasionante, puede emprender una acción adecuada y así controlar la oclusión.

21.9. Con una buena educación con respecto a los signos de cáncer y un diagnóstico precoz, se puede evitar su propagación.

21.10. Al tratar un paciente se debe tener en cuenta su edad, su estado de salud y cualquier otro estado, el tipo de enfermedad que padece y el tipo de droga que este tomando, para que así al ser medicado o al hacer algun procedimiento odontológico como una cirugía, no se vayan a presentar situaciones adversas.

21.11. Se debe dar gran importancia a la esterilización y desinfección tanto de instrumentos odontológicos como la desinfección del consultorio para evitar así la infección por las diferentes vías.

21.12. Utilizar para cada paciente métodos de control de la infección segun el caso.

21.13. Todos los instrumentos utilizados en el tratamiento de los pacientes, deben ser limpiados minuciosamente, inmediatamente después de su uso y luego desinfectados.

BIBLIOGRAFIA

BERNIER, JOSEPH L. y MUHLER JOSEPH. Medidas preventivas para mejorar la práctica dental. Buenos Aires, Mundi 1977.

BRAHAM, RAYMOND y MORRIS, MERLE E. Odontología pediátrica. Buenos Aires, Médica panamericana, 1984.

DE PAOLA, DOMINICK P. y H. CHENEY GORDON. Odontología preventiva en acción. Buenos Aires, Mundi 1981.

FINN, SIDNEY B. Odontología pediátrica. México, Interamericana, 1982.

FRANKS, A. S. T. y BJORN HEDEGARD. Odontología Geriátrica. Barcelona, Labor, 1976, pág 109-173.

KATZ, SIMON, Mc DONALD, JAMES L. y SOOKEY, GEORGE K. Odontología preventiva en acción. Buenos Aires, Médica panamericana, 3ra edición, 1982.

KRUGER, GUSTAU O. Cirugía buco-maxilo facial. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana S.A. Junín 831/, 1982.

MORRIS, ALVIN L. y BOHANNAN HARRY M. Las especialidades odontológicas en la práctica general. México DF, Editorial Labor S.A., 1983.

V JORNADAS ODONTOLÓGICAS DE LA ZONA 3. Revista de la
Federación Odontológica Colombiana. Vol XXXVII,
Oct-Dic 1987 No 162, pág 35-47.

VAN VEN ROO JOHN R. y PHILLIPS CEIB. y CHRISTENSEN JOHN.
Remoción de placa con un instrumento nuevo y
poderoso en pacientes ortodónticos con aparatología
fija. Artículo No 8 de Educación Continua.
Volumen III No 3 de Marzo de 1987.

WAYMAN, JOAN. Odontología para niños impedidos. Buenos
Aires, Mundi, 1976.