

00384

**ACTOS PREVENTIVOS A NIVEL DEL CONSULTORIO
REALIZADOS POR EL PERSONAL AUXILIAR**

MARIA JOSE TELLEZ HENAO

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

Bogotá - 1988

**ACTOS PREVENTIVOS A NIVEL DEL CONSULTORIO
REALIZADOS POR EL PERSONAL AUXILIAR**

MARIA JOSE TELLEZ HENAO

Trabajo de Grado presentado
como requisito parcial para
optar al título de "Odontología"

Director: MARTHA GARCIA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Bogotá - 1988

RECTOR : Dr. Jorge Arango Tamayo
DECANO : Dra. Marisol Arango de León
VICEDECANO : Dr. Jairo Forero
DIRECTOR DE MONOGRAFIA : Dra. Martha C. García F.
DIRECTOR COORDINADOR DE GRUPO : Dra. Gladys Sandoval de Arenas

NOTA DE ACEPTACION

Amosillo Grand

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

Bogotá, Mayo de 1988

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos:

A la Doctora Martha García, Edificadora egresada del Colegio Universitario, por su

gran ayuda y colaboración que hicieron posible la realización de este trabajo.

A todas aquellas personas que colaboraron a la realización de este trabajo.

Por medio de la presente quiero dejar constancia que acepto la monografía presentada por Maria José Tellez.

ATT



MARTHA GARCIA F.

DEDICATORIA

Con Amor dedico esta monografía, parte de un esfuerzo por alcanzar un ideal trazado, a mis padres: Augusto Téllez Pulido y Estella Henao de Téllez, quienes con fé, amor y desvelo me dieron su apoyo incondicional, llevándome de la mano, mostrándome la luz en esos momentos, en que el impetu decaía y la constancia se sentía cansada. A ellos - con orgullo, por la confianza y la fuerza que me han brindado.

TABLA DE CONTENIDO

Página de Título	1
Aprobación	2
Agradecimientos	3
Dedicatoria	4
Tabla de contenido	5
Introducción	6
La prevención en el ejercicio de la odontología	7
Requisitos para realizar un ejercicio odontológico preventivo	8
Filosofía	8
Uso de personal auxiliar	8
Requisitos para el auxiliar dental en la práctica odontológica preventiva	9
Entrenamiento del equipo dental preventivo	9
Papel de las distintas auxiliares en un programa	10
Disposición del consultorio	11
Programas de control de placa	12
Evaluación Gingival	12
Control mecánico de la placa	13
Cómo debe realizarse este programa	13
Primera Visita	15
Estrategia	15

Implementación	16
Segunda Visita	17
Estrategia	17
Implementación	17
Uso del hilo dental	17
Tercera a quinta visita	20
Cepillado dental	21
Selección del cepillo	21
Enjuagatorios	22
Dentífricos	22
Frecuencia de cepillado	29
Tratamiento tópico con flúor	30
Técnica de aplicación	31
Problemas que se presentan	33
Sellantes	34
Tipos	34
Técnicas de aplicación	34
Bibliografía	35

INTRODUCCION

Es evidente que la falta de interés de la profesión dental en la odontología preventiva es el resultado de una diversidad de factores distintos y complejos. Los estudios del estado dental de la población del mundo indican que la necesidad de un cambio es ya de larga data.

Si la profesión va a aceptar el desafío impuesto por las crecientes necesidades odontológicas y la responsabilidad social de la población, y su primera preocupación es la conservación de los dientes naturales en una boca sana, su filosofía actual deberá cambiar de predominantemente restauradora a predominantemente preventiva.

Para el odontólogo en ejercicio, la preparación de material educativo, simple, bien diseñado, teóricamente simple y práctico, sobre cómo usar la odontología preventiva en la práctica diaria, será la Gran Ayuda.

LA PREVENCIÓN EN EL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA

1. Necesidad de la Prevención: La necesidad en la prevención de las enfermedades bucales es universal. La caries dental y la enfermedad periodontal, que son los estados bucales más prevalentes afectan a más del 95% de los habitantes de los países civilizados. La caries comienza su ataque muy temprano en la vida. Otras enfermedades como el cáncer oral y las maloclusiones son lo suficientemente serias como para requerir atención.

Gran parte del sufrimiento, la desfiguración y aún la muerte producidas por las enfermedades bucales podrían evitarse si se emprendieran en el momento adecuado - las medidas preventivas pertinentes. Así la necesidad de prevención existe incuestionablemente.

Desde el punto de vista puramente técnico, la investigación ha provisto a la odontología de herramientas tan poderosas, que hoy es posible afirmar que si se las empleara totalmente, las enfermedades más importantes como son la caries dental y la enfermedad periodontal, podrían ser casi totalmente eliminadas. Con el uso combinado de una higiene bucal adecuada, fluor, sellantes y una dieta razonablemente libre de alimentos cariogénicos, control de placa y uso de seda dental.

En la actualidad es mucho lo que podemos hacer intentando comprender a nuestros pacientes como seres humanos, y así ser capaces de motivarlos mejor hacia una bue-

na salud bucal.

— REQUISITOS PARA REALIZAR UN EJERCICIO ODONTOLÓGICO
PREVENTIVO:

- Filosofía:
 - a. Considerar al paciente como un todo
 - b. Mantener sano al paciente
 - c. Prevenir el avance de las lesiones ya existentes lo antes posible.
 - d. Rehabilitar al paciente
 - e. Educarlo

La adhesión de la odontología preventiva no debe ser sólo hablada, es importante que cada miembro del consultorio, tenga una buena salud dental, es decir que se le haga todo el trabajo requerido y que practique escrupulosamente todas las técnicas de cuidado de la salud bucal y general que se recomienda en el consultorio.

2. Uso del Personal Auxiliar: Todas las maniobras preventivas deben emanar de las actividades de educación del paciente, la cual requiere un nivel de comunicación interpersonal, que no muchos dentistas pueden lograr. Esto es verdaderamente cierto - cuando llega el momento de conversar sobre facetas tan personales de la vida del - paciente, como su higiene y cuidado personal; lo que le gusta y no en las comidas, la aceptación social, sentimental y sus relaciones con la salud dental; los dentistas suelen sentirse incómodos cuando conversan sobre estos tópicos, mientras que las auxiliares pueden desarrollar relaciones mucho más cercanas con los pacientes y así tener éxito donde los dentistas pudieran haber fracasado; por otra parte, los odontólogos están acostumbrados a usar un lenguaje más técnico que los pacientes no siempre comprenden, mientras que las auxiliares pueden usar el mismo lenguaje que el paciente, lo cual psicológicamente les da una mayor confianza.

Uno de los servicios más valiosos que la profesión dental puede prestar al público, es un control de placa adecuado.

Una práctica odontológica preventiva bien organizada debe componerse de personal entrenado en un aspecto metodológico y motivacional del control de placa.

— REQUISITOS PARA QUE UNA AUXILIAR DENTAL TENGA ÉXITO EN UN PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA:

- 1 - Profunda creencia en la filosofía preventiva y en la práctica diaria de la que ésta enseña.
- 2 - Conocimientos y habilidad necesaria para enseñar al paciente las técnicas necesarias.
- 3 - Calor humano y capacidad para comunicarse con los pacientes.

— ENTRENAMIENTO DEL EQUIPO DENTAL PREVENTIVO:

Para que el Programa Preventivo de un consultorio tenga éxito, todos los miembros del personal deben estar involucrados en su diseño, presentación y realización. El entusiasmo por la prevención debe filtrarse en las actividades de todo el equipo.

Para lograr este objetivo, el aprendizaje por parte de las auxiliares de los contextos y técnicas de la odontología preventiva, así como las habilidades de comunicación, deben ser pintadas por el odontólogo como un placer más que como un deber.

Como en las escuelas para auxiliares, el énfasis sobre la Prevención Práctica es limitada, gran parte del entrenamiento debe ser llevado a cabo por un dentista; y para que haya una participación más conciente del personal auxiliar éste debe haber practicado el programa sobre sí mismo para darse cuenta de sus bene-

ficios.

— PAPEL DE LAS DISTINTAS AUXILIARES EN UN PROGRAMA PREVENTIVO EN EL CONSULTORIO:

1 - Recepcionista: Es la persona que establece el primer contacto con el paciente, ésta debe ser comprensiva, cálida, conocedora de la filosofía básica del consultorio, de las políticas que han sido establecidas; debe conocer el material de lectura sobre prevención existente en el consultorio, de manera que pueda proveer a los pacientes el que sea más adecuado para ellos.

Es la encargada de las citas de control y debe reforzar el concepto de prevención durante los contactos que hace con el paciente, a fin de confirmar las citas de seguimiento.

2 - Higienista Dental: Debido a su entrenamiento y autorización legal para realizar trabajos intrabucal, la higienista debe ser el centro a partir del cual se expande el programa preventivo; en algunos consultorios es la primera en ver la boca del paciente, no sólo para hacer la profilaxis preparatoria antes del exámen del odontólogo, si no para hacer una evaluación preliminar de la placa y del estado gingival. Es también la persona que tiene a cargo la presentación del concepto preventivo al paciente y la indicación de la necesidad de un programa de control de placa. Su papel se vuelve cada vez más importante, cuando se han terminado los programas

iniciales de restauración y control de la enfermedad. También está a cargo de las aplicaciones tópicas de fluor, y en virtud de su educación, es tal vez el miembro mejor preparado del equipo, para llevar a cabo controles y análisis de dieta y proveer consejos dietéticos.

3 - Terapista: Su deber es convencer al paciente de que el logro y mantenimiento de la salud dental, requiere esfuerzos cooperativos tanto del equipo de salud dental, como del paciente, y que sin compromiso y participación del paciente, no será posible obtener resultados sostenidos. Una vez terminada la fase del Programa Preventivo, la terapeuta debe estar continuamente a mano para reforzar y mantener a los pacientes cuando sea necesario.

4 - Asistente Dental: Escucha al paciente y comunica al odontólogo y demás miembros del equipo, cualquier señal de tensión, aburrimiento, antagonismo u otros problemas que pueda observar en el paciente, de manera que pueda emprenderse una atención adecuada antes de que estos problemas se transformen en barreras para el éxito del programa preventivo del paciente.

— DISPOSICION DEL CONSULTORIO QUE MEJOR SE ADECUA PARA UN EJERCICIO DEDICADO A LA PREVENCIÓN:

1 - Sala de Higiene Oral o de control de Placa: Puede ser compartida con el

odontólogo o bien estar separada. Consta de un lavamanos y dos espejos de pared, uno para adultos y otro para niños; también debe poseer una mesa, sillas y revistas de material didáctico.

PROGRAMAS DE CONTROL DE PLACA

Cuando los problemas de enfermedad bucal de un paciente, se deben aunque sea parcialmente a la placa, es imperativo un programa de control de placa. La caries dental activa detectable por la presencia de cavidades abiertas y la gingivitis detectable por la presencia de enrojecimiento, tumoración o hemorragia de las encías, son signos evidentes de presencia de placa.

Debe vigilarse atentamente las destrezas del paciente para la eliminación de la placa bacteriana.

La evaluación de la Gingivitis es a menudo un indicador más sensible de la presencia de placa, ya que la mayoría de los pacientes, se cepillan sus dientes antes de ir al odontólogo, aunque pueden no hacerlo regularmente en otro momento, sin embargo los signos de Gingivitis persisten. Antes de tratar los detalles de un programa de control de placa, consideremos primero los métodos para la evaluación de placa y de la Gingivitis.

- Evaluación Gingival: Esta evaluación debe preceder a la evaluación de la placa bacteriana ya que esta última requiere para su visualización, de sustancias revelantes y éstos pueden enmascarar el verdadero estado gingival.

De varios índices que se han propuesto para su evaluación hablaremos de dos:

- Índice Gingival: Mide la gravedad de la respuesta inflamatoria alrededor de todos los dientes presentes en boca y por sus cuatro superficies. Se suma el resultado y se divide por cuatro y este es el índice.

Puntaje:

Puntaje:

- 0 Encia normal
- 1 Inflamación leve, ligero cambio de color, edema no sangra al sondeo.
- 2 Inflamación moderada, enrojecimiento, edema, lisura y sangra al sondeo.
- 3 Inflamación marcada, enrojecimiento marcado, edema, ulceración y hemorragia espontánea.

- Índice de Sangrado: Cuenta la cantidad de unidades gingivales que sangran bajo la acción suave de la sonda.

CONTROL MECANICO DE LA PLACA

De los varios métodos con que puede controlarse la placa, el más efectivo en el momento actual, es su remoción mecánica, por medio del cepillo de dientes, el hilo dental y algunos otros coadyuvantes. Debe reconocerse que estos procedimientos, sin embargo tienen sus limitaciones, como afirmó Loe. Para el paciente bien motivado y correctamente instruido que desea invertir el tiempo y el esfuerzo necesario, las medidas mecánicas son efectivas en el control de placa.

La destreza técnica, el esfuerzo, el tiempo y la perseverancia requeridos para mantener - continuamente un alto grado de limpieza bucal, excede la capacidad de un ser humano promedio; por lo tanto el odontólogo en su consultorio y con sus pacientes, debe hacer todo esfuerzo posible para inducirlo a la practica de las maniobras mecánicas adecuadas para la remoción de placa.

El programa debe cumplir con dos factores importantes que son:

- a - Educar al paciente referente a la placa y cuáles son sus efectos.

b - Cómo controlar esos efectos.

Es importante que el paciente desarrolle nuevas actitudes y practicas, y cambie las inadecuadas e ineficientes del pasado.

Esto debe realizarse en el consultorio o en una sala separada.

Las primeras introducciones deben ser realizadas por el odontólogo, durante las sesiones de diagnóstico y presentación del caso, ya que éste tiene la envergadura profesional y científica necesaria para hacerle ver al paciente la importancia del programa; debe aclarar al paciente que mientras él va a tomar todas las medidas necesarias para enseñarle los métodos de control adecuados y hacer las restauraciones bucales necesarias, el éxito del tratamiento dependerá del deseo del paciente por controlar la placa. Una vez que se ha realizado esta parte inicial, el programa puede ser llevado en su totalidad por personal auxiliar correctamente entrenado.

Los puntos más importantes por los cuales una auxiliar debe llevar a cabo este programa son:

- 1 - Ellas pueden usar un lenguaje no técnico.
- 2 - Debido a este lenguaje, tienen un mejor acercamiento con el paciente y así evitan que éste pueda sentirse mal.
- 3 - Las auxiliares pueden dedicar todo su tiempo al programa.
- 4 - Frecuentemente pueden abordar problemas y formular preguntas personales con menos inhibición que el odontólogo.

El empleo de las auxiliares, deja libre al odontólogo para otras maniobras profesionales y de este modo contribuye a que el programa esté al alcance de un mayor número de pacientes y a un costo razonable.

— Cómo debe realizarse este programa? Este debe ser llevado paso a paso al ritmo que

la comprensión de cada paciente lo permita, ésto con el objeto de no lastimar psicológicamente al paciente. Debe tenerse cuidado con la implicación de que la placa - representa una falta de cuidado personal y de higiene.

Esta situación se puede manejar demostrando al paciente que la presencia de placa es universal y que afecta a todo el mundo, incluyéndonos nosotros.

El programa de educación en el consultorio debe realizarse siguiendo las siguientes pautas:

1. Aliviar la ansiedad del paciente.
2. Determinar las necesidades educacionales del paciente.
3. Hacer que el paciente reconozca y exprese sus propias necesidades.
4. Relacionar las necesidades dentales con las psicológicas.
5. Estimular la motivación.
6. Establecer objetivos a largo y corto plazo.
7. Comenzar la acción.
8. Evaluar los resultados.

PRIMERA VISITA

- Estrategia: Se supondrá que la higienista ya ha reconocido que el paciente tienen problemas de placa y ya ha tratado con él la necesidad de un programa de control.

Partiendo de este punto de vista, la estrategia comprende lo siguiente:

- 1 - Reconocimiento por parte del paciente:
 - a. Tiene placa
 - b. La placa está compuesta de gérmenes vivos.
 - c. La placa es responsable de la caries dental y enfermedad gingival.
 - d. La remoción de la placa previene o evita tales enfermedades
 - e. La placa puede eliminarse.

- f. Puede remover la placa si trata de hacerlo.
 - g. Recomendación de que vaya a su casa y practique la identificación de la placa y su eliminación por medio del cepillado.
- Implementación: Esto se hace empleando compuestos reveladores, ya que la placa a menos que sea suficientemente abundante es transparente y clínicamente invisible.

El revelador se le da al paciente y se le pide que lo disuelva en la boca, y luego que lo esparza por todos los dientes; cuando la substancia reveladora de placa es líquida se colocan dos o tres gotas en los incisivos y se hace correr saliva en torno de los dientes; en ambos casos ésta debe ser seguida por uno o dos enjuagues con agua limpia antes de iniciar el exámen de placa.

Se le da un espejo al paciente para que éste pueda reconocer de entrada cuáles superficies tienen mayor acumulación de placa y lo que tal vez sea aún más importante les da un sentimiento de propiedad de la placa, lo cual los estimula a ser más minuciosos en su remoción.

El siguiente paso es mostrarle al paciente su placa la cual ha sido tomada con un explorador y posteriormente mostrar sus efectos. Se puede mostrar que la placa se está acumulando donde hay una pequeña lesión cariosa en desarrollo.

Es con esto como se le muestra al paciente que la placa puede ser retirada y que él mismo puede hacerlo. Se le da un cepillo de dientes y un espejo de mano y se le invita a removerlo. Posteriormente se le explica que debe hacerlo en su casa y que en su próxima visita se va a sorprender de su progreso.

La duración de esta visita es aproximadamente de 30 minutos o menos.

SEGUNDA VISITA

Estrategia:

1. Controlar el cepillado dental.
2. Proveer refuerzos.
3. Corregir los problemas del cepillado.
4. Si el paciente se desempeña bien en el manejo del cepillo dental, entonces podemos introducir el uso del hilo dental.
5. Dar instrucciones al paciente para que practique en casa.

Implementación:

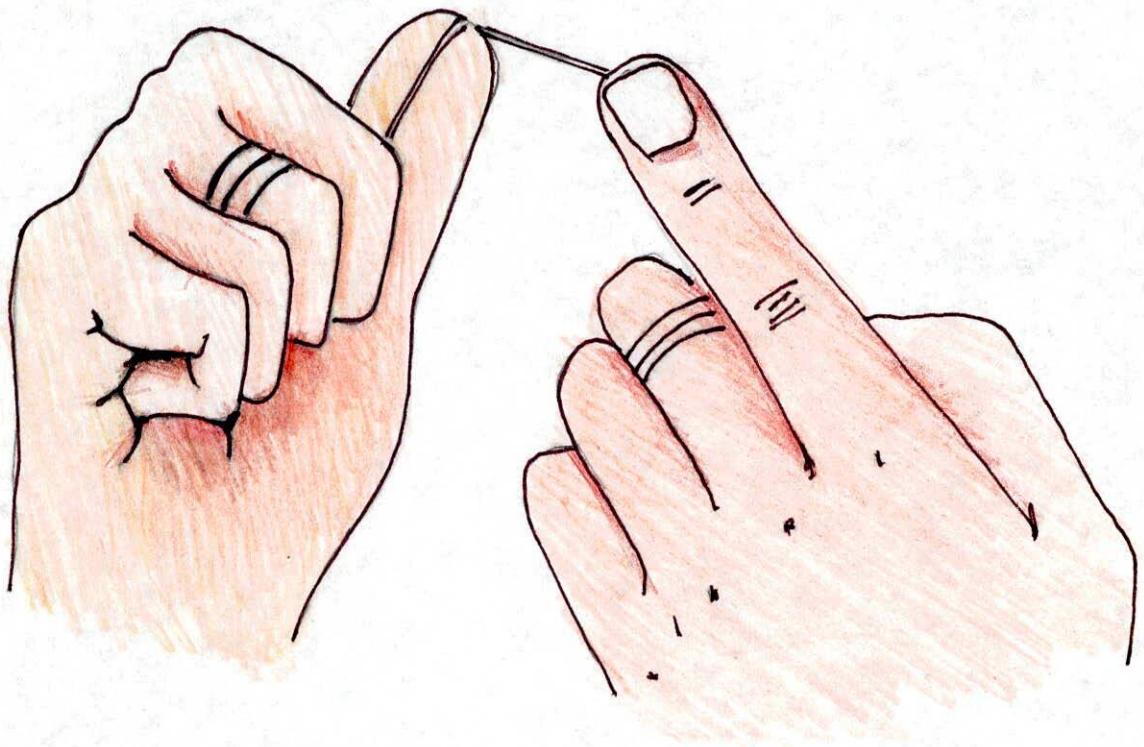
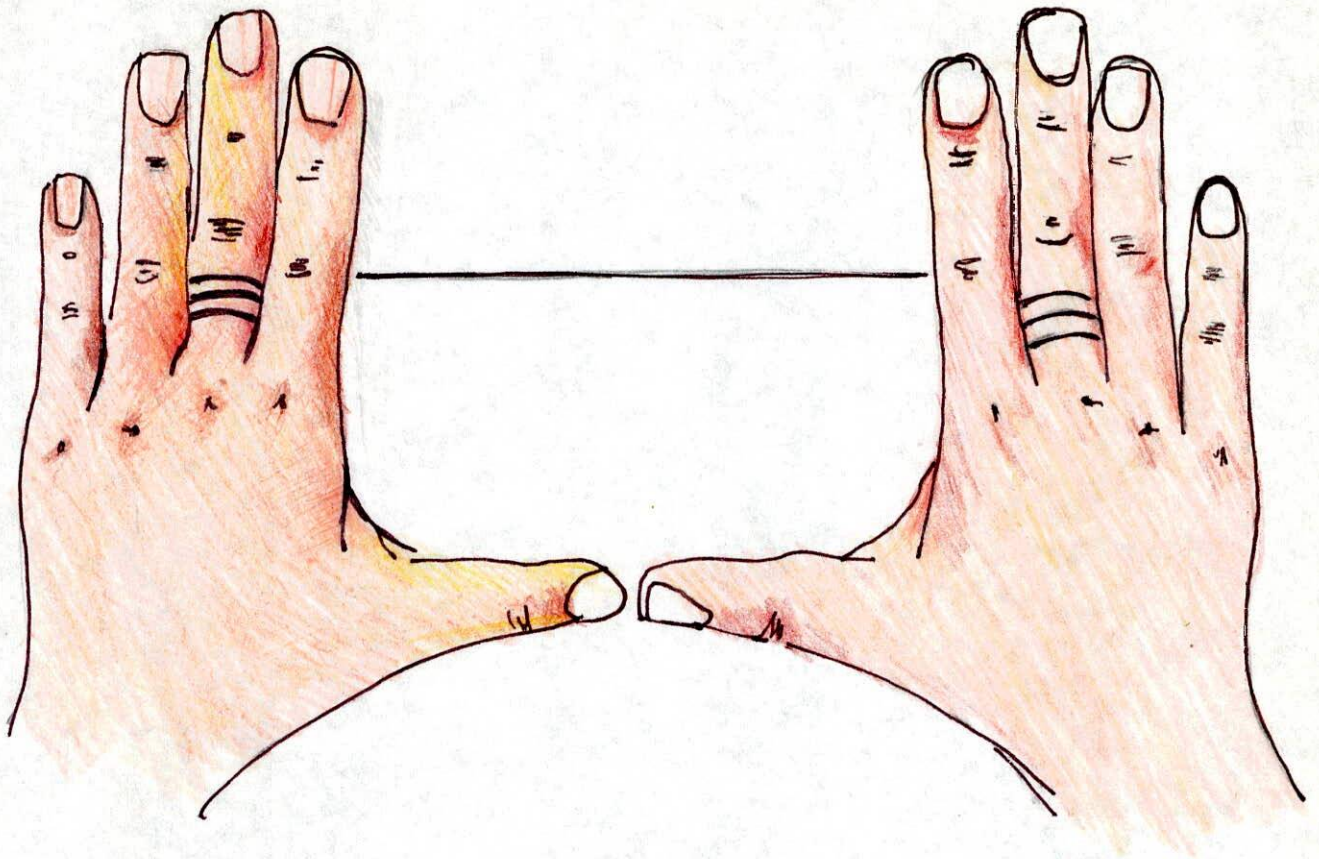
Esta visita se realiza de 5 - 7 días después de las Primera Visita. Se le pregunta al paciente sobre su progreso y si hubo problemas, comprobamos sus avances.

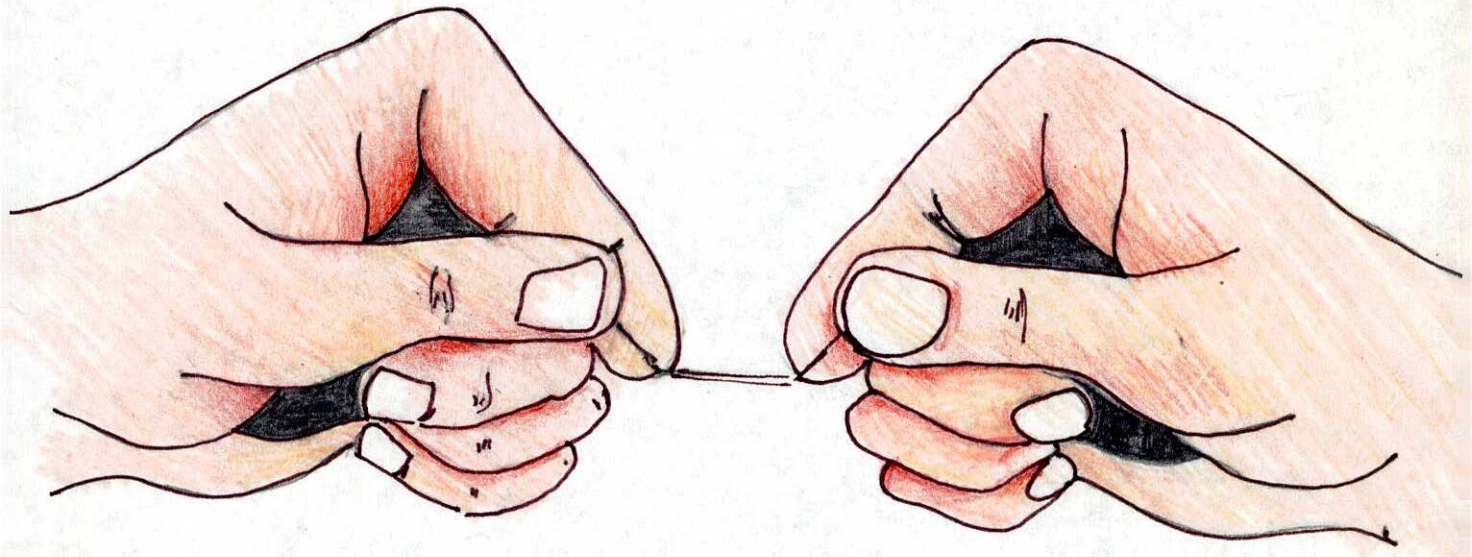
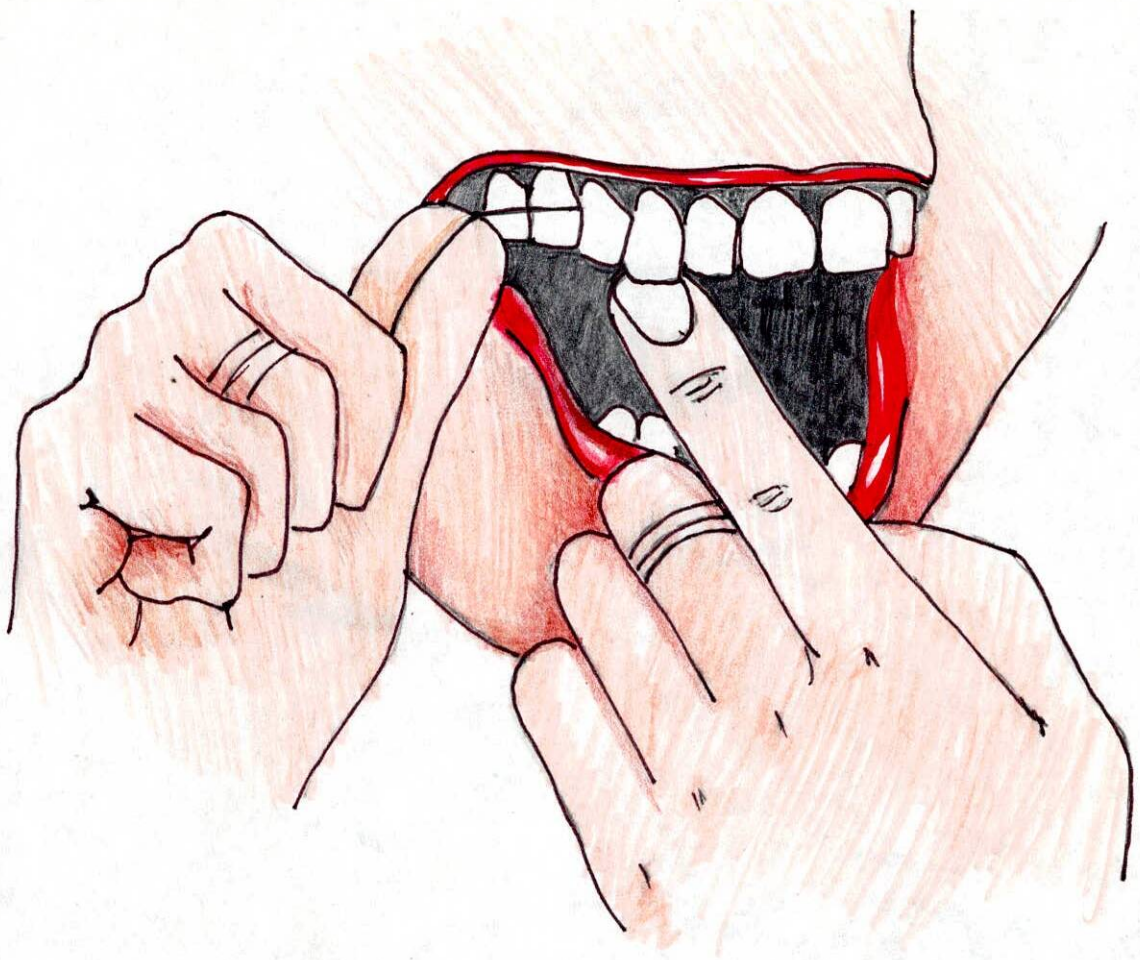
Le damos al paciente un cepillo dental y un espejo, y se le pide que se cepille como lo ha estado haciendo en su casa, posteriormente lo hacemos enjuagar, una vez enjuagada la boca, aplicamos la substancia reveladora de placa y lo invitamos a que se observe en el espejo. En este momento, debemos reforzarlo psicológicamente así el paciente no haya removido del todo bien su placa; aquí no enseñamos una manera específica de cepillado, si no que consideramos y evaluamos la técnica utilizada por el paciente.

Lo más importante es la remoción de la placa, sólo en caso de un cepillado defectuoso - se debe cambiar la técnica.

USO DEL HILO DENTAL

Una vez adquirida habilidad en el cepillado, procedemos a enseñar el uso del hilo dental. Primero que todo hacemos ver al paciente la necesidad del uso del hilo dental. Esto puede hacerse por medio de fotografías o utilizando los dedos de la mano de la auxiliar.





Si el paciente anteriormente no lo ha utilizado o lo ha hecho de cualquier manera, es aconsejable que la terapeuta haga una demostración utilizando un modelo bucal de gran tamaño, mostrando al paciente, cómo debe colocarse el hilo contra las paredes de los dientes pero no sobre las encías.

El hilo puede ser o no encerado, de cualquier forma habrá una igual remoción de placa.

Una vez concluida la demostración, invitamos al paciente para que realice el mismo procedimiento. En un principio habrán marcadas dificultades, por tanto la terapeuta no debe ausentarse cuando se produzcan estos hechos, si no al contrario, debe tratar de ayudarlo a superar estos problemas iniciales; se darán instrucciones al paciente para que practique el procedimiento en casa.

Durante la segunda visita, así como en las siguientes, debe brindársele apoyo psicológico al paciente.

La duración de esta visita es aproximadamente de 40 - 45 minutos.

TERCERA A QUINTA VISITA

Durante estas sesiones que deberán ser realizadas con algunos días de intervalo, se comprobará el progreso alcanzado por el paciente; todo esto se realiza con el apoyo psicológico adecuado.

Algunos pacientes alcanzan la destreza requerida para un buen control de placa, en menos de cinco visitas, mientras que otros requieren citas adicionales; en el último caso estas visitas deben fijarse a pocos días de haber concluido el programa regular.

Cuando la terapeuta ha decidido que el paciente ha logrado un nivel satisfactorio de remoción de placa, puede llamar al odontólogo para que verifique los resultados, de apoyo psi-

cológico adicional y haga arreglos referentes al resto del tratamiento.

CONTROL

Las visitas de control iniciales pueden fijarse a unas pocas semanas de distancia con intervalos de 2 - 3 semanas, para las primeras 2 - 3 visitas, intervalos de 4 semanas para las 2 visitas siguientes y luego citas de intervalos de 3 meses; finalmente un control cada 6 - meses.

CEPILLADO DENTAL

Selección del cepillo:

1. Cabeza pequeña y recta para permitir alcanzar tanta superficie dentaria como sea posible.
2. Fibras sintéticas, las cuales no se desgastan tan rápidamente como las naturales y recuperan su elasticidad, más pronto después de ser usados y lavados.
3. Se cree que los penachos separados permiten una mejor acción de limpieza ya que estos pueden flexionarse y alcanzar así zonas en las que un cepillo con penachos muy juntos, no alcanzaría, debido a la cantidad y proximidad de las mismas.
4. Las cerdas deben ser blandas y de extremos redondeados, para evitar daños en los tejidos gingivales.

Debe tenerse presente, que lo que se busca es la remoción de la placa y no frotar los dientes.

Algunos pacientes creen que los cepillos blandos son incapaces de remover la placa bacteriana, lo cual es un error, ya que usando un compuesto revelante se observa - que son tan efectivos como los duros, y a la vez son más amables con los tejidos - blandos, evitando así lastimarlos.

ENJUAGATORIOS

Tradicionalmente, los enjuagatorios bucales se han utilizado con fines cosméticos, para ayudar a prevenir y combatir la Halitosis, y dar una sensación de frescura en la cavidad bucal. La evidencia científica que apoya tales pretensiones cosméticas, generalmente es deficiente o está totalmente ausente en muchos de los preparados que se pueden adquirir en el comercio, más aún, se ha notado que en muchos casos, los olores en cavidad bucal u oral, reflejan una mala higiene oral y/o enfermedad periodontal; el uso de enjuagatorios cosméticos para enmascarar la halitosis, nada hace por corregir el problema, y puede servir para complicar ese estado, debido a una falsa sensación de seguridad, por parte del paciente.

Recientemente ha habido un exagerado énfasis sobre el desarrollo de enjuagatorios terapéuticos, capaces de contribuir al control de la placa bacteriana, la gingivitis y la caries dental y facilitar la cicatrización textural; en general los enfoques en tales preparaciones van dirigidos hacia el uso de sistemas de flúor para control de caries, agentes tensioactivos y antibacterianos para el control de la placa y la gingivitis.

Los resultados han indicado que los enjuagatorios bucales, producen una moderada reducción en la acumulación de la placa bacteriana, mientras que en la gingivitis, han sido menos notorios los beneficios obtenidos.

DENTRIFICOS

Un dentífrico es una substancia que se aplica sobre el cepillo dental con el fin de producir limpieza de las caras accesibles a los dientes; su principal función es la remoción o la interrupción de las colonias bacterianas.

El dentífrico a través de sus surfactantes y agentes espumíferos ayudan a desprender los

residuos de alimentos y la placa bacteriana; y debido a sus abrasivos ayuda a eliminar manchas.

Los dentífricos modernos contienen agentes soporíferos, que hacen el cepillado agradable y por tal motivo inducen a la gente a cepillar sus dientes más frecuentemente.

TECNICAS DE CEPILLADO

1. Técnica Rotacional: Colocamos las cerdas del cepillo contra la superficie de los dientes, lo más arriba posible para los superiores y lo más abajo posible para los inferiores, con sus costados apoyados contra la encía, y con suficiente presión para provocar una moderada Isquemia Gingival. Hacemos rotar el cepillo lentamente hacia abajo para el arco superior y hacia arriba para el arco inferior, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes; mientras que la parte posterior de la cabeza del cepillo se desplaza en un movimiento arqueado.

A medida que las cerdas pasan sobre la corona clínica, están casi en ángulo recto con la superficie del esmalte; esta acción o movimiento se hace de 8 - 12 veces por cada cara del diente. Las caras oclusales, se cepillan mediante un movimiento de fricción anteroposterior.

Muchas veces la ubicación de los caninos, en los ángulos del arco dentario, da como resultado el pasarlos de largo sin cepillarlos. Figuras 1 y 2.

TECNICA DE BASS

Se recomienda en pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. Se coloca el cepillo de tal manera que sus cerdas queden en ángulo de 45 grados con respecto al esmalte dental. Hacemos movimientos vibratorios anteroposteriores, durante 15 segundos aproximadamente, para cada zona de la boca. Para las caras linguales de los incisivos y las linguales y palatinas de premolares y molares.

Para las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores, se sostiene verticalmente el cepillo, y se insertan las cerdas en el espacio crevicular; en ambos casos los movimientos vibratorios son anteroposteriores. Las caras oclusales se cepillan por medio de movimientos de frotación. Figuras 3 y 4 5 y 6 7 y 8 9 y 10.

TECNICA COMBINADA

En pacientes con acumulación excesiva de placa bacteriana e inflamación gingival, resulta beneficioso la combinación de varios métodos.

Pedimos al paciente que realice varias técnicas utilizando la técnica de bass, y luego que barra las encías y los dientes, empleando el método rotacional. Las caras oclusales se cepillan utilizando movimientos de frotación anteroposterior.

Los objetivos principales del cepillado dental, son remover la placa bacteriana de todas las superficies del diente si es posible y también del surco gingival, causando el menor daño posible a los dientes y a sus estructuras vecinas.

Para no olvidar cepillar algunas zonas se utiliza el concepto de circuitos de cepillado que comprende la división de los arcos en tres circuitos que son vestibular, lingual y oclusal.

FRECUENCIA DE CEPILLADO

De acuerdo a las investigaciones realizadas se concluyó que "como muy pocas personas se cepillan minuciosamente, cuando lo hacen, y el cepillado en exceso no constituye un problema que produzca preocupación, dentro de la mayoría del público, parece haber poca justificación para que la profesión odontológica se aleje de la práctica de recomendar a los pacientes que cepillen sus dientes después de cada comida y antes de acostarse".

Algunas consideraciones de acuerdo a las condiciones de algunos pacientes:

- 1.- Para los pacientes adultos conscientes, que son capaces de realizar prácticas de higiene bucal minuciosa, se les puede recomendar el uso del cepillo y el hilo una vez por día.
2. Para los pacientes adultos con compromiso gingival, pero con baja susceptibilidad a la caries, debería recomendarse el uso del cepillo y el hilo, por lo menos dos veces al día.
3. Para los pacientes jóvenes y en general para aquellos susceptibles a la caries, corresponden procedimientos de higiene dental más frecuentes, o sea después de cada comida.

En pacientes con caries rampante, se recomienda cepillarse antes de comer para remover así las colonias de placa antes de que se disponga de alimentos para su fermentación, aunque el valor de este procedimiento no está documentado.
4. Cuando el paciente no está motivado o está renuente, en tales deberá hacerse la mejor transacción, después de todo, cepillarse los dientes una vez por día, es mejor que no hacerlo.
5. Con el uso de los dentífricos terapéuticos, se recomienda que los utilicen tan frecuentemente como sea compatible con su personalidad.

LIMPIEZA POR MEDIO DE MASTICACION SELECTIVA

El uso de alimentos blandos no detergentes trae como resultado una acumulación de restos bucales; en contraste con lo que se observó cuando se ingirió alimentos duros, ásperos y detergentes, lo cual quiere decir que debemos dar una dieta no sólo rica en contenido, sino también haciendo referencia a su consistencia.

CASOS ESPECIALES PARA EL CONTROL DE PLACA

NIÑOS: El primer paso en un programa de control de placa en niños, consiste en enseñar a los padres el concepto y las consecuencias de la placa, así como la necesidad y los medios para su remoción.

Hay acuerdo general en que el uso regular del hilo dental, puede practicarse en niños mayores de 10-12 años.

TRATAMIENTO TOPICO CON FLUOR

Se refiere al uso de sistemas que contengan concentraciones relativamente grandes de fluoruro que se aplican en forma local ó tópica a las caras erupcionadas de los dientes para prevenir la formación de caries.

- Comprende:
- Enjuagatorios
 - Dentífricos
 - Pastas
 - Geles
 - Soluciones con flúor

APLICACIONES TOPICAS DE FLUORURO

En el momento actual hay 3 sistemas de fluoruros distintos que han sido adecuadamente evaluados y aprobados para ser utilizados de este modo.

- Fluoruro de Sodio: Al 2%, este se presenta en forma de polvo o líquido y se prepara diluyendo 0.2 gramos de polvo en 10 ml. de agua destilada.
- Fluor Estañoso: Al 8%, este compuesto viene en polvo, o en recipiente a granel o en cápsulas prepesadas al 8%, el cual tiene un pH de 2.4 a 2.8. Es un compuesto que debe prepararse y usarse enseguida porque se oxida.
- Fluoruro Fosfato Acidulado: Este se obtiene tanto en soluciones como en Gel; es estable, tiene una concentración del 1.23% y un pH 3.5

TECNICA DE APLICACION

- 1.- Profilaxis: Enjuagar la boca del paciente.
- 2.- Colocación de los rollos de algodón y aislar la zona a tratar.
- 3.- Se secan los dientes aislados.
- 4.- Se aplica el fluor con torundas de algodón.

La aplicación debe hacerse sobre todas las caras repetidas veces. Posteriormente se retiran los algodones y se deja al paciente salivar, se dan instrucciones al paciente de no enjuagarse la boca, ni comer, ni beber durante un período de 30 minutos aproximadamente.

La exposición al diente debe durar 4 minutos, esta técnica se utiliza para la aplicación de fluoruro de sodio al 2% y para el fluor fosfato acidulado al 1.23%.

Para el fluoruro de estaño al 8% las aplicaciones son más breves. Aproximadamente de 15-30 segundos. Figuras 11 y 12 13 y 14 15 y 16.

El uso de fluor en un tiempo mayor a los 4 minutos, será para un paciente con un poten-

cial alto de caries.

TECNICA DE APLICACION PARA GELES DE FLUOR

- 1.- Profilaxis
- 2.- Aplicación con cubeta adecuada
- 3.- Enjuagar y secar los dientes
- 4.- Se coloca el material en la cubeta y se calza sobre todo el arco
- 5.- Se deja actuar durante 4 minutos
- 6.- Indicaciones al paciente; no comer, ni beber durante 30 minutos.

FRECUENCIA DE LA APLICACION

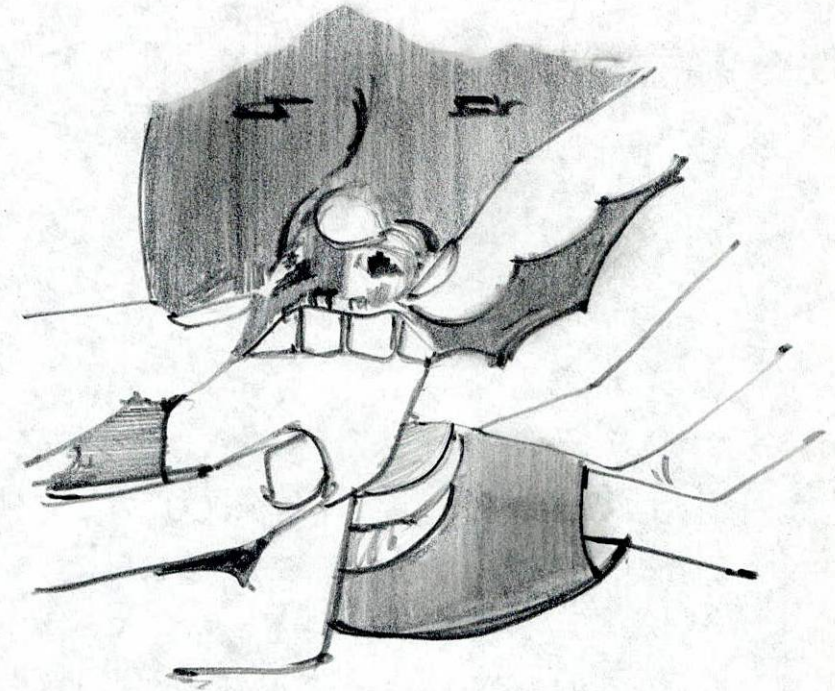
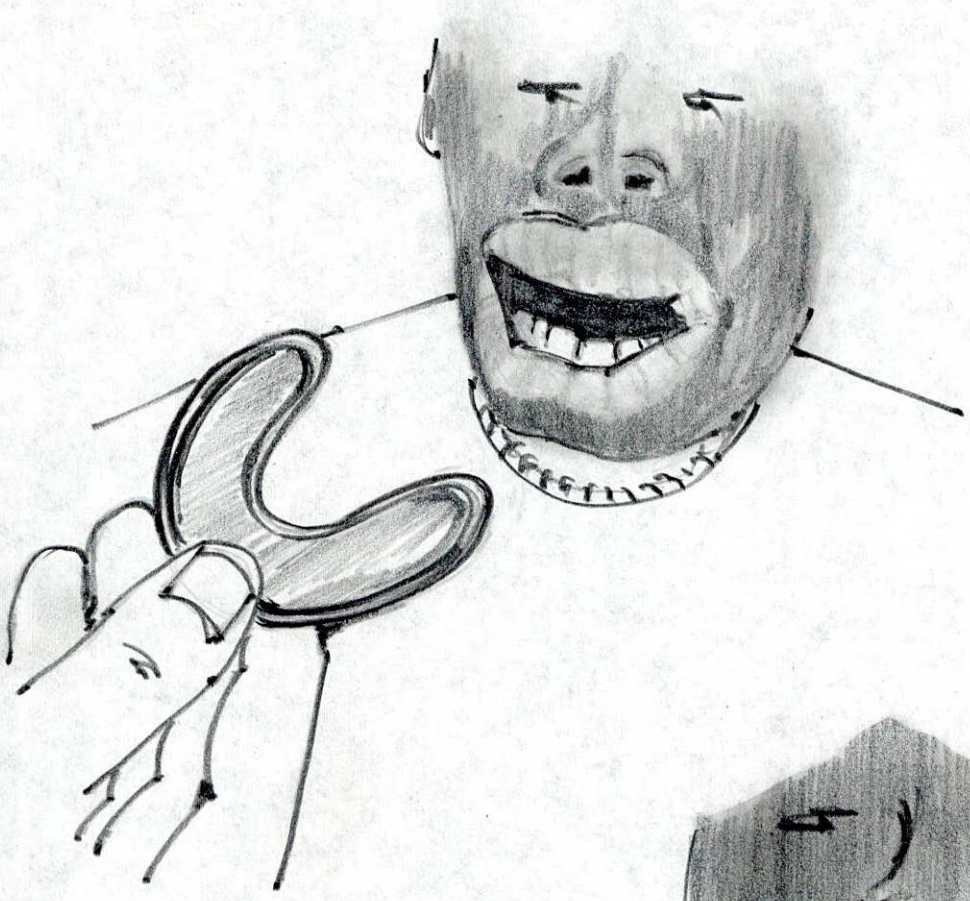
La frecuencia de la aplicación tópica debe ser dictada por las condiciones y las necesidades presentadas por cada paciente y no por la conveniencia del consultorio dental.

Para la aplicación del fluoruro de sodio acidulado, se realizan 4 aplicaciones a intervalos de 4 semanas, estando precedida sólo la primera aplicación de una profilaxis; y se realizarán a la edad de 3, 7, 10 y 13 años, o a intervalos de 3 - 6 meses en pacientes con graves problemas de caries.

En pacientes con poca actividad de caries o sin ella, el tiempo se reduce a 30 segundos - durante 4 semanas.

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO

El tratamiento tópico de fluor, debe iniciarse cuando el niño alcanza aproximadamente los 2 años de edad; el régimen debe ser semestral, por lo menos hasta que el niño haya completado los 15 años y sus segundos molares permanentes hayan erupcionado.



PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN

La utilización de fluoruro de estaño, puede estar contraindicada en casos específicos, por razones estéticas, ya que la reacción del estaño con el esmalte, forma fosfato de estaño y estos son de color marrón y producen una pigmentación café temporal en el esmalte.

El sabor metálico de este fluor, también representa un problema en los niños, los cuales aceptan con mayor agrado el fluoruro de sodio acidulado y los odontólogos prefieren utilizar éste.

SELLANTES

Debido al gran riesgo de caries oclusales, en casi la totalidad de los casos de dientes recién erupcionados, se indica el uso rutinario de sellantes de fosetas y fisuras en toda práctica de odontología preventiva.

Tipos de selladores de puntos y fisuras:

- Luz ultravioleta
- Activación química.

Métodos de aplicación de los sellantes:

Dientes seleccionados: Molares permanentes y primarios y premolares con puntos de fisura profundas y definidas.

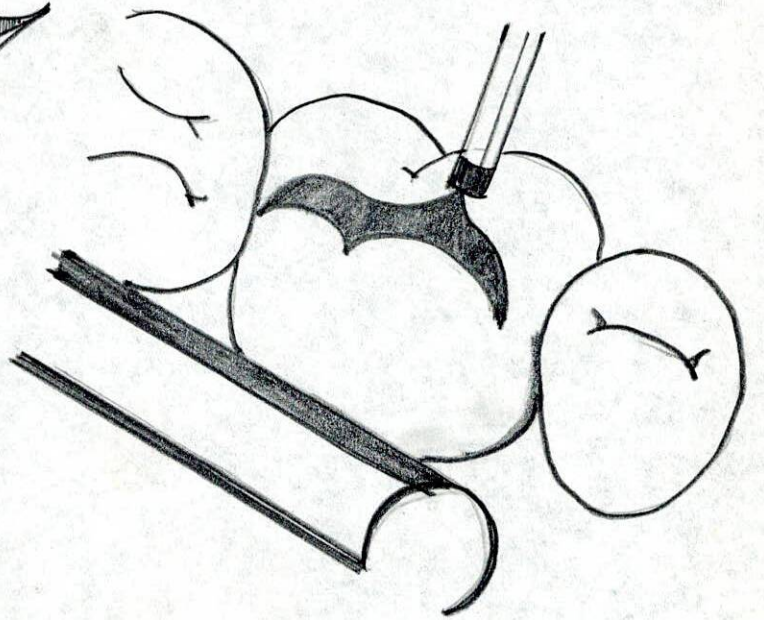
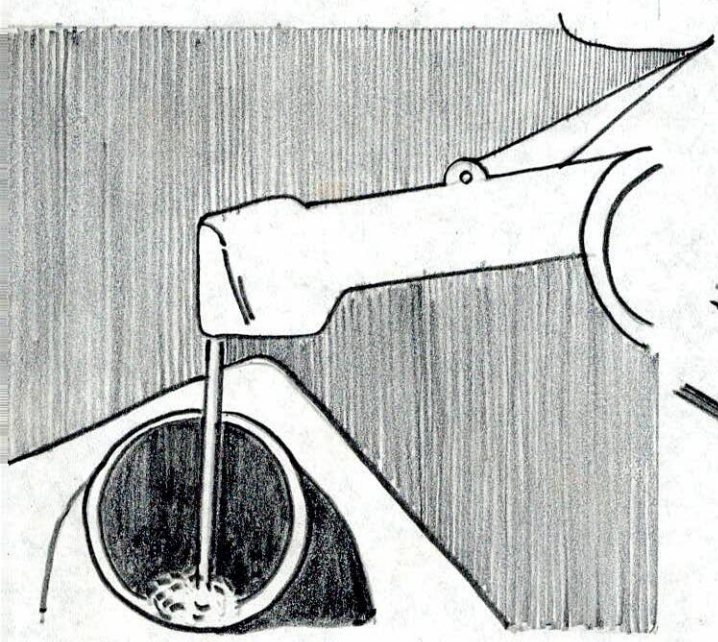
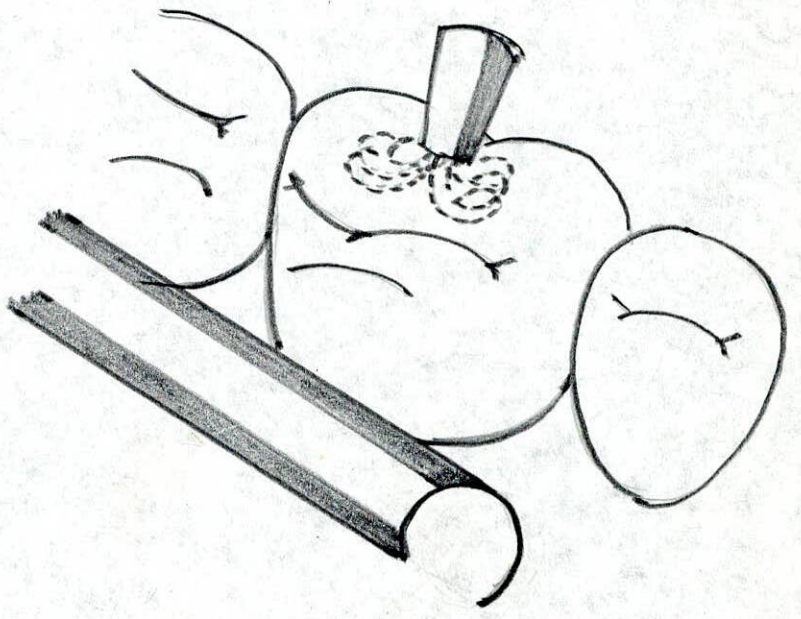
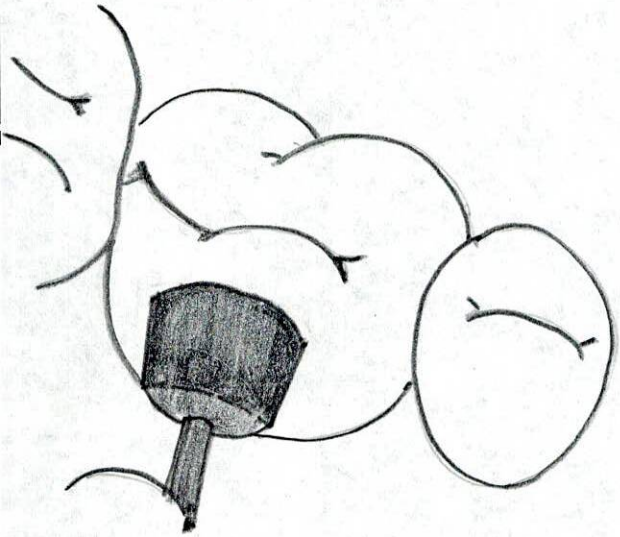
Técnica de aplicación:

- 1.- Limpieza minuciosa de los dientes seleccionados para retirar los materiales exógenos de las superficies dentales seleccionadas, esto se lleva a cabo empleando tazas y cepillos para profilaxis con una pasta acuosa de un abrasivo tal como la piedra pómez, no con pastas que contengan flúor porque este hace al diente más resistente al grabado.
- 2.- Aislamiento de los dientes seleccionados: Para mantener las caras secas, este aislamiento puede ser con algodones o sea relativo o con el dique de goma.
- 3.- Grabado cuidadoso de las caras oclusales con el objeto de proveer la mayor retención, se utiliza ácido fosfórico al 37% o al 50%.

Durante 1 minuto, después se retira con un enjuague de H₂O, se seca posteriormente.

- 4- Aplicación del Sellador: En forma uniforme se deja polimerizar.

La frecuencia de aplicación de los sellantes es con intervalos de 6 meses.



BIBLIOGRAFIA

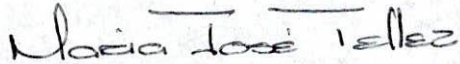
- DOMINICK P. DE PAOLA y H. GORDON CHENEY. Odontología preventiva. Domick P. de Paola. Editorial Mundi S.A. I.C. y F. Buenos Aires 1981.
- JOHN O. FORREST. Odontología preventiva. Editorial El Manual Moderno S.A. México D. F. 1979.
- KATZ, McDONALD y STOOKEY. Odontología Preventiva en acción. 3a. Edición, Editorial Panamericana. Buenos Aires. 1982.
- DAY, C.D. and SEDWICK H.J. Studies on the incidence of dental caries. Dent. Cosmos 77:442. 1935.
- JOHNSON y JOHNSON DE COLOMBIA, Expertos responden a sus preguntas sobre sellantes oclusales. Yumbo. Cali. 1978.

Dra:

Gladys Sandoval de Arenas.

Coordinadora de clinica de chia.

Doctora Gladys, me dirijo a usted con el objetivo, de entregarle la monografia titulada: Actor preventivos a nivel del consultorio realizados por el personal auxiliar. Esperando cumpla el objetivo deseado.


MARIA JOSE TELLEZ HENAO