

PRÁCTICA 3

CONTROL MECÁNICO DE BIOPELÍCULAS ORALES

CONTENIDO: Revelado de placa bacteriana. Índice de placa. Técnicas de higiene bucodental: Cepillado, hilo de seda y otros agentes complementarios. Pacientes especiales (niños, minusválidos, portadores de prótesis, pacientes ortodóncicos y pacientes con implantes). Programa control de placa.

Baca García P
Bravo Pérez M

OBJETIVOS OPERATIVOS

1. Indicar la utilidad clínica y las distintas técnicas de revelado de placa bacteriana.
2. Recoger el índice de placa de O'LEARY.
3. Conseguir la remoción de la placa bacteriana mediante su técnica de cepillado habitual.
4. Realizar en un macromodelo las siguientes técnicas de cepillado:
 - Vibratorias
 - . Bass
 - . Stillman modificada
 - Rotatoria
 - Fregado: horizontal y vertical
5. Realizar en un macromodelo la técnica habitual de aplicación de hilo de seda.
6. Utilizar en un macromodelo el cepillo eléctrico.
7. Utilizar correctamente los siguientes métodos complementarios: irrigador, conos interdentarios y cepillos interproximales.
8. Describir las técnicas de remoción en los siguientes pacientes:
 - Portadores de prótesis
 - Pacientes ortodóncicos
 - Pacientes portadores de implantes

DESARROLLO TEÓRICO

REVELADO DE PLACA BACTERIANA

En la actualidad se denomina más correctamente biofilm o biopelícula (véase definición en el apartado "Desarrollo Teórico" de la Práctica 4). No obstante, por su uso más extendido, mantendremos el término "placa" a lo largo del texto.

Aparece como una masa blanda, de color blanco-amarillento y, al ser adherente (a dientes, encías y otras superficies bucales), no es eliminada por la acción de la masticación o por el aire a presión. Un buen control de placa constituye un elemento fundamental para la prevención y control de la caries y de las enfermedades periodontales.

En condiciones normales la placa **no es visible**. El interés de poderla visualizar se debe a que permite el perfeccionamiento y control de la higiene bucodental. Los reveladores de placa son sustancias que tiñen la placa haciéndola **visible**.

Los procedimientos de visualización pueden ser básicamente de dos tipos:

* Físico-químicos: Isotiocianato de fluoresceína + lámpara ultravioleta (poco utilizado).

* Químicos: Son los más utilizados por ser los más sencillos. Para visualizar la placa se pueden utilizar diversos colorantes que pueden emplearse solos o en combinación, tales como:

- Eritrosina (en forma de tabletas o soluciones)
- Fucsina básica (tabletas o soluciones)
- Colorantes alimenticios (añadir 3 gotas en una cucharadita de agua)
- Eritrosina + verde malaquita (nombre comercial "Displaque"): es un test bicolor. Tiñe de azul la placa antigua (de más de tres días) y de rojo la placa reciente.

Técnica

1. Si se utilizan **tabletas**, se le pide al paciente que mastique una durante 1 minuto, haciendo que se mezcle con la saliva; ésta debe hacerse pasar por todos los dientes y por todas sus superficies. El paciente se **enjuaga** con agua y posteriormente **puede visualizar la placa** ante un espejo.
2. En el caso de soluciones se colocan 2-3 gotas en la punta de la lengua y se pide al paciente que pase la lengua por todas las superficies de los dientes.
3. Con los colorantes alimenticios, si éstos han sido disueltos, el paciente se debe enjuagar la boca con ellos.
4. Es posible utilizar los colorantes en solución haciéndolos pasar sobre los dientes en una torunda de algodón, por ejemplo en niños y pacientes discapacitados

Para realizar un control de placa, es conveniente utilizar el revelado de placa después del cepillado para que el paciente pueda determinar en qué dientes o superficies dentarias persiste la placa después de cepillarse, de forma que pueda mejorar la técnica.

ÍNDICES DE PLACA

Una vez visualizada la placa mediante el revelado, es conveniente evaluarla o cuantificarla pudiendo utilizar para ello diversos índices de placa. Existen multitud de índices; sin embargo, en nuestra práctica diaria se recomienda el índice de O'Leary.

* Índice de O'Leary: Es muy sencillo, práctico y rápido de hacer. Valora sencillamente la presencia o ausencia de placa en las cuatro superficies del diente (todas, menos la oclusal en dientes posteriores). En las superficies proximales se examinará la presencia de placa fundamentalmente a nivel gingivodental en las zonas mesio y disto vestibular y mesio y disto palatina o lingual. Se determina sumando los sectores con placa, dividiendo por el número de sectores presentes (número de dientes multiplicado por 4) y multiplicando por 100. Nótese que no se consideran los dientes ausentes en el denominador. Existe una variante muy utilizada que contempla sólo las superficies vestibular y lingual, y por tanto el denominador es número de dientes presentes multiplicado por 2.

UTILIDAD DEL REVELADO DE PLACA

El revelado de Placa tiene dos utilidades que es necesario saber distinguir:

a) Uso para Educación Sanitaria, como registro de la técnica de cepillado. La práctica totalidad de los pacientes se cepilla los dientes antes de acudir al dentista. En el consultorio, al utilizar el revelador quedarán de manifiesto las zonas en las que su técnica de cepillado no ha sido capaz de remover la placa. En la ficha 4 de la Práctica 1 se dibujará sobre el recuadro más externo, en rojo, aquellos sectores que tengan placa bacteriana en la primera exploración, anotando en el recuadro correspondiente (ficha 6) el valor final del índice de placa. El paciente verá con un espejo las zonas en las que aún le queda placa, y eso permitirá instruirlo para que mejore su técnica progresivamente. En el segundo y tercer recuadros más interiores se dibujarán sucesivamente los sectores que tengan placa en posteriores visitas al dentista o controles, y de igual forma se anotarán los valores totales de índice de placa. El estudio y registro de puntajes sucesivos nos indicará la evolución de la higiene del paciente, tanto en sentido positivo como negativo. Es de gran utilidad en la práctica diaria. La técnica de cepillado puede ser considerada como aceptable cuando el índice es de 10 (10% de superficies con colorante).

b) Uso epidemiológico, Como registro del nivel habitual de placa. En individuos no advertidos, por ejemplo una visita del dentista/higienista dental a una escuela sin haber avisado previamente a los escolares, el revelado de placa será un claro indicador del nivel habitual de placa de los escolares, y nos permitirá identificar individuos, escuelas o grupos de población con mejor o peor higiene oral.

En esta práctica **EVALÚE EL GRADO DE SU HIGIENE BUCAL RECOGIENDO SU ÍNDICE DE PLACA PARA USO DE EDUCACIÓN SANITARIA. SAQUE LAS CONCLUSIONES PERTINENTES Y, SOBRE TODO, PIENSE EN ELLAS A LA HORA DE CEPILLARSE.**

TÉCNICAS DE HIGIENE BUCODENTAL

1. CEPILLADO

Al contrario de lo que mucha gente cree, el objetivo del cepillado dentario no es la eliminación de los residuos alimentarios; el fin fundamental es la eliminación de la placa bacteriana (que en condiciones normales se deposita sobre los dientes) sin producir daño o lesión en estructuras dentarias y en tejidos blandos adyacentes.

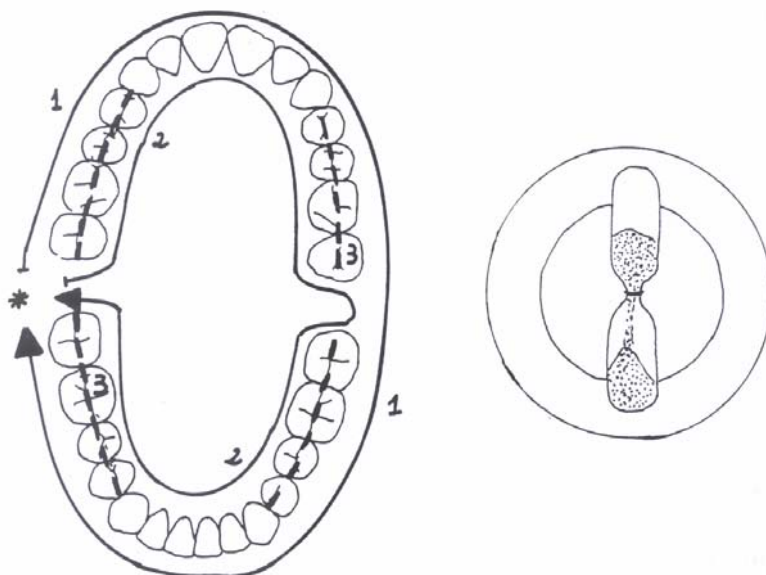
La mejor técnica es aquella que elimina más PB, y debe cumplir las siguientes características:

- Ser efectiva
- Ser segura
- Ser fácil de aprender y llevar a la práctica

1.1. Cepillado Manual.

Cada paciente tendrá un hábito de cepillado y nosotros no debemos de cambiar su técnica, sino mejorar la que ya tiene, de forma que elimine toda la placa bacteriana. "LA MEJOR TECNICA ES LA QUE MEJOR LIMPIA", siempre que: 1. elimine la placa, 2. no olvide ninguna zona de la boca y 3. no lesione dientes o encías. Sólo en pacientes concretos se indicará o instruirá en una técnica en especial. No hay una técnica que sea mejor.

En el **cepillado** hay que seguir un ORDEN, tal y como se puede apreciar en el dibujo. Se empieza por la **cara vestibular** (1), se continúa por la cara **lingual o palatina** (2) y finalmente se limpian las caras **oclusales** (3). En las superficies proximales, se utiliza el hilo de seda.



Además del orden, es importante el TIEMPO de cepillado que debe ser de unos 3 minutos. En algunos pacientes y en especial en los niños, puede ser útil un reloj de arena aplicado en la pared del cuarto de baño.

FRECUENCIA: Lo ideal es hacerlo después de cada comida (desayuno, almuerzo y cena) o como mínimo 2 veces al día. Es fundamental el cepillado después de la cena, no debiendo comer ni tomar bebidas después que no sean agua. Recientemente se viene aconsejando el cepillado inmediatamente después de levantarse y antes de las comidas, con el fin de eliminar la placa bacteriana acumulada durante la noche. La eliminación de la placa antes de ingerir alimentos hace que no se pueda producir la bajada de pH iniciadora del proceso de desmineralización.

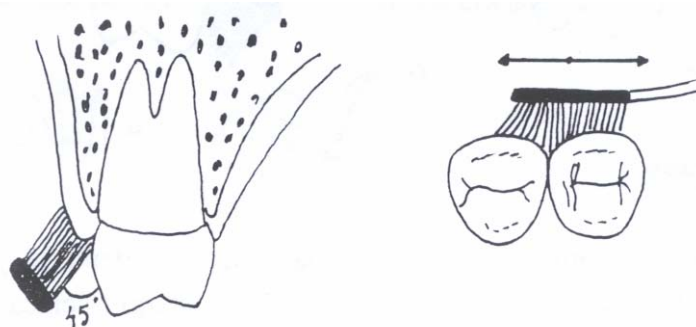
Todas las anteriores recomendaciones e indicaciones se refieren al "Cepillado Higiénico" (a él nos referimos en este texto simplemente como Cepillado), que tiene como fin la eliminación de la placa bacteriana. Independientemente del anterior, el "Cepillado Cosmético" tiene como fin convertirnos en personas más agradables (mejor interacción social), y éste último se caracteriza porque se ejecuta cada vez que lo necesitemos (independientemente de las comidas), no suele durar más de 20 segundos, y siempre será con una pasta dentífrica, a ser posible de sabor y olor refrescantes. Gráficamente puede decirse que el "Cepillado higiénico" es a ducharse/lavarse, como el "Cepillado Cosmético" lo es a perfumarse.

Las técnicas de cepillado manual pueden clasificarse en:

1.1.1. TÉCNICAS VIBRATORIAS:

- **Técnica de Bass**

Es útil en pacientes periodontales, ya que el objetivo de esta técnica es lograr la eliminación de placa del surco gingival.



Las cerdas del cepillo se colocan suavemente en el surco gingival formando un **ángulo de 45°** con respecto al eje mayor del diente, de forma que una hilera de penachos se insinúe suavemente en el surco gingival. Sin que se muevan las cerdas, se realizan **movimientos de vaivén** de 2 mm, 10-15 **en cada sector**. La placa subgingival es absorbida **por capilaridad**, mientras que el resto de las cerdas eliminan la placa supragingival.

En las caras palatinas o linguales de dientes anteriores se coloca el cepillo con la cabeza paralela al eje mayor del diente; y las caras oclusales se cepillan con movimientos de barrido tal y como se aprecia en el dibujo.

- **Técnica de Stillman modificada**

Es en todo similar a la anterior, pero en lugar de realizar movimientos de vaivén, se realiza un movimiento circular o rotatorio.

1.1.2. TÉCNICA ROTATORIA:

Se coloca el cepillo sobre la encía con un ángulo de 45°. Las cerdas son giradas firmemente contra la encía y el diente en dirección coronaria.



1.1.3. TÉCNICA DE FREGADO O DE RESTREGADO

- **Técnica horizontal:** Las cerdas se colocan con una angulación de 90° respecto a la superficie dentaria y el cepillo es movido adelante y atrás. Es la que utilizan la mayoría de las personas, y es útil en niños por su facilidad de realización, aunque puede producir recesiones gingivales y abrasiones dentarias.

- **Técnica vertical:** Igual a la anterior pero con movimientos de arriba hacia abajo y viceversa.

- **Técnica circular:** Realizando movimientos en círculos.

1.2. Cepillado eléctrico.

Los cepillos eléctricos fueron introducidos a principios de los años sesenta y han ido mejorando progresivamente su diseño y eficacia. Inicialmente el cepillo eléctrico imitaba el movimiento del cepillado manual horizontal. En la actualidad existe una amplia variedad de cabezales con movimientos oscilantes/rotatorios que imitan el movimiento de los instrumentos de higiene dental profesional (como los cepillos de profilaxis sobre contraángulo). Algunos cepillos añaden, incluso, vibraciones eléctricas o sónicas capaces de alterar la adherencia bacteriana a las superficies dentarias.

Con los primeros cepillos eléctricos no había diferencia de higiene entre cepillado manual y eléctrico, y sólo se recomendaban para pacientes discapacitados. Actualmente hay evidencia científica del máximo nivel (metanálisis de ensayos clínicos controlados) que demuestra que si el cepillo eléctrico incluye cabeza oscilatoria/rotatoria, los resultados serán superiores al cepillado manual, tanto en remoción de placa como en gingivitis. Esto no sólo por una mejor remoción de placa y acceso a recovecos (zonas proximales, por ejemplo) o de más difícil acceso (lingual), sino porque el cepillo eléctrico hace más cómodo el cepillado y éste durará más minutos.

2. CONTROL DE PLACA INTERPROXIMAL.

2.a. Seda dental:

Su objetivo es eliminar la placa bacteriana en las zonas interproximales, en donde el cepillo no penetra. Existe una amplia gama de hilos de seda:

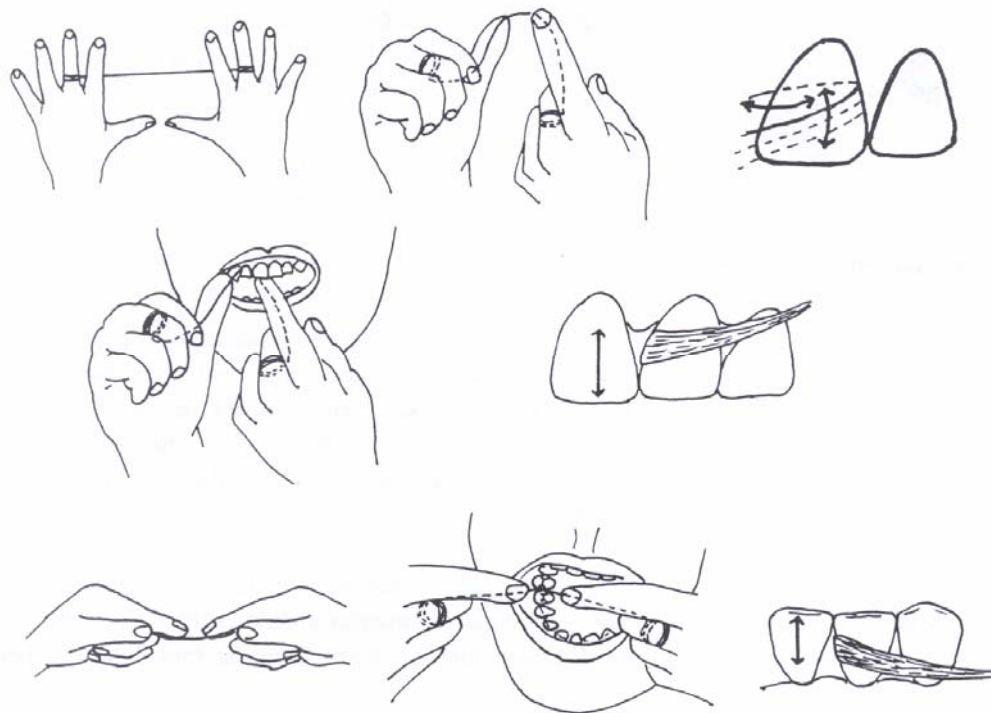
- Con cera / Sin cera.
- Acintados / redondos.
- Rígidos / Blandos
- Con principios activos como flúor o clorhexidina y sustancias saborizantes.

Sin embargo, lo fundamental es que se extienda adecuadamente sobre las superficies proximales y alcance las pequeñas irregularidades en la superficie para una limpieza más eficaz. Un hilo de buena calidad debe estirarse en forma adecuada sin deshilacharse.

Técnica

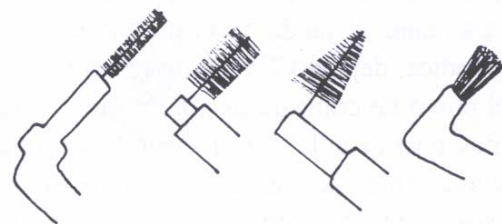
La técnica más utilizada es la **convencional** (o método del carrete) en la que se enrollan **45 cm. de hilo** alrededor del **dedo medio de una mano**, y unos pocos cm. alrededor del **dedo medio de la otra mano**, dejando **5 cm de hilo** entre las manos. Se sostiene el hilo tirante entre el **pulgar y el índice**, dejando **2.5 cm entre los dedos**, y manteniendo tirante la seda se introduce **con suavidad en el espacio interproximal**. Para **pasar el punto de contacto** de forma que la encía no reciba un "latigazo", se debe hacer un suave movimiento del hilo en sentido vestibulo-lingual y linguo-vestibular mientras se **desliza suavemente hacia gingival**. Una vez en la **trонера** se mantiene el hilo primero contra la superficie de un diente haciendo movimientos deslizantes de arriba hacia abajo, y sin volver a pasar el punto de contacto, así se elimina la placa por debajo del borde de la encía y de la superficie proximal. Después se apoya contra la superficie del **otro diente** y se realiza la misma operación. A medida que el hilo se ensucia, se pasa a una parte limpia enrollando en un dedo y desenrollando en el otro.

Un método alternativo es la técnica del asa o método del lazo, en el que se toman 25-30 cm de hilo, atando los extremos para formar un círculo. Este aro de seda se toma con cuatro dedos de una mano, extendiéndolos para que la seda quede tensa. Se pasa la seda por los espacios proximales y a medida que se va utilizando el aro de seda, se va rotando para que un trozo de seda limpia se utilice en cada espacio interproximal. Esta técnica se recomienda en pacientes disminuidos físicos o psíquicos y adultos con pobre agilidad muscular o problemas artríticos, o a quienes tiene que limpiar un tercero; también se puede emplear un portahilos, pero en general, son menos eficaces que la manipulación digital.

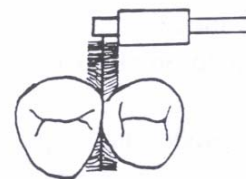


2.b.Cepillos **interproximales**

Pueden ser con un solo penacho o tipo espiral en alambre. Se aplican al espacio interproximal, desde vestibular, realizando una ligera rotación o movimientos de frotamiento.



Son útiles en pacientes portadores de prótesis fija, en pacientes periodontales o, en general, donde haya áreas difíciles de limpiar.



3. OTROS ELEMENTOS AUXILIARES DE LIMPIEZA

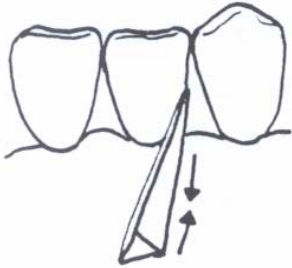
3.a.Estimuladores o conos interdentarios

Son **puntas de goma o de caucho**, útiles en zonas de fulcro expuesto y en pacientes periodontales y sirven para limpiar y dar masaje a la encía. Se **coloca** la punta en el área interdientaria, con una angulación de 45° hacia oclusal, haciendo un movimiento giratorio de atrás hacia delante, utilizándose el lado de la punta para dar masaje a la encía. Se pueden emplear por vestibular o



lingual, e incluso para limpiar el fulcro en el caso de que esté expuesto. No son muy eficaces.

3.b. Escarbadientes, cuñas de madera o palillos interdentarios.

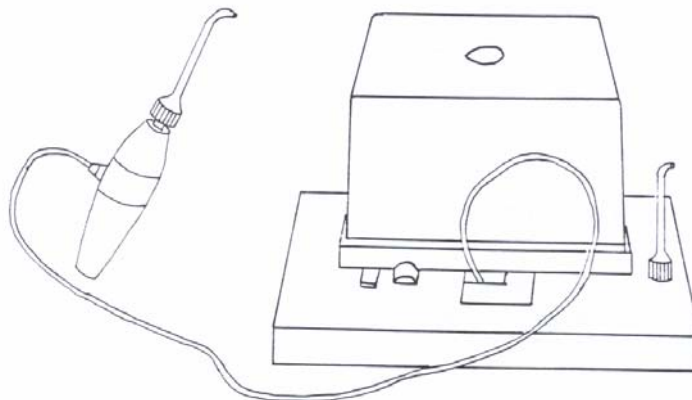


Pueden ser de madera o plástico y de sección triangular o redondeada. El más conocido es el Stimudent, hecho de madera tipo resiliente, blando y de forma triangular. Se introduce en la tronera por vestibular y se limpia el área interproximal utilizando un movimiento vertical u horizontal contra la superficie del diente. Su eficacia es muy discutida.

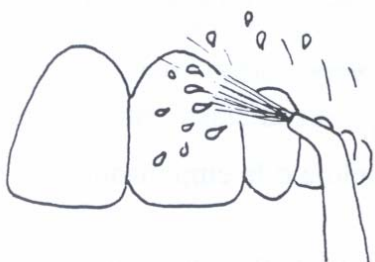
Se usan en pacientes con diastemas, pacientes periodontales, con espacios interproximales irregulares o fulcro expuesto. En pacientes sanos puede causar más daño que beneficio.

3.c. Irrigadores bucales

Son unos dispositivos que lanzan chorros de agua a presión de forma intermitente. Son útiles para estimular los tejidos y eliminar partículas de alimentos, pero no remueven la placa, y por lo tanto no pueden sustituir al cepillo ni al hilo de seda.



El chorro de agua debe dirigirse perpendicular al eje mayor del diente (lava y da masaje al margen de la encía) o bien a la zona interdientaria; pero no debe dirigirse nunca hacia el surco gingival.



Son útiles si se utilizan como complemento del cepillo y la seda en pacientes con prótesis fija, bandas de ortodoncia y ferulizaciones. Si al agua se le añade una solución antiséptica (clorhexidina) tienen su indicación en pacientes periodontales, con implantes o tras haber recibido cirugía.

PACIENTES ESPECIALES

NIÑOS

El niño debe de remover la placa desde el momento en que erupcionan los dientes temporales, siendo los padres los encargados de la higiene bucodental de sus hijos hasta que ellos alcanzan un nivel de maduración neuromuscular adecuado.

Para cepillar a un niño, éste debe colocarse por delante de la persona encargada de realizar la higiene, y flexionar la cabeza hacia atrás; de esta forma el padre/madre tiene una buena visibilidad y un buen acceso.

A partir de los 6-8 años de edad el niño puede realizar su higiene bucodental por sí mismo. Los padres deben verificar el resultado del cepillado, mediante el revelado de placa, mostrando al niño las zonas que necesitan ser corregidas. De este modo el niño aprende a cepillarse por sí mismo y los padres contribuyen a su aprendizaje, siendo los resultados satisfactorios. Para utilizar el hilo de seda, es útil emplear la técnica del aro de seda previamente descrita.

MINUSVÁLIDOS FÍSICOS O PSÍQUICOS

Son personas que tienen dificultad en realizar una correcta higiene bucodental, o bien a quienes tiene que realizársela otra persona (en estos casos emplear la técnica descrita en niños pequeños).

Se pueden confeccionar mangos especiales para facilitar el cepillado. Pueden ser útiles las siguientes sugerencias:

- Fijar el cepillo a la mano con una banda elástica.
- Agrandar el mango del cepillo con una esponja, pelota o la empuñadura del mango de una bicicleta.
- Alargar el mango con un trozo de madera o plástico, como una regla o un bajalenguas.
- Doblar el mango del cepillo o usar uno eléctrico.

En estas personas es útil emplear un **portahilos** para la limpieza de los espacios proximales.

PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS

La prótesis puede ser parcial removible, completa o bien prótesis fija.

Parcial removible o completa. Se aconseja al paciente:

1. Retirar la prótesis después de cada comida.
2. Proceder a la limpieza de la mucosa y de los dientes naturales mediante cepillado suave e hilo de seda si procede.

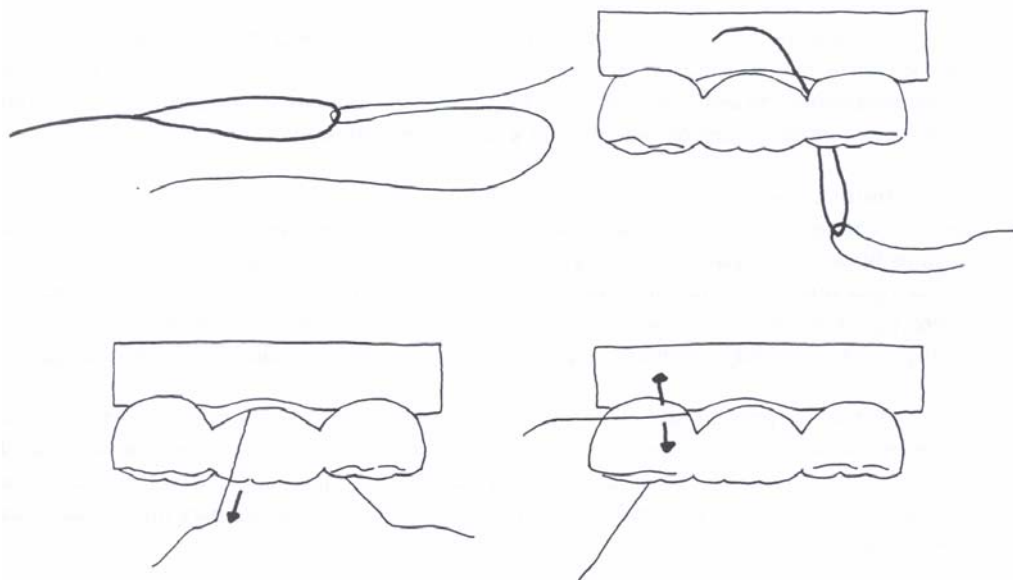
3. Limpieza de la prótesis. A ella se adhiere la placa bacteriana que hay que eliminar mediante una limpieza con cepillo de dientes o **cepillo de prótesis** blando, agua y jabón. No se aconseja el uso de ácidos, hipocloritos o agua muy caliente para evitar dañarla y deformarla.

Las prótesis metálicas y las que tienen aditamentos de precisión pueden limpiarse con pequeños cepillos, algunos de los cuales se fabrican con diseños especiales.

Prótesis fija.

La remoción de la placa se realizará con un cepillo normal siguiendo la técnica adecuada. La limpieza del pónico a nivel de contacto con la encía se realiza utilizando cepillos interproximales o bien hilo de seda. Para pasar el hilo de seda por debajo del pónico es necesario un **enhebrador de seda** (aguja de plástico flexible, que enhebra un trozo de seda).

Se pasan unos 45 cm de hilo por el enhebrador; empujamos con cuidado el extremo recto del mismo entre el puente y cada uno de los pilares hasta que se atraviese por completo el espacio. Retiramos el enhebrador y **sujetamos ambos extremos del hilo** con las manos. Se mueve con suavidad el hilo entre la encía y el pónico para limpiar la zona situada entre la encía y el puente. Posteriormente se desliza el hilo sobre la superficie de cada uno de los pilares de arriba hacia abajo.



PACIENTES ORTODÓNCICOS

El riesgo de caries aumenta en pacientes portadores de aparatología ortodóncica, ya que implica una mayor acumulación de placa. El control de placa en estos pacientes es fundamental y presenta el inconveniente de que la presencia de estos aparatos dificulta la realización de una buena higiene bucodental.

Existen cepillos especialmente diseñados para el control de placa en pacientes con ortodoncia fija, que tienen el cerdamen en forma de "U" o "V". Sin embargo, se aconseja que estos pacientes utilicen el cepillo sulcular (con 2 hileras de cerdas) para remover la placa gingival, efectuando **movimientos** horizontales, cortos y repetidos. Se debe practicar el método antes de colocar los aparatos, y asimismo instruir a las madres en este método para que colaboren con ellos en la tarea.

Los espacios interproximales se deben limpiar a fondo, utilizando enhebradores de seda o superfloss.

Si el aparato es removible, se debe proceder como ya se ha expuesto anteriormente.

PACIENTES CON IMPLANTES

El fracaso de los implantes viene dado no sólo por la falta de osteointegración, sino también por la falta de salud de los tejidos circundantes. Es fundamental aplicar un protocolo de mantenimiento correcto, que en todos los casos debe ser individualizado. Este protocolo debe incluir instrucciones de higiene oral y actuación profesional.

Instrucciones de higiene oral: La eliminación adecuada de placa implica que el paciente conozca las características de su prótesis (enseñanza personalizada). Se recomiendan cepillos blandos y pastas poco abrasivas. Suele ser necesario utilizar métodos de higiene interproximal, tales como hilo de seda, cepillos monopenacho e interproximales. Si es necesario deben reforzarse las medidas de control mecánico con clorhexidina. En estos pacientes suele ser muy útil aplicar la clorhexidina con irrigador.

Actuación profesional: Si el paciente no realiza un buen control de placa, puede aparecer cálculo que el profesional debe eliminar, con el riesgo de que en este proceso el pilar se raye y facilite un mayor acúmulo de placa. Para eliminar la placa o el cálculo deben utilizarse curetas de acero, de teflón o bien puntas de plástico adaptadas para ultrasonidos. La frecuencia de visitas al dentista serán personalizadas. La limpieza de las prótesis se realizará de forma convencional, procediéndose, si es necesario a desmontarlas y limpiarlas.

PROGRAMA CONTROL DE PLACA

El objetivo del control de placa es que el paciente entienda y valore sus dientes y tejidos de sostén y que llegue a comprender la importancia que tiene el cuidado de los mismos. Nuestro objetivo final no debe ser solamente enseñar al paciente a limpiar cuidadosamente las superficies dentarias, sino hacer que se acostumbre a esa sensación de limpieza de forma que ya no pueda pasarse sin ella: UN CAMBIO DE COMPORTAMIENTO MANTENIDO o, lo que es igual, la adquisición de un HÁBITO. Para conseguirlo hay que introducir al paciente en un

programa control de placa y conectar directamente con lo que llamamos EDUCACIÓN SANITARIA.

Para alcanzar nuestro objetivo final el paciente debe empezar por:

- * Saber que él tiene placa.
- * Entender que la placa es la causa de su enfermedad.
- * Entender que él mismo puede eliminarla y controlar su enfermedad.

Para conseguir un hábito positivo, se debe realizar un programa control de placa individualizado para cada paciente que comienza en el consultorio, y continúa en el hogar.

El programa se llevará paso a paso, promoviendo la participación del paciente y estimulándolo continuamente.

Progresivamente irá adquiriendo los conocimientos y técnicas adecuadas para remover la placa bacteriana, estando sometido a un control de placa, de forma que se pueda apreciar su evolución, tanto positiva como negativa.

En un primer momento se dará cita una vez a la semana durante un mes; progresivamente, y en el caso de que el paciente vaya mejorando su técnica, se irán espaciando las visitas (una vez al mes, durante uno o dos meses). Si el paciente progresa adecuadamente, se cita al paciente a los tres meses, y si todo marcha bien, se coloca al paciente en un programa regular de revisiones cada seis meses, que seguirá durante toda la vida.

MATERIAL

APORTADO POR LA FACULTAD

- * Irrigador bucal
- * Estimuladores interdentarios, cepillos interproximales, cepillos especiales y eléctricos.
- * Macromodelos
- * Rollos de algodón, paño de mesa
- * Servilletas de papel y vasos de un solo uso
- * Eyectores de saliva, guantes y mascarilla
- * Hoja de recogida de índices
- * Pastillas reveladoras de placa, cepillo dental e hilo de seda

APORTADO POR EL ALUMNO

- * Dos espejos, sonda de exploración y Pinzas
- * Algodoneras de limpio y de sucio
- * Vaso de opalina con solución antiséptica
- * Bolígrafo azul y rojo
- * Tipodonto

SISTEMÁTICA A SEGUIR

Los alumnos se agruparán en parejas y cada alumno procederá a realizar en su compañero los siguientes pasos:

- Revelado de placa bacteriana con eritrosina.
- Recogida y fichado del índice de O'Leary.
- Explicación de las técnicas de remoción.
- Remoción individual de placa bacteriana hasta alcanzar una remoción completa y bajo la supervisión de su compañero.
- En grupos de varios alumnos, un profesor realizará la demostración práctica de diversos métodos complementarios (irrigador bucal, conos interdentarios, cepillos interproximales,...).

BIBLIOGRAFÍA

Cuenca Sala E, Baca García P (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3rd ed., Barcelona:Masson, S.A..

FDI (1985). Guidelines to oral hygiene: toothbrushes, toothbrushing, dentifrices and abrasivity. Federation Dentaire Internationale. Technical Report No. 23. Int Dent J 35:256-257.

Katz S, Mac Donald JL, Stookey GK (1989). Odontología preventiva en acción. 3ª ed., Buenos Aires:Panamericana.

Rioboó García R (2002). Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Madrid:Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.

Robinson PG, Deacon SA, Deery C, et al (2005). Manual versus powered toothbrushing for oral health. Cochrane Database Syst Rev Apr 18:CD002281.

Sanz M (2003). 1º Workshop ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid:Ergon.

Sicilia A, Noguerol B. Periimplantología. In: Echeverría JJ, Cuenca E, Pumarola J, eds. El Manual de Odontología. Barcelona: Masson, 1994.

Woodall IR (1992). Tratado de higiene dental. Barcelona:Salvat.

EJERCICIOS

1. Señale, de las siguientes afirmaciones, cuáles le parecen verdaderas (V) o falsas (F):

- A. El acceso a la placa interproximal disminuye conforme aumenta la dureza de las cerdas.....V/F.
- B. El acceso interproximal es mejor en los procedimientos de cepillado vertical si lo comparamos con las técnicas de restregado horizontal.....V/F.
- C. A igualdad de otras variables, el cepillado manual puede remover la placa de manera tan efectiva a como lo hace el cepillo eléctrico de cabeza oscilatoria/rotatoria.....V/F.
- D. Generalmente la motivación hacia el cepillado es mayor cuando se usa un cepillo eléctrico.....V/F.
- E. El objetivo de la técnica de Bass es lograr la eliminación de la placa del surco gingival.....V/F.
- F. En la técnica de Bass las cerdas deben colocarse con una inclinación de 90° con respecto al eje mayor del diente.....V/F.
- G. La única diferencia de la técnica de Bass con respecto a la de Stillman modificada está en los movimientos de vaivén en vez del movimiento circular o rotatorio.....V/F.

2. Explique por qué razones se consideran a los siguientes pacientes como especiales en un programa control de placa:

- Niños menores de 4 años de edad
- Minusválidos físicos o psíquicos
- Pacientes portadores de prótesis.....
- Pacientes ortodóncicos

3. Señale de las siguientes afirmaciones, cuál le parece verdadera o falsa:

- A. En el control de placa, un único cepillado diario minucioso es probablemente más efectivo que los cepillados diurnos y nocturnos diarios....V/F.
- B. La elevada incidencia de caries en la superficie oclusal es generalmente

debida a un cepillado inadecuado....V/F.

C. El cepillo sólo limpia correctamente las superficies libres dentarias (vestibular y lingual o palatina)....V/F.

D. Para la remoción de la placa interproximal, siempre es necesario recurrir a otros métodos alternativos que no sean el cepillo...V/F.

4. Cuál de las siguientes afirmaciones le parece correcta:

A. La utilización de las sustancias reveladoras de placa es útil solamente en pacientes odontopediátricos.

B. Los colorantes bitonales no tienen ninguna utilidad clínica.

C. Con el índice de O'Leary, podemos considerar que la higiene del paciente es aceptable cuando alcanza un valor del 10%.

D. Después de dar la tableta de eritrosina al paciente y esperar a que la mastique, no debe de permitirse que se enjuague con agua.

E. El índice de O'Leary sólo evalúa la placa teñida en las superficies vestibulares.

[Respuestas correctas](#)

EVALUACIÓN

CRITERIOS:

1. Grado de conocimientos sobre la práctica.
2. Concordancia en el índice de placa de O'Leary y relleno adecuado de la ficha.
3. Aplicación correcta de las explicaciones sobre técnicas de remoción al compañero.
4. Corrección del ejercicio.

CALIFICACIÓN:

A: Alto

M: Medio

B: Bajo*

NP: No presentado*

* Obligación de recuperar.

FECHA..... PROFESOR.....

FIRMA.....

RECUPERACIÓN

CALIFICACIÓN:

FECHA..... PROFESOR.....

FIRMA.....

