

¿Por qué hacerlo? Simplemente porque es un procedimiento lógico y necesario

Why do it? Just because it is a logical and necessary procedure

Rodolfo Elías Hilú

Profesor titular de Endodoncia, carrera de Odontología, Universidad Maimónides, Buenos Aires, Argentina

Profesor titular, carrera de Especialización en Endodoncia, Universidad del Salvador / Asociación Odontológica Argentina

Resumen

En la odontología, el aislamiento absoluto del campo operatorio facilita y aumenta la eficacia de todos los procedimientos clínicos. Un campo operatorio seco y libre de contaminación protege al paciente, al profesional y al personal auxiliar. En general, el profesional –por incapacidad o impericia– recurre con frecuencia a excusas, sin comprender que su uso es lógico e insustituible. La caída de instrumentos y la ingestión o la aspiración de cuerpos extraños que tienen origen dental

constituyen la segunda causa médica más común de este tipo de accidentes.

Teniendo en cuenta todos los cuidados y las precauciones que se toman para combatir y/o prevenir la infección microbiana durante un tratamiento endodóntico, resulta paradójico que muchas veces, en la reconstrucción posendodóntica, se trabaje sin efectuar la aislación absoluta.

Palabras clave: Campo operatorio, goma dique, práctica odontológica.

Abstract

The absolute isolation of the operative field facilitates and increases the effectiveness of all clinical procedures. A dry operative field, free of pollution, protects the patient, the dentist and the auxiliary personnel. Different excuses are frequently used to avoid the use of a simple, logical and irreplaceable procedure. Absence of rubber dam isolation is the second cause of accidents

generated by small instruments swallowing and ingestion or aspiration of foreign bodies.

While full isolation is regularly used during endodontic treatments to prevent microbial infection, it remains a paradox that such a procedure is often neglected during post endodontic reconstruction.

Key words: Dental practice, operative field, rubber dam.

En la odontología, el aislamiento absoluto del campo operatorio durante diferentes maniobras dentales –incluso en procedimientos restaurativos y de endodoncia– cumple múltiples funciones, pero sin duda la más importante es la de mantener el campo operatorio seco y libre de contaminación, protegiendo así al paciente, al profesional y al personal auxiliar.

El procedimiento fue ideado en el siglo XIX por Sanford Christie Barnum (1838-1885) para aislar dientes que iban a recibir restauraciones en oro.

Su utilización aumenta la eficacia de todos los procedimientos clínicos, hace que el tratamiento resulte más placentero para el que lo recibe, reduce la conversación del paciente y, también, la necesidad de enjuagarse durante el tratamiento.

Es llamativo que, a pesar de todas las ventajas que ofrece su uso, todavía existan colegas que no lo utilizan, o que lo hagan sólo ocasionalmente. Entre las razones esgrimidas para no aplicarlo, las más comunes tienen que ver con que la colocación del dique de goma insume mucho tiempo y con que no es fundamental para mantener el campo operatorio seco.

En general, el profesional –por incapacidad o impericia– recurre a la consabida excusa de que al paciente no le gusta, lo cual, salvo excepciones, es totalmente incorrecto. Entre otras cosas, argumentan que la colocación del dique de goma tiene algunas limitaciones o desventajas: la dificultad de hacerlo en piezas que aún no han erupcionado lo suficientemente, en dientes mal posicionados, en pacientes con asma u otras dificultades respiratoria, en pacientes ansiosos, etc. Además, su colocación lleva tiempo y representa un mayor costo económico.

Aun habiendo experimentado tratamientos odontológicos, con frecuencia los pacientes desconocen la goma dique y se asombran cuando el profesional les coloca los elementos de aislación. Ante esta circunstancia, tras realizar preguntas lógicas que esa nueva experiencia supone, suelen manifestar agrado por el cuidado y la prevención brindados por el odontólogo.

El dique de goma es un instrumento indispensable en odontología. Deberíamos usarlo en todos los procedimientos operatorios, a fin de garantizar una odontología restaurativa de primer nivel. Esto no quiere decir que con aislación relativa no sea posible llevar adelante una buena odontología, sino que su empleo tiende a la excelencia de la técnica.

En la actualidad, un acto quirúrgico en el que no se disponga de un campo estéril que trate de evitar la contaminación de la herida no tiene sentido. De la misma manera, en la endodoncia todos los procedimientos que involucren al pequeño instrumental deben ser realizados con goma dique. No es aconsejable ni aceptable ningún otro tipo de aislación. Si no fuese posible colocar la goma dique, el tratamiento estaría contraindicado.

Algunos autores aseguran que han realizado tratamientos endodónticos exitosos sin efectuar la aislación absoluta, a raíz de lo cual podría suponerse que esta práctica es innecesaria e inútil. Indudablemente, estos profesionales no tienen en cuenta el concepto básico de lo que su uso representa.

Los objetivos de la aislación absoluta son disminuir los riesgos de una infección por contaminación del campo operatorio; evitar el paso del pequeño instrumental, de restos dentarios, de medicamentos o líquidos a través de las vías respiratorias o digestivas; proporcionar un

campo operatorio totalmente seco; ofrecer al operador un excelente campo visual; proteger los tejidos blandos de la acción irritante de las diferentes sustancias utilizadas durante el tratamiento; evitar complicaciones legales como consecuencia de cualquier accidente provocado por no utilizarlo; y, finalmente, preservar al operador y al personal auxiliar.

En la odontología, aun trabajando en condiciones adversas, todo clínico debe saber que la aislación absoluta del campo operatorio es fundamental para hacer frente a los factores microbiológicos y para la prevención de accidentes.

En condiciones normales, en el surco gingival, un centímetro cúbico de saliva contiene entre cinco y seis millones de microorganismos; y en la placa dental, la concentración de gérmenes puede llegar a los doscientos millones por gramo. Es importante considerar lo que implicaría trabajar en una boca con alto índice de actividad de caries o enfermedad periodontal. Aun en las mejores condiciones, realizando la aislación absoluta del campo operatorio y empleando desinfectantes, el escurrimiento de saliva a través de la goma puede contaminar. Por este motivo, es fundamental la utilización de elementos que actúen como una barrera gingival que impida o minimice esa filtración, reforzando así la aislación.

La prevención de bacteriemias y de la contaminación que se produce en el consultorio son factores a tener en cuenta.

El uso de buches antisépticos y del dique de goma en los procedimientos dentales disminuye el número de microorganismos en la polución ambiental, particularmente en las adyacencias del área de trabajo del odontólogo y su asistente. Si, además, se emplean barbijos y aparatos de alta succión, se reduce considerablemente la inhalación de partículas infecciosas.

La profesión odontológica debe observar el más severo nivel de medidas de bioseguridad, a fin de proteger tanto a quienes brindan como a quienes reciben los servicios odontológicos. La norma estándar de atención en odontología no implica perfección: sólo requiere que el odontólogo sea razonablemente cuidadoso y prudente durante el tratamiento. Pero es preciso diferenciar una práctica estándar de una práctica habitual, y tener en claro que lo habitual no garantiza prudencia.

La caída de instrumentos y la ingestión o la aspiración de cuerpos extraños constituyen la segunda causa médica más común de este tipo de accidentes.

Cuando se toman las medidas de seguridad correspondientes, un accidente operatorio puede ser considerado legalmente como un hecho eventual y fortuito. Por el contrario, incurrir en negligencia, impericia o impruden-

cia constituye un acto criminal. Cualquier tratamiento de rutina podría convertirse en una emergencia médica de alcances imprevisibles. La ingestión o la aspiración de un cuerpo extraño es un evento adverso de gran relevancia, dados su frecuencia y el compromiso vital implicado. Ningún ser humano merece ser atendido sin cuidado. Lo más alarmante es que la incidencia de estos sucesos no ha disminuido con el paso del tiempo, pese a tratarse de accidentes –totalmente prevenibles– asociados a una alta morbilidad.

Si se consideran la gravedad y el riesgo que esta falta de cuidados implica para la salud del paciente, no habría dudas en descalificar cualquier procedimiento que deje de lado el aislamiento absoluto del campo operatorio, dado el peligro de aspiración o deglución del pequeño instrumental. En endodoncia, el aislamiento representa el nivel de atención estándar; el hecho de no poder aislar un diente contraíndica el tratamiento.

El advenimiento de una odontología cada vez más compleja, más conservacionista de las estructuras dentales, y el aumento del promedio de vida de la población en general, han producido un fuerte incremento de la demanda de tratamientos odontológicos, y sobre todo endodónticos. Esto ha llevado a afrontar condiciones más adversas de los dientes a tratar y, en paralelo, mayores complicaciones para aislar el campo operatorio. Pues aislar un diente con su estructura íntegra es una tarea sencilla, que no requiere demasiados recaudos; pero esto no es así cuando hay destrucción o debilitamiento de la pieza. De este modo, el clínico se encuentra ante un desafío, ya que es el primero en recibir estos casos que requieren de la intervención endodóntica de manera previa a la odontología restauradora correspondiente. En ocasiones, es necesario realizar una reconstrucción preendodóntica o eliminar tejido gingival, pero existen materiales e instrumentos que facilitan la tarea y permiten aislamiento absoluto del campo operatorio en pocos minutos.

Teniendo en cuenta todos los cuidados y las precauciones que se toman para combatir y/o prevenir la infección microbiana en un tratamiento endodóntico, resulta paradójico que muchas veces, en la reconstrucción posendodóntica, se trabaje sin efectuar la aislación absoluta.

Es preciso recordar que cada caso requiere de un análisis particular y una solución personal. No existe ningún procedimiento general que se pueda aplicar a todos

los casos, como un común denominador. La pericia, la destreza y el conocimiento del operador determinarán la solución.

El ejercicio odontológico implica una relación compleja entre el paciente y el profesional, en la que se ponen en juego cuestiones de índole psicológica. La explicación del tratamiento que se va a realizar debe ser breve pero consistente, a fin de lograr su aceptación por parte del paciente.

Ante situaciones especiales, siempre hay que optar por el criterio biológico e inclinarse por procedimientos y técnicas menos cruentos, que insuman menores tiempo y esfuerzo, pero que aseguren siempre la aislación absoluta en las mejores condiciones.

La utilidad de la aislación absoluta en la odontología conservadora está fuera de discusión. Sin embargo, a pesar de que esto ha sido así por más de ciento cincuenta años, todavía hay profesionales que no hacen uso de esta práctica ni la enseñan a usar. Del mismo modo, resulta llamativo que se prescindiera de la goma dique, que evita la exposición directa de la sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes.

Bibliografía

- Ahmad IA. Rubber dam usage for endodontic treatment: a review. *Int Endod J* 2009;42:963-72.
- Ahmed HM, Cohen S, Lévy G, Steier L, Bukiet F. Rubber dam application in endodontic practice: an update on critical educational and ethical dilemmas. *Aust Dent J* 2014;59:457-63.
- Hilú R. El campo operatorio en endodoncia. En: *Endodoncia integrada*. Caracas, Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C.A., 1999, pp. 63-92.
- Lin PY, Huang SH, Chang HJ, Chi LY. The effect of rubber dam usage on the survival rate of teeth receiving initial root canal treatment: a nationwide population-based study. *J Endod* 2014;40:1733-7.
- Susini G, Pommel L, Camps J. Accidental ingestion and aspiration of root canal instruments and other dental foreign bodies in a French population. *Int Endod J* 2007;40:585-9.
- Tiwana KK, Morton T, Tiwana PS. Aspiration and ingestion in dental practice: a 10-year Institutional review. *J Am Dent Assoc* 2004;135:1287-91.

Contacto:

RODOLFO ELÍAS HILÚ
rehilu@intramed.net

Av. Pueyrredón 709, 3.º “F” (C1032ABT)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina