

CUADERNO **09**

La anestesia tópica. La herramienta que rompe el “dentista = dolor”

La anestesia tópica: el primer recurso farmacológico de la colección, no como trámite previo a la inyección sino como pieza de **manejo de la ansiedad** —con evidencia propia.

El momento más temido tiene nombre: la aguja

En el cuaderno anterior vimos que el miedo amplifica el dolor. Ahora actuamos justo donde esa amplificación se dispara.

+25%

De los adultos **teme las inyecciones**; la punción concentra el miedo de toda la cita

3 de 3

tipos de punción —**bucal, palatina y troncular**— dolieron más sin tópico que con él



Miedo y dolor se **multiplican** entre sí: tratarlos por separado deja medio problema



*La anestesia tópica suele tratarse como un trámite —«untar antes de pinchar»—. La evidencia la coloca en otro sitio: **herramienta de manejo de la ansiedad**, sinérgica con todo lo conductual previo.*

Dónde está el pico de ansiedad

De todo el tratamiento, la **anestesia local** es lo que más ansiedad genera. La aguja concentra la pérdida de control y la anticipación de «esto va a doler».

Por qué importa el primer gesto

Si la punción se vive indolora, se desactiva la profecía. Si duele, se confirma el miedo para la próxima cita. El tópico actúa en ese punto exacto.

→ EL HILO

*Antes de usar el gel conviene saber **qué es** y, sobre todo, qué no es: la benzocaína no anestesia en profundidad.*

En profundidad — Anestésicos tópicos en odontología: farmacología, evidencia y aplicación

El primer recurso farmacológico, en su sitio

Tras ocho cuadernos dedicados a la palabra, el entorno y el cuerpo, la colección introduce su primer recurso farmacológico. La anestesia tópica suele tratarse como un paso administrativo —«untar antes de pinchar»—. La evidencia la coloca en otro sitio: como una pieza de manejo de la ansiedad con evidencia propia, sinérgica con todo lo conductual de los cuadernos anteriores. No sustituye a la palabra; la hace más creíble, porque cuando el paciente comprueba que «dormir la encía» era verdad, la confianza construida verbalmente se confirma en el cuerpo. Este cuaderno introduce el gel de benzocaína al 20 % —

Hurricane, de Laboratorios Clarben— como herramienta integrada en lo conductual, no como su sustituto.

El momento más temido: la inyección

De todo el tratamiento dental, la anestesia local es lo que más ansiedad genera, y la punción concentra ese miedo como ningún otro momento. La aguja reúne los tres ingredientes del temor: la pérdida de control, la anticipación y la idea —muchas veces heredada de la infancia— de que «esto va a doler». Alrededor de uno de cada cuatro adultos declara miedo a las inyecciones, y en el paciente ansioso tanto la cifra como la intensidad suben.

Qué es la benzocaína 20 % (y qué no hace)

Un anestésico de superficie. Su honestidad clínica es justamente lo que la hace fiable.

Cómo actúa

Anestésico local tipo éster. Sobre la mucosa, **bloquea los canales de sodio** de las terminaciones superficiales e interrumpe el dolor en la capa que toca la aguja. Inicio rápido (30 s–2 min) y acción local.

Su límite —dicho claro

Anestesia **la superficie, no la profundidad**. No duerme el nervio donde trabaja la fresa ni sustituye a la inyección. Su trabajo es que no se note la punción. Reconocerlo da credibilidad.

Dónde alcanza el gel

Mucosa · superficie

• Aquí actúa la Benzocaína

Tejido profundo · nervio

Trayecto de la aguja

• Aquí actúa la inyección

La benzocaína insensibiliza la franja superficial que la aguja atraviesa primero; el depósito en profundidad sigue siendo trabajo de la inyección. Por eso tópico y técnica se combinan, no se sustituyen.

200 mg/g

Benzocaína al 20 %, en gel de uso bucal.

Uso bucal

Aplicación directa sobre la mucosa oral.

≥ 6 años

Indicado en adultos y niños desde los seis años.

→ EL HILO

*Si su efecto es sólo superficial, ¿de verdad cambia la experiencia? La evidencia dice que sí —y no sólo en el pinchazo, también en el **estrés global**.*

Aquí es donde el primer gesto lo decide todo: si la punción se vive como indolora, se desactiva la profecía del dolor; si duele, se confirma el miedo y se refuerza para la próxima cita, alimentando el círculo que ya conocemos. El cuaderno anterior estableció que el miedo amplifica el dolor; este actúa justo donde esa amplificación se dispara. Reducir el dolor del pinchazo no es un detalle de confort, sino la rotura del eslabón más temido del círculo del miedo dental, y por eso el tópico tiene un valor que trasciende su modesta farmacología.

Ésteres y amidas: dos familias

Los anestésicos locales se dividen en dos familias químicas: ésteres y amidas. La benzocaína es un éster, derivado del ácido para-aminobenzoico (PABA), y esa estructura explica dos rasgos clínicos relevantes. El primero es su perfil de alergia: los ésteres tienen mayor potencial alergénico que las amidas, un dato a tener presente en la anamnesis, aunque las reacciones sean infrecuentes. El segundo, y el que la hace ideal como tópico, es su escasa solubilidad en agua: la benzocaína permanece en la superficie de la mucosa en lugar de difundir en profundidad, justo lo que se busca de un anestésico de super-

No solo quita el pinchazo: baja el estrés

El estudio que mide lo que de verdad importa para fidelizar: no el dolor de un segundo, sino el estrés de toda la cita.

Al-Melh & Andersson • ensayo clínico prospectivo

91 pacientes con restauraciones profundas y extracciones bajo anestesia local. Un grupo recibió **benzocaína al 20 %** en el punto de punción; el otro, suero salino. Se midió estrés y dolor en escala visual (VAS).

p=.002

Menos **estrés postoperatorio** con benzocaína frente a placebo

p=.001

Las inyecciones **bucales** dolieron más en el grupo placebo

.01 / .02

Igual de claro en punción **palatina** y en el **bloqueo troncular**



*Es el único estudio del dossier que mide **estrés del paciente**, no solo dolor de punción. El tópico no es «la pre-anestesia»: es una intervención de manejo de la ansiedad cuyo efecto se nota en toda la experiencia.*

→ EL HILO

*Una cosa es que la benzocaína funcione; otra, dónde se sitúa **Hurricane** frente al tópico de referencia. Para eso hay un ensayo independiente —y favorable.*

ficie. Su mecanismo de acción es el común a todos los anestésicos locales: bloquea los canales de sodio de las terminaciones nerviosas —aquí, las más superficiales— e interrumpe la transmisión de la señal de dolor en la capa de mucosa que la aguja atraviesa primero. Esta química explica por qué la benzocaína insensibiliza bien la superficie, pero no puede, por su propia naturaleza, anestesiar en profundidad.

Cinética: inicio y duración

La benzocaína al 20 % tiene un inicio de acción rápido —en torno a 30 segundos—, aunque alcanzar una profundidad de efecto adecuada requiere algo más, del orden de 2 a 3 minutos, con una duración aproximada de 5 a 15 minutos. De estas cifras se deriva la regla práctica más importante y, paradójicamente, la más incumplida: el tiempo de contacto. Aplicar el gel y pinchar acto seguido desperdicia buena parte del efecto, porque no se ha dado al fármaco el tiempo que necesita para trabajar.

La aplicación correcta exige secar la mucosa —la saliva diluye y arrastra el producto, reduciendo su contacto—, aplicar una cantidad controlada en el punto exacto y esperar el tiempo de inicio antes de la punción. El error más frecuente no es de fármaco, sino de prisa: un tópico bien aplicado, con secado y tiempo de espera, rinde mucho más que el mismo producto aplicado con impaciencia.

Qué puede y qué no

La honestidad sobre sus límites es, precisamente, lo que hace fiable a la benzocaína. Es un anestésico de superficie: insensibiliza la franja de mucosa que la aguja cruza al entrar, pero no duerme el nervio en profundidad ni sustituye a la anestesia infiltrativa o troncular. Su trabajo es que no se note la punción; el depósito del anestésico en profundidad sigue siendo tarea de la inyección. Por eso el tópico y la técnica de punción se combinan, no se sustituyen: uno prepara la entrada, la otra hace el trabajo profundo. Reconocer este límite ante el paciente refuer-

A la altura del premium —y lo dice un estudio ajeno

Universidad de Barcelona, doble ciego, boca partida. Los autores declaran no haber recibido remuneración de ninguno de los dos fabricantes.

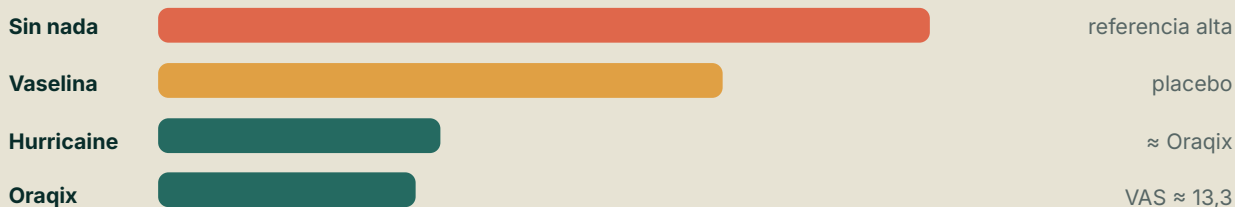
El diseño

15 pacientes con raspado en sus 4 cuadrantes. A cada cuadrante, al azar: **Oraqix, Hurricaine, vaselina o nada**. Cada paciente fue su propio control. Dolor en VAS (100 mm) y escala verbal.

El resultado

Los dos tópicos redujeron el dolor frente a nada. Entre **Hurricaine y Oraqix no hubo diferencia significativa** (VRS, $p=0,232$). El producto de Clarben rinde como el tópico de referencia, más caro.

Dolor durante el procedimiento — menos es mejor



Representación cualitativa. El estudio reporta valor numérico solo para Oraqix (VAS 13,3) y, en la comparación clave, ausencia de diferencia significativa entre ambos tópicos ($p=0,232$ en VRS).

Tres matices que conviene mantener —porque suman credibilidad

Muestra pequeña

15 pacientes; el diseño de boca partida lo compensa en parte.

Raspado, no higiene

Es raspado profundo, más doloroso. El argumento vale *a fortiori*.

Sabor

Hurricaine, algo más de reportes de sabor desagradable. Mejor decirlo.

→ EL HILO

«*Rinde como el premium*» no es «*funciona igual en todas partes*». La siguiente página afina dónde aporta de verdad el tópico.

za el discurso clínico: una promesa acotada y cumplida —«esto hará que no notes el pinchazo»— vale más que una expectativa inflada que la sensación acabaría desmintiendo. La credibilidad del tópico reside en su modestia —promete poco y lo cumple—, y esa honestidad sostiene la confianza en todo lo demás que dice el clínico.

La concentración y el formato

La concentración del gel Hurricaine es del 20 %, es decir, 200 miligramos de benzocaína por gramo, en formato de uso bucal para aplicación directa sobre la mucosa. Está indicado en adultos y en niños a partir de los 6 años, un umbral de edad al que volveremos al hablar de seguridad. Se presenta en dos formatos pensados para la operativa

Dónde aporta más (y dónde manda la técnica)

La evidencia más útil es la que dice también dónde no basta el gel. Esa honestidad es lo que hace creíble lo demás.

Nusstein & Beck · gran muestra (1.080 pacientes, 2.336 inyecciones)

El tópico redujo el dolor de inserción de aguja (27 G) en la infiltración maxilar anterior ($p=0,0041$), pero **no** en el bloqueo troncular ni en la infiltración maxilar posterior.

Donde el gel brilla

Mucosa fina y vestibular anterior. Superficie accesible, capa delgada: la benzocaína llega y se nota. Aplicarlo aquí es rentable casi siempre.

Donde manda la técnica

En zonas profundas decide la **inyección lenta**, el anestésico templado y el manejo conductual. El gel ayuda, no sustituye la destreza.

 **La evidencia se actualiza: un ensayo doble ciego de 2025 (Taghian et al.) halla que la benzocaína 20 % sí reduce el dolor de inserción en el bloqueo alveolar inferior. La lectura prudente: usar el tópico por sistema.**

→ EL HILO

¿Por qué insistir en combinar gel y conducta? Porque el dolor del paciente **no es solo físico: el miedo lo amplifica.**

de la consulta: un envase de 30 ml y un frasco dosificador de 50 ml, que facilitan la aplicación controlada y la higiene entre pacientes. Estos detalles, aparentemente logísticos, tienen su importancia clínica: un formato que permite dosificar con precisión ayuda a aplicar la cantidad justa —ni escasa, que no surtiría efecto, ni excesiva, que aumentaría la absorción— y a mantener la asepsia. La concentración del 20 % es la estándar para la benzocaína tópica de uso bucal y la que respaldan los estudios de eficacia. Conocer con exactitud estos datos no es un detalle comercial, sino parte de la práctica responsable.

La evidencia, con matices

La literatura sobre anestésicos tópicos es heterogénea, y conviene manejarla con realismo en lugar de con entusiasmo o con escepticismo. Reducen de forma fiable el dolor de la inserción de la aguja en mucosa móvil —vestíbulo, lengua—, pero su efecto es menor y más incierto en el paladar, cuya mucosa densa y ricamente inervada opone más resistencia a la penetración del anestésico. Algunos ensayos encuentran reducciones estadísticamente significativas de tamaño modesto; otros, especialmente en el paladar, arrojan resultados negativos. Esta

variabilidad no es un defecto de la benzocaína, sino un reflejo de que el efecto depende del sitio, del tiempo de aplicación y del rigor del cegamiento en cada estudio. La lectura equilibrada es que el tópico ayuda —sobre todo bien aplicado y en la localización adecuada—, pero no es magia ni sustituye a la buena técnica de punción. Presentar esta evidencia con matices es más útil que exagerarla: una expectativa realista se cumple; una inflada se frustra y daña la confianza.

El estudio del estrés: Al-Melh y Andersson

Entre los estudios sobre benzocaína, uno destaca por medir lo que de verdad importa para la fidelización: no el dolor de un segundo, sino el estrés de toda la cita. En un ensayo clínico prospectivo, Al-Melh y Andersson trataron a 91 pacientes sometidos a restauraciones profundas y extracciones con anestesia local; un grupo recibió benzocaína al 20 % en el punto de punción y el otro, suero salino como placebo, midiéndose el estrés y el dolor con escala visual. Los resultados fueron consistentes: significativamente menos estrés postoperatorio con benzocaína frente a placebo ($p = 0,002$), y menos dolor en las inyecciones bucales ($p = 0,001$), con diferencias igual-

Por qué el gel y la palabra son sinérgicos

El paciente ansioso no exagera: siente físicamente más dolor. Por eso bajar el dolor real y bajar el miedo se potencian.

Ensayo controlado · benzocaína 20 %, segmentado por miedo y sexo

La benzocaína redujo el dolor de **penetración** de la aguja. Pero el hallazgo decisivo es otro: los pacientes **con miedo dental puntuaron más alto** en ambas fases.

5 vs 3

Dolor de **penetración**: con miedo frente a sin miedo

4 vs 2

Dolor de **depósito**: el mismo patrón ($p < 0,001$)

♀ > ♂

Las mujeres refirieron **más dolor** en ambas fases

Palanca física → el gel

La benzocaína baja el dolor **real** de la punción. Menos señal de dolor, menos confirmación para el miedo.

Palanca emocional → la conducta

latroседación, Tell-Show-Do, lenguaje positivo y tacto consentido bajan el **miedo**, que es lo que amplificaba el dolor.



Tópica y conducta no son alternativas: son las dos mitades de una misma estrategia. Tratar el dolor sin tratar el miedo deja medio trabajo hecho.

mente claras en la punción palatina ($p = 0,01$) y en el bloqueo troncular ($p = 0,02$). El valor de este estudio para el argumentario clínico es que mide el estrés global del paciente, no solo el dolor puntual de la punción.

terapia periodontal. Y desde la gestión, respalda una decisión de eficiencia: obtener un rendimiento equivalente al de la referencia premium tiene implicaciones evidentes de coste sin renunciar a la eficacia demostrada.

El puente con el raspado: rinde como el premium

Una de las preguntas legítimas ante cualquier tópico es cómo se compara con las alternativas de referencia. Un ensayo controlado y aleatorizado de la Universidad de Barcelona abordó esa cuestión en el escenario más exigente, el raspado profundo, comparando el gel de Hurricaine con el tópico premium de referencia. El resultado fue que no se halló diferencia estadísticamente significativa entre ambos ($p = 0,23$): la benzocaína rindió como el producto premium en una situación clínica dura. Este hallazgo tiene una lectura a fortiori: si el gel funciona en el raspado profundo, con más razón funcionará en la higiene rutinaria, que es menos agresiva. El dato importa por dos motivos. Clínicamente, respalda el uso de la benzocaína en el control del dolor del raspado, donde la molestia es intensa y a menudo lleva a los pacientes a abandonar la

El mapa de agentes

El tópico no es un producto único, y conviene conocer el mapa completo para elegir bien en cada indicación. Conviven la benzocaína al 20 %, la lidocaína al 5 %, la tetracaína, las mezclas eutécticas de tipo EMLA —que combinan lidocaína y prilocaína al 2,5 % cada una— y formulaciones periodontales como el gel termosensible de lidocaína-prilocaína de aplicación intrabolsa. Cada uno tiene su lugar. Los geles de superficie, como la benzocaína, son idóneos para el punto de punción antes de la infiltración. Las mezclas eutécticas y las formulaciones intrabolsa se orientan al raspado subgingival, donde el anestésico debe alcanzar el interior de la bolsa periodontal. La benzocaína destaca por su inicio rápido y su acción superficial limpia, ideal para el objetivo concreto de que no se note la aguja. Conocer las alternativas

El protocolo: aplicarlo para que funcione

El gel hace la mitad; la forma de aplicarlo y de contarle hace la otra mitad. Seis pasos.

- 1 **Seca la mucosa.** La saliva diluye el gel; una torunda seca la zona y mejora la absorción.
- 2 **Aplica en el punto exacto de punción** con una torunda, sin embadurnar. Poca cantidad bien localizada rinde más.
- 3 **Espera el tiempo de inicio.** El error más común es pinchar enseguida. Dar 1-2 minutos —y aprovecharlos para hablar— marca la diferencia.
- 4 **La aguja, fuera del campo visual.** Lo que no se ve no se anticipa: se evita el pico de ansiedad antes de la punción.
- 5 **Nárralo en positivo.** «Voy a dormir la zona con un gel» comunica cuidado; «te voy a pinchar», amenaza (cuaderno N° 6).
- 6 **Multisensorial en el muy ansioso.** Combina el gel con aroma y la música del paciente (cuaderno N° 4).

 **Tell-Show-Do aplicado al gel:** *anuncia, muestra el algodón —nunca la aguja— y ejecuta pidiendo permiso. El paciente recupera el control donde más miedo tiene a perderlo.*

→ EL HILO

Hay un procedimiento donde este protocolo se aplica a todo el mundo, siempre, y convierte el primer contacto en una experiencia indolora: la limpieza.

permite justificar la elección: se emplea la benzocaína no por descarte, sino porque reúne el perfil adecuado —rapidez, acción superficial, evidencia— para la indicación más frecuente.

Seguridad: la metahemoglobinemia

Toda herramienta tiene su perfil de seguridad, y el de la benzocaína incluye un riesgo raro pero grave que conviene conocer y comunicar con transparencia: la metahemoglobinemia, un trastorno en el que la hemoglobina pierde capacidad de transportar oxígeno. Por este motivo, la FDA emitió en 2018 una advertencia y estableció una contraindicación de los productos con benzocaína en menores de 2 años, tras haberse notificado alrededor de 400 casos a lo largo de los años. Los signos —piel, labios o lechos ungueales pálidos, grises o azulados, dificultad respiratoria, fatiga, confusión— pueden aparecer

entre minutos y un par de horas tras la aplicación. Las recomendaciones de buena práctica son claras: emplear la cantidad mínima eficaz, no exceder el número de aplicaciones indicado, evitar mucosas erosionadas que aumentan la absorción sistémica y vigilar la dosis total. La ficha de Hurracaine es, de hecho, más prudente que el mínimo regulatorio, indicando su uso a partir de los 6 años. Comunicar estos límites con transparencia no debilita la marca: la refuerza.

La técnica de aplicación

El rendimiento del tópico depende tanto del producto como de cómo se aplica, y la técnica correcta es sencilla pero exigente en su cumplimiento. Primero, secar y aislar la zona: la saliva diluye el gel y arrastra el producto, de modo que una mucosa seca mejora el contacto y la eficacia. Segundo, aplicar una cantidad controlada exac-

La limpieza: la tarjeta de visita indolora

El procedimiento más frecuente suele ser el primer contacto del paciente con la clínica. Ahí se juega la asociación dentista = dolor.

El razonamiento *a fortiori*

Si el tópico ayuda en el **raspado profundo** — más doloroso—, con más razón en la **higiene rutinaria**. El estudio de la UB concluye que es útil para personas con ansiedad dental o sensibles al dolor.

Desensibilización a escala

La higiene es el tratamiento más realizado y, a menudo, la primera visita. Si **toda limpieza** llevara tópico por protocolo, cada primer contacto reescribiría la asociación con la consulta.

73%

La **limpieza** es el tratamiento más realizado en consulta

1ª cita

Para muchos pacientes, la higiene es su **estreno** con la clínica

× todas

Aplicarlo **por protocolo** multiplica el efecto a toda la población

→ EL HILO

La limpieza sin dolor tiene cuaderno propio: el protocolo de hacer toda higiene con tópico por sistema y convertir el procedimiento más común en la mejor desensibilización.

tamente en el punto de punción o en la zona a tratar, con una torunda, sin extenderlo innecesariamente. Tercero, respetar el tiempo de inicio —de 1 a 2 minutos como mínimo—, aprovechando esa espera para explicar al paciente, en términos neutros, qué va a notar. Y cuarto, narrar el proceso: anunciar la aplicación y la única sensación real —un sabor un poco raro—, integrándolo en la secuencia del decir-mostrar-hacer. La técnica importa tanto como el gel: aplicado con prisa, sin secar ni esperar, rinde como un producto mediocre; aplicado con método, rinde al máximo de su farmacología.

Adyuvantes que multiplican

El tópico rinde más cuando se integra en un conjunto de medidas de control del dolor de la punción, y conviene conocer los adyuvantes que lo multiplican. Tamponar y templar el anestésico inyectable reduce el escozor del depósito, uno de los componentes más molestos de la infiltración. La inyección lenta disminuye el dolor, porque el tejido tolera mejor un depósito pausado. Una aguja fina reduce el trauma de la inserción. La aplicación de presión o de vibración cerca del punto de punción activa mecanismos de puerta —la teoría de Melzack y Wall en acción—, que compiten con la señal de dolor. Y la distrac-

ción rebaja el volumen atencional del dolor. El tópico es un elemento de esta secuencia, no un gesto aislado que deba cargar en solitario con todo el confort de la punción. El clínico que combina tópico bien aplicado, aguja fina, anestésico templado, inyección lenta y distracción obtiene un control del dolor muy superior al de cualquiera de esas medidas por separado. El manejo de la punción es un sistema, y el tópico su primera pieza.

El tópico y el decir-mostrar-hacer

La anestesia tópica no es solo química: bien anunciada y mostrada, se convierte además en una herramienta de confianza. Aquí converge con la técnica del cuaderno Nº 5. Al aplicar el gel según el decir-mostrar-hacer —«primero una pomada que adormece la encía; notarás un sabor un poco raro, nada más», mostrando el aplicador y tocando la encía con el algodón seco, y aplicando después tal como se dijo—, el tópico cumple una doble función. Farmacológicamente, insensibiliza la superficie. Psicológicamente, le da al paciente una prueba temprana y comprobable de que el clínico dice la verdad: «dormir la encía» era cierto, la sensación anunciada fue la real. Ese cumplimiento refuerza la credibilidad de todo lo que el clínico diga a continuación. Además, las señales senso-

Dos formatos, un mismo gel

Misma fórmula —benzocaína 200 mg/g, uso bucal— en dos presentaciones pensadas para dos ritmos de consulta.



50 ml

Bote airless · dosificador

Dispensado higiénico, dosis controlada y sin contacto. Para el gabinete de alto volumen y el tópico por sistema.



30 ml

Tarro

Formato compacto para aplicación con torunda en el punto de punción. Para el box clínico y usos puntuales.

La ventaja del airless (50 ml)

Dosis **constante y sin contacto**: el gel no se expone al aire ni al algodón usado, reduciendo el riesgo de contaminación cruzada. Higiene y velocidad.

Cómo elegir formato

50 ml para el puesto de higiene de alto volumen y el «tópico por sistema». **30 ml** para el box y el uso puntual. Misma fórmula; cambia el ritmo.

Roce de prótesis

Tras extracciones

Pequeñas heridas

Aftas

Punto de punción

Las siluetas son esquemáticas, en la paleta de la colección; no reproducen el etiquetado comercial. Consúltense siempre la ficha técnica y el prospecto vigentes.

riales del gel —la boca que se adormece, un sabor característico— funcionan como marcadores de que algo se está haciendo por el confort del paciente. El tópico, así, no es solo un anestésico: es un primer peldaño indoloro y verificable en la escalera de confianza que sostiene toda la relación clínica.

El tópico como acto de manejo, no trámite

El giro conceptual de este cuaderno, y su lección para la gestión de la consulta, es dejar de ver la anestesia tópica como un trámite y empezar a verla como un acto de manejo del miedo con valor propio. El miedo y el dolor se multiplican entre sí; tratarlos por separado deja la mitad del problema sin resolver. El tópico actúa sobre el dolor físico de la punción, y al hacerlo actúa también sobre el miedo, porque un pinchazo indoloro desactiva la profecía y mejora la aceptación de las visitas futuras. Protocolizarlo —aplicarlo por sistema en las punciones y en los procedimientos donde aporta— convierte una herramienta barata en un elemento estructural de la experiencia del paciente. Para quien dirige una clínica, el cálculo es favorable: un producto de coste contenido, con evidencia de rendir como la referencia premium, que reduce el dolor y el estrés del momento más temido y mejora la

retención. El tópico bien usado no es un gasto en material fungible, sino una inversión en la experiencia que decide si el paciente vuelve.

Del pinchazo a la limpieza

Si el tópico cambia la experiencia del momento más temido —la inyección—, la pregunta natural es dónde puede sistematizarse con mayor alcance. Y la respuesta es el procedimiento más frecuente de la consulta: la limpieza. Ahí, el tópico deja de ser un recurso puntual para la punción y se convierte en un protocolo aplicable a miles de citas al año, con un doble efecto de confort inmediato y de desensibilización a largo plazo. El cuaderno siguiente desarrolla precisamente esa aplicación, distinguiendo con cuidado dos procedimientos que a menudo se confunden —el raspado y alisado radicular, de dolor intenso, y la limpieza ordinaria, de molestia menor pero suficiente para alejar a un paciente nuevo— y proponiendo el uso del gel por sistema en toda higiene. Del control del dolor en el pinchazo pasamos, así, al control del dolor en el acto clínico más repetido de la consulta, donde una intervención pequeña, multiplicada por su enorme frecuencia, produce el mayor efecto acumulado sobre el miedo del paciente a la odontología.



Pon a prueba lo que has leído

1. ¿Hasta dónde llega la benzocaína al 20 %?

- ☐ A Anestesia el nervio profundo
- ☐ B Solo la mucosa superficial
- ☐ C Sustituye a la infiltración
- ☐ D No hace efecto

2. En el RCT de la UB, Hurricaine frente a Oraqix quedó...

- ☐ A Significativamente peor
- ☐ B Sin diferencia significativa
- ☐ C No se compararon
- ☐ D Mejor el placebo

3. ¿Qué mide el estudio de Al-Melh que lo hace útil para fidelizar?

- ☐ A Solo el pinchazo
- ☐ B El estrés del procedimiento
- ☐ C El tiempo de la cita
- ☐ D El coste

4. ¿Dónde aporta más el tópico (Nusstein & Beck)?

- ☐ A Infiltración maxilar anterior
- ☐ B Bloqueo troncular
- ☐ C Da igual la zona
- ☐ D Solo en molares

5. El paciente con miedo, ante la misma punción...

- ☐ A Siente el mismo dolor
- ☐ B Puntúa más dolor ($p < 0,001$)
- ☐ C Siente menos
- ☐ D No lo nota

6. ¿Cuál es el error más común al aplicar el gel?

- ☐ A Secar la mucosa
- ☐ B Pinchar antes del tiempo de inicio
- ☐ C Ocultar la aguja
- ☐ D Narrar en positivo

SOLUCIONES 1·B 2·B 3·B 4·A 5·B 6·B

Tres ideas de este cuaderno

- 1 El tópico es **manejo de la ansiedad**: reduce el estrés de toda la cita, no solo el dolor de un segundo.
- 2 Un estudio independiente sitúa a **Hurricane sin diferencia significativa** frente al premium Oraqix.
- 3 Gel y conducta son **sinérgicos**: el miedo amplifica el dolor, así que se ataca por los dos lados.

PRÓXIMO CUADERNO

La limpieza sin dolor

10

→ AVANCE

*Si el tópico cambia la experiencia, su mejor escenario es el procedimiento más común de todos. El próximo cuaderno convierte **toda higiene en indolora por sistema** —la desensibilización de mayor alcance posible.*

SOBRE ESTOS CUADERNOS

Una colección formativa de Hurricane · Clarben sobre la relación con el paciente y el manejo del miedo dental. Pensados para leerse en cinco minutos y aplicarse al día siguiente —doce números, uno al mes, con la evidencia detrás de cada idea.

Gratis,
un número al mes
en tu clínica



**Inscríbete en el QR
para recibir todos los cuadernos**

BIBLIOGRAFÍA DE SOPORTE DE ESTE CUADERNO

Mayor-Subirana G, et al. Anesthetic efficacy of Oraqix® versus Hurricane® and placebo. Med Oral Patol Oral Cir Bucal (Universidad de Barcelona).
· Al-Melh MA, Andersson L. Benzocaine and post-extraction stress. Saudi Med J, 2015. · Nusstein JM, Beck M. 20% benzocaine for intraoral injections. Anesth Prog, 2003. · RCT benzocaína segmentado por miedo. Anesth Prog. · Taghian M, et al. Benzocaine 20% in inferior alveolar nerve block. 2025.