



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD ORAL

Higiene Oral

BOGOTÁ, D.C. 2010



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**



GOBIERNO DE LA CIUDAD

Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.

Samuel Moreno Rojas

Secretario Distrital de Salud

Héctor Zambrano Rodríguez

Subsecretario Distrital de Salud

Juan Varela Beltrán

Director de Desarrollo de Servicios de Salud

Hérmán Redondo Gómez

Director de Salud Pública

Ricardo Rojas Higuera

Director de Aseguramiento

Hárold Cárdenas Herrera

Coordinación General - SDS

Análisis y Políticas de Servicios de Salud

Beatríz Helena Guerrero Africani

Coordinación Técnica - SDS

Claudia Serrano Serrano

Institución Universitaria Colegios de Colombia - UNICOC

Rector

Jorge Hernando Arango Mejía

Dirección General

Decana Facultad de Odontología - Bogotá

Carmenza Macías Gutiérrez

Grupo Técnico - Científico

Carolina García Perdomo

Bibiana Marcela Molina Doncel

Viviana Marcela Recio López

Asesores Metodológicos

Martha Lucía Caycedo Espinel

Conrado Gómez Vélez

Héctor Jaime Posso Valencia

Apoyo Técnico

Eliana Ibarra Soler

Expertos Externos

Pares expertos

Liliana María Duque Restrepo

Sofía Jácome Liévano

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud - SDS

Martha Isabel Forero Rodríguez

Corrección de Estilo General

Patricia Arévalo Piñeros

Corrección de Estilo Preliminar

Héctor Manuel Sarmiento

Diseño y Diagramación

Gilda Montenegro

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 No. 12-81

www.saludcapital.gov.co

Bogotá, D.C., 2010

Tabla de contenido

1. Introducción	4
2. Conflicto de interés	5
3. Marco legal	6
4. Objetivo General	9
5. Alcance	10
6. Epidemiología	11
7. Marco conceptual	14
8. Acciones de prevención en salud oral	18
Índice de placa bacteriana	18
Determinación del riesgo en Enfermedad Gengival y Caries	22
9. Educación en salud oral	27
Educación en salud oral por etapa de ciclo de vida	27
Estrategias de motivación en salud oral	34
10. Elementos y técnicas de higiene oral	39
Cepillo dental	39
Técnicas de cepillado dental	42
Uso de seda dental	47
Uso de crema dental	54
Uso de enjuague bucal	57
11. Terapia Básica periodontal	60
Raspaje coronal	61
Instrumentación	61
Pulido coronal (profilaxis)	64
Terapia de mantenimiento	66
12. Glosario	71
13. Anexos	73
14. Referentes consultados	74

1. Introducción

Esta Guía de Práctica Clínica ofrece a los odontólogos y auxiliares en salud oral, parámetros que unifican criterios en cuanto a las acciones de higiene oral, mediante la implementación de estrategias específicas para el control de factores desencadenantes de las patologías orales, brindando estándares de alta calidad y teniendo en cuenta la flexibilidad propia de su aplicación en las diferentes etapas de ciclo de vida y las características de los prestadores del servicio.

La Guía de Práctica Clínica de Higiene Oral es una herramienta de calidad, que se desarrolló bajo el marco de odontología basada en la evidencia, teniendo en cuenta la información científica, experiencia clínica y población objeto. Además, permite estandarizar las acciones y estrategias de higiene oral. Esta Guía contiene el proceso de actividades de atención en higiene oral, desde que el paciente ingresa al servicio, hasta terminar su fase de prevención; también contempla la fase de mantenimiento.

Para su construcción, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva, teniendo en cuenta los niveles de evidencia científica, con su consecuente contextualización en el sistema de salud y en el marco de la Política Pública de Salud Oral.

En este contexto, se reconoce a la salud bucal como un componente importante de la salud general, que involucra complejos procesos en los cuales se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales. Así, la salud oral es fundamental para el adecuado desarrollo del individuo, como parte integral del complejo craneofacial, que participa en funciones vitales, entre ellas la alimentación, la comunicación, el afecto y la autoestima.

La salud oral se ve afectada, principalmente, por patologías como la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal que, por su alta prevalencia, son consideradas un problema de salud pública. Para su control y prevención, es importante considerar factores de riesgo biológicos y determinantes sociales, que juegan un papel fundamental en el proceso salud - enfermedad de la cavidad oral.

Para alcanzar altos niveles de prevención de patologías como la Caries y la Gingivitis, la higiene oral es considerada como una condición fundamental. La evidencia científica ha demostrado que una higiene oral, realizada adecuadamente, es altamente eficaz en el control de estas enfermedades. Los métodos más utilizados para la remoción mecánica de la placa bacteriana son el cepillado y el uso del hilo dental, técnicas fácilmente realizables, pero que requieren implementarse en el contexto social y cultural, para lograr su incorporación como hábitos diarios en la población.

En la formación de hábitos adecuados de higiene oral, la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad juegan un papel preponderante y se consideran acciones fundamentales para el control de la placa bacteriana. La educación en salud, como componente básico de la promoción de la salud, propicia cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud oral, a la enfermedad y al uso de servicios; refuerza conductas positivas a nivel colectivo e individual; y reconoce la necesidad particular de planificar y definir estrategias aplicables a su estilo de vida.

En concordancia con lo anterior, esta Guía de Práctica Clínica en Higiene Oral da pautas que se basan en la evidencia científica para el control de factores determinantes de las patologías orales, como Gingivitis y Caries Dental, que permitan intervenir el proceso salud - enfermedad en la cavidad oral.

La elaboración de la Guía contó con un grupo de expertos en los diferentes temas, asesores metodológicos y con la participación en mesas de consenso de referentes de la Secretaría Distrital de Salud, Empresas Sociales del Estado, Sociedades Científicas y la academia.

2. Conflicto de interés

Pueden constituir conflictos de interés aquellas actividades desarrolladas en circunstancias donde el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar afectado por otro interés secundario, sea un beneficio financiero, de prestigio, promoción personal o profesional. Los conflictos de intereses son inevitables, pero no necesariamente descalifican a un autor para participar en el desarrollo de una Guía.

Es importante informar a los usuarios de esta Guía sobre cualquier eventual conflicto de interés de los integrantes del grupo de trabajo que la desarrolló, por lo que se les pidió manifestar las relaciones que puedan generarlos, al llenar la siguiente tabla cuyo resultado fue:

AUTORES Y ASESORES	I. E.P	I.E.P.F	I.E.no P	I.no.E.P	Otro
Martha Caycedo	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
Carolina García	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
Conrado Gómez	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
Carmenza Macías	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
Bibiana Molina	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
Héctor Posso	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
Viviana Recio	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO

El diligenciamiento de la tabla se realizó teniendo en cuenta las siguientes preguntas:

1. Interés económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO).
2. Interés económico personal de un familiar (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO).
3. Interés económico no personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO).
4. Interés no económico personal (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO).
5. Otro ¿Alguna otra circunstancias que pudieran afectar su objetividad o independencia en el proceso o reunión o que afecten la percepción de los demás de su objetividad o independencia? (Si no tiene intereses en esta categoría, escriba NINGUNO).

Instrumento tomado de la Consultoría realizada por la Fundación Santa Fe de Bogotá para el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología-COLCIENCIAS.

3. Marco legal

Constitución Política de Colombia de 1991

Establece la seguridad social en salud como un derecho público de carácter obligatorio, que se debe prestar bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia y universalidad, en los términos que establezca la ley.

Artículo 49. “La atención en salud y saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud. Corresponde al Estado garantizar dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia universalidad y solidaridad, así como establecer políticas públicas relacionadas con la prestación de servicios de salud en forma descentralizada”.

Ley 100 de 1993

Artículo 1. “*Sistema de Seguridad Social Integral.* El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro”.

Resolución 412 de 2000

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Artículo 4. “Guía de Atención. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado”.

Artículo 6. “Protección Específica. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad”.

Artículo 7. “Detección Temprana. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte”.

Artículo 8. “Protección Específica. Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

- a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- b. Atención Preventiva en Salud Bucal.
- c. Atención del Parto.
- d. Atención al Recién Nacido.
- e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres”.

Resolución 3384 del 2000

Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000.

Artículo 6.- Guías de Atención. Las Guías de Atención de enfermedades de interés en salud pública, son documentos técnicos de referencia, útiles para el manejo de algunas enfermedades en el contexto nacional. Si bien estos documentos constituyen recomendaciones técnicas, no son de carácter obligatorio para las Administradoras del los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Sin embargo, es obligación de todas las Administradoras garantizar la atención de las enfermedades y el seguimiento de las mismas, con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud –POS y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado –POSS.

Decreto 3616 del 2005

Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1011 del 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de a Atención de Salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2. Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se presta al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales, en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se presta a toda la población.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, para lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud.

Ley 1122 del 2007

Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 33. Plan Nacional de Salud Pública: El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.

Decreto 3039 del 2007

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que comprende acciones del Plan de Salud Pública, de Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.

Capítulo V. Prioridades nacionales en salud. Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del país en materia de salud, las cuales han sido debatidas y consensuadas con los distintos actores del sector, de otros sectores y representantes de los ciudadanos, y usuarios de los servicios de salud, a través de mesas de discusión y aportes individuales y de diferentes colectividades.

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil.
2. la salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.

Resolución 425 del 2008

Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Acuerdo 008 del 2009

Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Circular 0000034 del 2010

Establece las siguientes precisiones con relación a algunas acciones que benefician la salud bucal de la población: en el acuerdo 008 de diciembre 29 de 2009 se incluye la educación grupal en salud por higiene oral (CUPS 990121), la educación individual en salud por odontología (CUPS 990203), así como los procedimientos contenidos en la norma técnica de la Resolución 412.

4. Objetivo general

Dar recomendaciones clínicas, sustentadas en evidencia científica, a odontólogos y auxiliares de salud oral, que contribuyan a la toma de las mejores decisiones de la atención en higiene oral, favoreciendo la equidad, efectividad y calidad en el tratamiento para la población.

5. Alcance

Población sujeto

Es la población en las diferentes etapas del ciclo de vida que asisten al servicio para atención en salud oral.

Población usuaria

Está dirigida a los odontólogos y auxiliares de salud oral, que educan en higiene oral y atienden a la población en las diferentes etapas del ciclo de vida.

6. Epidemiología

Las patologías bucodentales han ocupado las primeras causas de morbilidad, sin distinción de raza, género, edad y estrato socioeconómico, lo cual representa un problema de salud pública, que afecta un gran porcentaje de la población, como lo muestran los resultados del Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III-1998) y, más recientemente, la estrategia centinela del Subsistema de Vigilancia Epidemiológico de Salud Bucal (SISVESO).

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS-2007) presenta como las principales causas de morbilidad bucal la Caries Dental, con una prevalencia entre el 60 y 80%; y la Enfermedad Periodontal como segunda causa, afectando en su mayoría a grupos vulnerables, debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas. Cabe mencionar la situación de los países industrializados, donde la prevalencia e incidencia de las enfermedades orales, específicamente la Caries Dental, ha disminuido gracias a la implementación de medidas preventivas y educativas integrales.

En Latinoamérica, la situación de salud oral se caracteriza por la alta prevalencia de Caries (90%) y Enfermedad Periodontal. Las cifras relacionadas con Enfermedad Gingival no son contundentes. En la mayor parte de los países, éstas generan alarma, con excepción de Brasil, donde el modelo de salud oral y la atención primaria ha logrado abarcar diferentes comunidades.

En Colombia, según el último Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III), realizado en el 1998, la prevalencia de Caries Dental fue del 65,3% para la población general, con un COP-D de 10. Siendo la prevalencia mayor en los hombres, 67,8%, en comparación con las mujeres, de 63%. El grupo de edad comprendido entre los 15 y 19 años fue el que más se afectó, mostrando una prevalencia del 89%. Respecto a la Enfermedad Gingival, el estudio presenta cifras relacionadas con la presencia de marcadores periodontales (Sangrado) a partir de los 7 años de edad, en el 78,3%. Los adolescentes presentan dos marcadores Periodontales (Hemorragia y cálculos), en un 98,8%; y en la población adulta, el 96% presenta los tres marcadores Periodontales.

El Subsistema de Vigilancia Epidemiológico en Salud Oral (SISVESO, 2009) implementado en las ESE de Bogotá reporta: “En las alertas epidemiológicas, el sangrado como la de mayor frecuencia (73,3%), con características de sangrado espontáneo. Presencia de agentes como placa bacteriana o cálculo, en todas las etapas de ciclo de vida, resaltando su presencia en infancia y en gestantes. La Gingivitis producida por presencia de placa bacteriana se reportó en un 73,4%, en todas las etapas de ciclo de vida, siendo esto concordante con los resultados de higiene oral y estado periodontal y, en menor proporción (16,6%), se evidenció la periodontitis”.

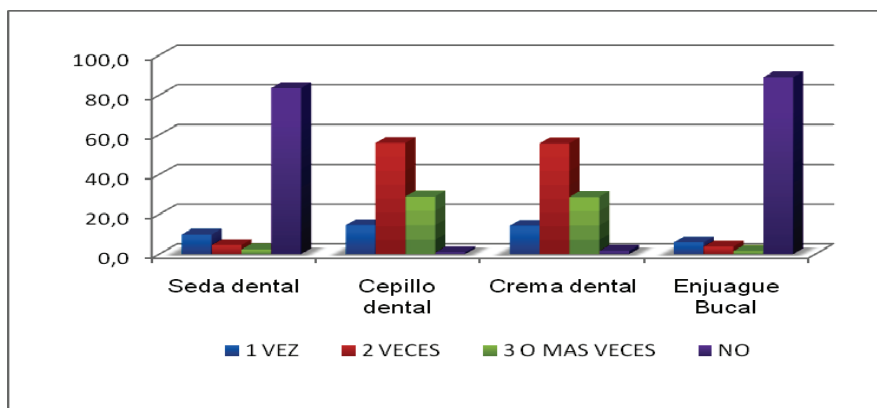
Así mismo, en la alerta correspondiente a Caries, el SISVESO reporta: “Para tejidos duros, que al 77% de la población examinada se le diagnosticó Caries cavitacional; en cuanto a las etapas de ciclo de vida, se evidenció en mayor proporción en adultez (85,9%) y persona mayor (81%), además, con una representación porcentual importante dentro de infancia y juventud”.

La evidencia ha demostrado que estas patologías son prevenibles, si se controla el factor etiológico primario: el acúmulo de placa bacteriana, mediante adecuadas técnicas de higiene oral (Ministerio de la Protección Social, Guía para la protección específica de la Caries y la Enfermedad Gingival, 2007).

En la Red Pública del Distrito Capital, en el año 2009, en una población de 7.056 pacientes, la Estrategia Centinela del SISVESO mostró los siguientes hábitos de higiene oral: el 55,8% de la población utiliza cepillo dental, con una frecuencia de dos veces al día; el 55,6% utiliza crema dental; el 83,4% no usa la

seda dental y el 88,9% no usa enjuague bucal; el 28,9% de la población se cepilla 3 veces al día o más y, de estos, el 28,7% usa crema dental. En cuanto a la presencia de placa bacteriana, utilizando el índice de Silness & Løe Modificado, se encontró un porcentaje mayor al 30% en todas las etapas de ciclo de vida.

Figura 1. Frecuencia de hábitos de higiene oral



(Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral. Bogotá, 2009).

Así mismo, la mujer gestante presenta una situación preocupante de higiene oral: el 91,3% de ellas registra más del 30% de presencia de placa bacteriana, lo cual genera consecuencias en su salud oral y general, así como la del hijo que está por nacer (Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral. Bogotá, 2009).

El III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III), en cuanto a las representaciones, conocimientos, actitudes y prácticas en salud de la población de 12 a 69 años, al indagar “qué es tener una boca sana”, encontró que las respuestas se orientaron en: no tener Caries Dental (64,9%); tener los dientes blancos y parejos (41,6%); tener los dientes completos (26,8%); no tener mal aliento (24,5%); no tener placa bacteriana o cálculos (11%); no tener dolor (10,9%), ni sangrado en las encías (3,4%). El (88%) de la población atribuye que la Caries se debe a mal cepillado o falta de cepillado y el 21,7% considera que es producida por consumo de dulces. En cuanto a las prácticas en salud oral, el 71% de los encuestados expresaron que los padres les enseñaron a cepillarse; el 23%, los maestros; el 16%, los odontólogos; el 2,3%, los medios masivos como radio y televisión; y el 19% tiene la percepción que nunca nadie le enseñó a cuidarse la boca.

Referencias

- GONZÁLEZ, MC.; RUÍZ, JA.; FAJARDO, MC.; GÓMEZ, AD.; MORENO, CS.; OCHOA, MJ.; ROJAS, LM. Diagnóstico de caries en 3 and 4 years old Colombian Children, *Pediatric Dentistry* 2003; 25 (2): 132-136.
- PEÑA, L.; GORDILLO, C. Estudio Epidemiológico de salud y mal oclusión dental en niños/as en Bogotá. Ed. Universidad Nacional, Colombia. 2002.
- MINISTERIO DE SALUD, 1999. III Estudio Nacional de Salud Bucal.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Guía para la Protección Específica de la Caries y la Enfermedad Gingival, 2007.

- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, 2010.
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Guía de Práctica Clínica en Salud Oral. Caries 2007.
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Salud Oral. SISVESO 2009. Versión Febrero 2010.

7. Marco conceptual

Promoción en salud oral

La promoción es una práctica social ligada a la salud, que se centra en alcanzar la equidad y consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un auto control sobre la misma. Por consiguiente, el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana. La promoción, no concierne exclusivamente a la odontología como tal, sino a medidas de salud pública y políticas de Estado que deben ser participes, permitiendo una respuesta articulada a la complejidad de los determinantes que, directa o indirectamente, están relacionados con los problemas, no sólo porque es importante evitar o prevenir su aparición, sino porque la superación demanda asegurarse de hacer todo lo indispensable para proteger y preservar el desarrollo de una vida plena en todos sus ámbitos y etapas, de acuerdo con la configuración individual, social y territorial de las necesidades, dentro de las mejores condiciones posibles, es decir, garantizar que exista calidad de vida y salud, y que sea perdurable. (Organización Mundial de la Salud 1986).

El Plan Nacional de Salud Pública define Promoción en Salud: “como un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva”.

“Se asume la promoción de la salud como una dimensión del trabajo que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud”. (Organización Mundial de la Salud 1986).

“Para lo cual es necesaria la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social. El objetivo es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva”(Organización Mundial de la Salud 1986).

Determinantes sociales de la salud

Son las circunstancias donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; éstas son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen, a su vez, de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales explican la mayor parte de las inequidades en salud. (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Prevención en salud oral

Son todas aquellas actividades que buscan controlar los factores de riesgo causante de las diferentes patologías orales.

La prevención específica en odontología tiene un elemento común que es el control de placa bacteriana mediante una adecuada higiene oral, teniendo en cuenta que la supresión de la actividad microbiana ha demostrado ser eficaz en la prevención del desarrollo de lesiones cariosas y pérdidas de inserción periodontal (Miranda ,2006)

La prevención ha ganado impulso por las investigaciones realizadas, demostrando que, tanto la Caries Dental, como las Enfermedades Periodontales, son infecciones bacterianas. Los resultados de estas investigaciones han generado una mejoría creciente en salud oral, dando nuevos enfoques sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades dentales.

La promoción y prevención de salud oral está dirigida a toda la población y orienta sus mayores esfuerzos a grupos prioritarios como niños/as, adolescentes, ancianos, discapacitados, mujeres gestantes y poblaciones marginales. Como en muchos de los problemas de salud, el éxito de estas actividades preventivas radica en una adecuada clasificación de riesgo de cada sujeto y en su participación activa de su autocuidado y en la continuidad que tengan con la terapia de mantenimiento (Organización Mundial de la Salud 1986).

Prevención primaria

Es “el conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia”. La prevención primaria contempla dos niveles: en el primero, la Promoción General de la Salud”; y en el segundo, “la Protección Específica”. El objetivo de la Promoción General, así entendida, plantea la necesidad de crear las condiciones más favorables para resistir la enfermedad, aumentar la resistencia y colocarlo en un ambiente favorable a la salud; si se analiza este objetivo, se ve cómo se involucra la presencia de enfermedad y no el fomento y el cuidado de la salud y de la vida, que es lo primordial de la promoción de la salud. La Protección Específica es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud 1986).

Higiene oral

Es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de la Caries y Enfermedad Periodontal (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).

Biopelícula (placa bacteriana)

Es definida como una película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y superficies blandas de la cavidad oral, formada principalmente por colonias de bacterias (60 - 70%), agua, células epiteliales descamadas, leucocitos y restos alimenticios(Lindhe,Thorkild, Niklaus; 2003).

El conjunto de bacterias que se colonizan en los diferentes hábitats orales estará determinado, no solo por las características anatómicas, sino por factores físicos, nutricionales y, especialmente, por la adhesión bacteriana. Por lo tanto, la placa se define como un depósito que se adhiere sobre la superficie de los dientes y consiste en una matriz orgánica con una densa concentración de bacterias.

Aunque todas las superficies orales están colonizadas por bacterias, en gran parte esta colonización dependerá del tipo de superficie a considerar. Es decir, el epitelio de la mucosa oral está en constante renovación y, por ello, las bacterias depositadas sobre él se descamarán continuamente y pasarán a la saliva. En cambio, la superficie del diente no se renueva y las bacterias que las colonizan no se eliminan de manera espontánea. Sin embargo, la facilidad para la adhesión y el crecimiento de las bacterias será distinta en las superficies más expuestas a las fuerza de la masticación o al roce de la lengua, los labios o los carrillos, que en las superficies más protegidas, como son los espacios interproximales o el fondo de la fosas y fisuras de los dientes. Además de las superficies dentarias y las mucosas, hay una localización anatómica de especial interés que es el surco gingival, el cual está formado por una pared dura y otra blanda, estando además en contacto con el fluido crevicular, que influirá en la colonización a este nivel (Lindhe, Thorkild, Niklaus;2003).

Formación de la biopelícula

La biopelícula comienza a formarse con el depósito de glicoproteínas salivales sobre la superficie dentaria. Posteriormente, son las bacterias quienes se adhieren mediante fuerzas electrostáticas y sistemas específicos de unión, formando conglomerados; después se añaden polisacáridos (glucanos, fructanos y heteroglucanos), los cuales son sintetizados por las bacterias.

La acumulación y el metabolismo de las bacterias en la cavidad bucal se consideran causas principales de la Caries Dental, Gingivitis, Periodontitis, Infección Perimplantaria y Estomatitis. Los depósitos masivos suelen estar asociados con la enfermedad localizada en los tejidos subyacentes blandos y duros. Aunque se han aislado e identificado más de 300 especies en estos depósitos, aún falta por identificar muchas más. (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).

Placa bacteriana blanda

Definida como un depósito blando que forman una biopelícula adherida a la superficie dentaria y otras superficies de la boca. (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).

Placa bacteriana calcificada

El cálculo dental no es más que biopelícula calcificada que se deposita sobre las superficies dentales, bien sean coronales o radiculares, y podría llegar a considerarse como la etapa final de la formación de la biopelícula (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).

Distribución de la biopelícula

Placa bacteriana supragingival

Definida como la placa dental localizada en el margen gingival o por encima de éste. También, la placa supragingival es considerada como un biofilm adherido a una superficie sólida, no descamativa, formada por multitud de colonias heterogéneas (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).

Placa bacteriana subgingival

Es considerada la placa dental localizada por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido del surco gingival. La placa subgingival es el único caso de dos biofilms adyacentes, uno adherido a la superficie radicular del diente y el otro adherido a las células epiteliales del surco o bolsa periodontal (Lindhe, Thorkild, Niklaus; 2003).

Prevención secundaria

Cuando se ha producido y ha actuado el estímulo causante de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar la aparición de secuelas.

La presunción básica de la prevención secundaria es que el diagnóstico y el tratamiento precoz mejoran el pronóstico de la enfermedad y permiten mantenerla bajo control con más facilidad (Organización Mundial de la Salud 1986).

Referencias

- AXELSSO, P.; LANG, NP.; ATTSTROM, R.; LÔE, H. Needs-related plaque control measures based on risk prediction: Proceedings of the European Workshop on Mechanical Plaque Control. Berlín, Quíntesenos Verlag, 1998: 190-247.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD) Guideline on the role of dental Prophylaxis in Pediatric Dentistry; 2007
- HABIBIAN, M.; ROBERTS, G.; LAWSON, M.; STEVENSON, R.; HARRIS, S. Dietary habits and dental health over the first 18 months of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 239-46.
- LINDHE, J.; TORKILD, K. y NOKLAUS, P. *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Madrid: ed. Médica Panamericana. 2003.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Salud Pública.
- MIRANDA, M. *Enfermedades Periodontales que ocasionaron urgencias estomatológicas, complejo odontológico 24 de Julio, 2008*. Cuba, tesis Doctoral
- NEWMAN, M.; TAKEI, H.; CARRANZA, F. *Periodontología clínica*. 9a Edición. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2003.
- OCAMPO, A. *Fundamentos de la Odontología Periodoncia*. Universidad Javeriana: Javgral; 200.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. El movimiento hacia una nueva salud pública, 1986, Ottawa, Ontario, Canadá.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Determinantes sociales de la salud. Disponible en www.who.int/social_determinants/es/index.html. Consultado 10 de abril del 2010.
- Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Dirección General de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

8. Acciones de prevención en salud oral

Índice de placa bacteriana

– ¿Como se debe tomar el Índice de Sinless y Loe modificado?

Recomendación

Determine el nivel de riesgo individual de acuerdo con el porcentaje de placa bacteriana: tome el índice de placa bacteriana de Sinless & Löe modificado en cada paciente y dependiendo de éste, clasifique la higiene oral en buena, regular y deficiente. Identifique determinantes sociales que influyen en la clasificación del riesgo individual del paciente, como son: nivel socioeconómico, nivel educativo, etnia, estructura familiar, estilos de vida, factores culturales, hábitos, creencias y costumbres.

(Secretaría Distrital de Salud. Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de la Enfermedad Gingival, 2007) Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D

Resumen de la evidencia

Se define como índice la medida empleada para cuantificar y comparar la prevalencia de diferentes enfermedades (Caries, Enfermedad Periodontal o acúmulo de placa, entre otras) en la población. Las características principales de los índices son:

- Sencillez.
- Objetividad.
- Posibilidad de registrarse en un período corto.
- Económico.
- Aceptable para la comunidad.
- Susceptible de ser analizado estadísticamente.
- Que sea reproducible.

Índice de Sinless y Löe modificado

El índice de placa bacteriana de Sinless y Löe fue desarrollado por Löe y Silness en 1967 y nuevamente fue modificado en 1984, por Mombelli. Es un complemento del Índice Gingival para evaluar la presencia y cantidad de placa dentobacteriana en el área gingival, determinando riesgos en cada individuo. La ausencia o presencia de placa se realiza en forma visual o deslizando una sonda con punta a través de la superficie dentaria en la entrada del surco gingival; no se utiliza revelador de placa bacteriana. Este índice está basado en el grosor de la placa bacteriana y esto se relaciona con el tiempo que ha permanecido en las superficies dentales sin ser removida.

Paso a paso

- Seleccione los dientes: 11 ó 51, 23 ó 63, 44 ó 84 y los cuatro últimos molares presentes en cada cuadrante.
- Observe las superficies vestibular, lingual/palatino, mesial, distal y en dientes posteriores, además la superficie oclusal.

- Si en la superficie dental examinada existe evidencia de placa gruesa, aquella que es fácilmente notoria por ser de espesor considerable, o, si al aplicar aire y/o pasar una sonda suavemente, evidencia placa delgada: marque en la Tabla 1, el Código "1"; si no hay placa, marque el Código "0".
- Si no está presente algún diente, examine el diente vecino hacia distal y si no hacia mesial (Nota: en menores de 3 años y en pacientes parcialmente edéntulos que no tengan el número de dientes necesarios para este examen, valore los dientes presentes).

Para calcular el resultado:

- Cuente el número de superficies con placa (Valores "1").
- Multiplique ese valor por 100.
- Divida ese valor resultante por el número de superficies evaluadas (Si están todos los dientes índice, son 33 superficies) Ese será el porcentaje de placa de su paciente.
- En la Tabla 2, se encuentra el porcentaje correspondiente, según el número de superficies evaluadas con código "1" (sólo sirve, si se evaluaron 33 superficies; en caso contrario debe realizar el cálculo).

La interpretación del Índice de Placa se presenta en porcentaje teniendo en cuenta:

- Utilice revelador de placa bacteriana cuando la biopelícula no puede verse fácilmente en todos los dientes. Los reveladores están disponibles en solución y en comprimidos; su función es colorear la placa, haciéndola visible. Son fórmulas a base de eritrosina y fucsina, que colorean la placa de rojo.
- Enseñe al paciente las superficies teñidas con el revelador de placa bacteriana para que él pueda visualizar dónde está fallando el cepillado y refuerce la técnica de cepillado que está usando o modifíquela si es necesario.

Hujoel, Cunha, Loescher, Robertson. Nivel de Evidencia 2++ Grado de Recomendación B
 Secretaría Distrital de Salud. Guía Práctica Clínica en Salud Oral Caries 2007
 Nivel de Evidencia 4 Grado de Recomendación D.

- Higiene Oral Buena, valores entre de 0-15%.
- Higiene Oral Regular, valores entre 16-30%.
- Higiene Oral Deficiente, valores superiores a 30%.

Consigne ese valor en la casilla correspondiente. (Ver figura 1.)

Nota: si el paciente, por ser un niño/a de mal comportamiento, persona discapacitada o un adulto mayor con compromiso sistémico, no permite una adecuada toma del índice de placa, haga una evaluación parcial de la placa y consígnelo en la historia clínica.

Figura 1. Registro de índice de placa bacteriana visible de Sinless & Løe modificado

Índice de placa bacteriana de Silness & Løe modificado																																								
Diente	Ultimo molar 1er cuadrante					11 / 51					23 / 63					Ultimo molar 2º cuadrante					Ultimo molar 3er cuadrante					44 / 84					Ultimo molar 4º cuadrante									
	D	V	O	P	M	D	V	O	P	M	M	V	P	D	M	V	O	P	D	D	V	O	L	M	M	V	O	L	D	M	V	O	L	D						
Código																																								

Fecha: ____/____/____
 día / mes / año

No. de superficies examinadas (33): _____

Número de valores "1" encontrados: _____

Porcentaje de Placa: _____

Higiene Oral: Buena (0-15%): ____ Regular (16-30%): ____ Deficiente (31-100%): ____

(Tomado de Guía Práctica Clínica en Salud Oral Caries 2007, Secretaría Distrital de Salud).

Tabla 2. Porcentaje de placa bacteriana según número de superficies con Código

Porcentaje de Placa Bacteriana según número de superficies con Código "1"																	
No. de valores "1"	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Porcentaje equivalente	0%	3%	6%	9%	12%	15%	18%	21%	24%	27%	30%	33%	36%	39%	42%	45%	48%
No. de valores "1"	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
Porcentaje equivalente	52%	55%	58%	61%	64%	67%	70%	73%	76%	79%	82%	85%	88%	91%	94%	97%	100%

(Tomado de Guía Práctica Clínica en Salud Oral Caries 2007, Secretaría Distrital de Salud).

Tinción de placa bacteriana

- ¿Cuál es la importancia del uso de sustancias reveladoras para la detección de la placa bacteriana?

Recomendación

- Utilice revelador de placa bacteriana cuando la biopelícula no puede verse fácilmente en todos los dientes. Los reveladores están disponibles en solución y en comprimidos; su función es colorear la placa, haciéndola visible. Son fórmulas a base de eritrosina y fucsina, que colorean la placa de rojo.
- Enseñe al paciente las superficies teñidas con el revelador de placa bacteriana para que él pueda visualizar dónde está fallando el cepillado y refuerce la técnica de cepillado que está usando o modifíquela si es necesario.
Hujoel, Cunha, Loescher, Robertson. (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B)
Secretaría Distrital de Salud. Guía Práctica Clínica en Salud Oral Caries 2007
(Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D).

Descripción de la actividad para la tinción de la placa bacteriana

Esta actividad está compuesta por una serie de acciones que realiza la auxiliar en salud oral, bajo la supervisión del odontólogo o por el mismo odontólogo.

En lo posible, el paciente debe llevar cepillo de dientes, seda dental o todos los implementos que utiliza para la evaluación de las técnicas de higiene oral.

De acuerdo con la descripción tomada de la Norma Técnica para la Atención Preventiva en Salud Oral (Resolución 412 del 2000), siga este procedimiento:

Resumen de la evidencia

Se define control de placa bacteriana como las acciones encaminadas a conservar un bajo nivel de placa en la cavidad oral, mediante la identificación, demostración de las técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos por parte del odontólogo o la auxiliar en salud, con la indicaciones respectivas al paciente para mantener la cavidad bucal con un nivel mínimo de placa bacteriana.

Evaluación de la calidad de remoción de placa bacteriana

Procedimiento

- Pida al paciente que cepille los dientes como usualmente lo hace.
- Aplique solución reveladora con una torunda de algodón, sin frotar sobre todas las superficies dentales y enjuague con agua.
- Con la ayuda de un espejo de mano, se procede a mostrar al paciente todos los sitios teñidos con placa bacteriana.
- En niños/as menores de 10 años se les muestra a los padres, acudientes o cuidadores y al niño/a.
- Esta detección de placa bacteriana es un indicador de buen o mal cepillado.
- Registre la información en el formato de índice de placa de Sinless y Löe modificado para determinar el porcentaje correspondiente.



Revelado de placa bacteriana

(Ministerio de Salud -Colombia. Norma Técnica y Guía de Atención preventiva bucal, 2000)

Esta práctica incluye la evaluación de los hábitos de higiene oral, observando la cantidad de depósitos bacterianos presente en la boca, así como la calidad del cepillado y uso de seda dental. Enseñando la forma de eliminarla adecuadamente de los dientes y tejidos circundantes de la cavidad oral como lengua, paladar y surco vestibular; entre otros, e indicar al paciente la forma apropiada de realizar el cuidado oral diario.

La placa bacteriana no es de fácil identificación por ser de color blanco, por esta razón el uso de sustancias reveladoras que tiñen la placa, permiten su visualización tanto para el paciente como para el evaluador. Una sustancia reveladora es un compuesto químico en forma de tinta compuesta por un químico que contiene eritrosina, fucsina o fluoresceína que tiñe la placa blanda y la torna visible para el paciente, ya sea con luz normal o ultravioleta. Los reveladores de placa son útiles porque proporcionan al paciente una herramienta de autoeducación y motivación. Se presentan en el mercado en forma de líquidos o de comprimidos que tiñen cualquier superficie con material orgánico.

El uso de sustancias reveladoras antes y después del cepillado para determinar la cantidad de placa residual es un procedimiento eficaz para la valoración de adecuados hábitos de higiene oral y como indicador para el paciente en el mejoramiento de la remoción de placa con el fin de prevenir enfermedades de origen Gingival y Caries. (DGSM,2010)

Determinación del nivel de riesgo de Enfermedad Gingival y Caries

Recomendación

- Establezca el riesgo del paciente de desarrollar Caries Dental y/o gingivitis teniendo en cuenta la anamnesis y el examen clínico.
- Evaluar el riesgo desde el primer año de vida.
- Las decisiones de tratamiento deben estar basadas en un Diagnóstico Integral Definitivo el cual incluye:
 - Clasificación de riesgo del paciente
 - Diagnósticos específicos a nivel de la superficie dental. Caries coronal primaria, Caries secundaria, Caries radicular, defectos del esmalte, lesiones no cariosas, estado de las restauraciones e índices ceo-d/COP-D.
- Para consignar el riesgo siga el esquema propuesto en la Guía de Práctica Clínica en Salud Oral-Caries; 2007. S.D.S., determine:
 - Índice de placa Silness y Løe Modificado
 - Factores sistémicos o locales
 - Experiencia de Caries Dental
 - Uso diario de crema dental con flúor
 - Acceso al servicio de odontología en el último año
 - Frecuencia de consumo de comidas/bebidas
- Analice los factores de riesgo integralmente y tenga en cuenta lo siguientes:
 - a. Factores Sociales:**
 - Grado de instrucción – nivel educativo

- Nivel socioeconómico – calidad de vida, vivienda, estabilidad laboral, ingresos, cobertura asistencial
- Factores psicológicos – estrés
- Factores culturales – hábitos, creencias y costumbres
- Factores cognitivos de los padres
- Factores comportamentales de las madres/padres y/o cuidadores principales

b. Biológicos:

- Edad
- Defectos estructurales del esmalte
- Anormalidades genéticas dentales
- Paciente sometido a radioterapia o quimioterapia
- Presencia de prótesis fija y removible
- Presencia de aparatología ortodóntica.

Pacientes de alto riesgo

Diagnostique el paciente de alto riesgo cuando presenta cualquiera de los siguientes riesgos por sí solos:

- Presencia de biopelícula.
- Retención de placa bacteriana que no este siendo controlado.
- Experiencia de Caries.

También si se presenta la combinación de cualquiera de estos riesgos entre ellos y/o con uno o más de los siguientes factores:

En infantes tenga en cuenta:

- Identifique determinantes sociales de madres y cuidadores que influyen en la clasificación del riesgo individual del paciente, como nivel socioeconómico, nivel educativo, etnia, estructura familiar, estilos de vida, factores culturales, hábitos, creencias y costumbres.
- Consumo de biberón con leche, agua de panela o uso indiscriminado de éste en la noche.
- Hábitos de succión prolongada.

En preescolares, escolares y adolescentes tenga en cuenta:

- Identifique determinantes sociales de madres, cuidadores y paciente, que influyen en la clasificación del riesgo individual, como son nivel socioeconómico, nivel educativo, etnia, estructura familiar, estilos de vida, factores culturales, hábitos, creencias y costumbres.
- Higiene oral inadecuada, con un porcentaje de placa bacteriana regular (16-30%) o malo (31-100%).
- Xerostomía.
- Discapacidad física o mental.

Factores locales retentivos de placa bacteriana:

- Dientes en proceso de erupción.
- Malposiciones dentales.
- Aparatología ortodóntica.
- Restauraciones desadaptadas o defectuosas.
- Lesiones de Caries.

- Defectos del desarrollo del esmalte/dentina, concomitantes con pérdida de estructura dental.
- Dientes posteriores en infraoclusión.
- Inserción inadecuada de tejidos.
- Experiencia de Caries (ceo-d/COP-D). Cuando el índice es mayor que el promedio nacional por grupo de edad.
- No uso de crema dental con contenido de flúor o cuando la usa menos de dos veces al día.
- Frecuencia de visita odontológica menor a un año y que la razón de la última visita sea una urgencia.

En juventud, adulto joven, adulto maduro, persona mayor tenga en cuenta:

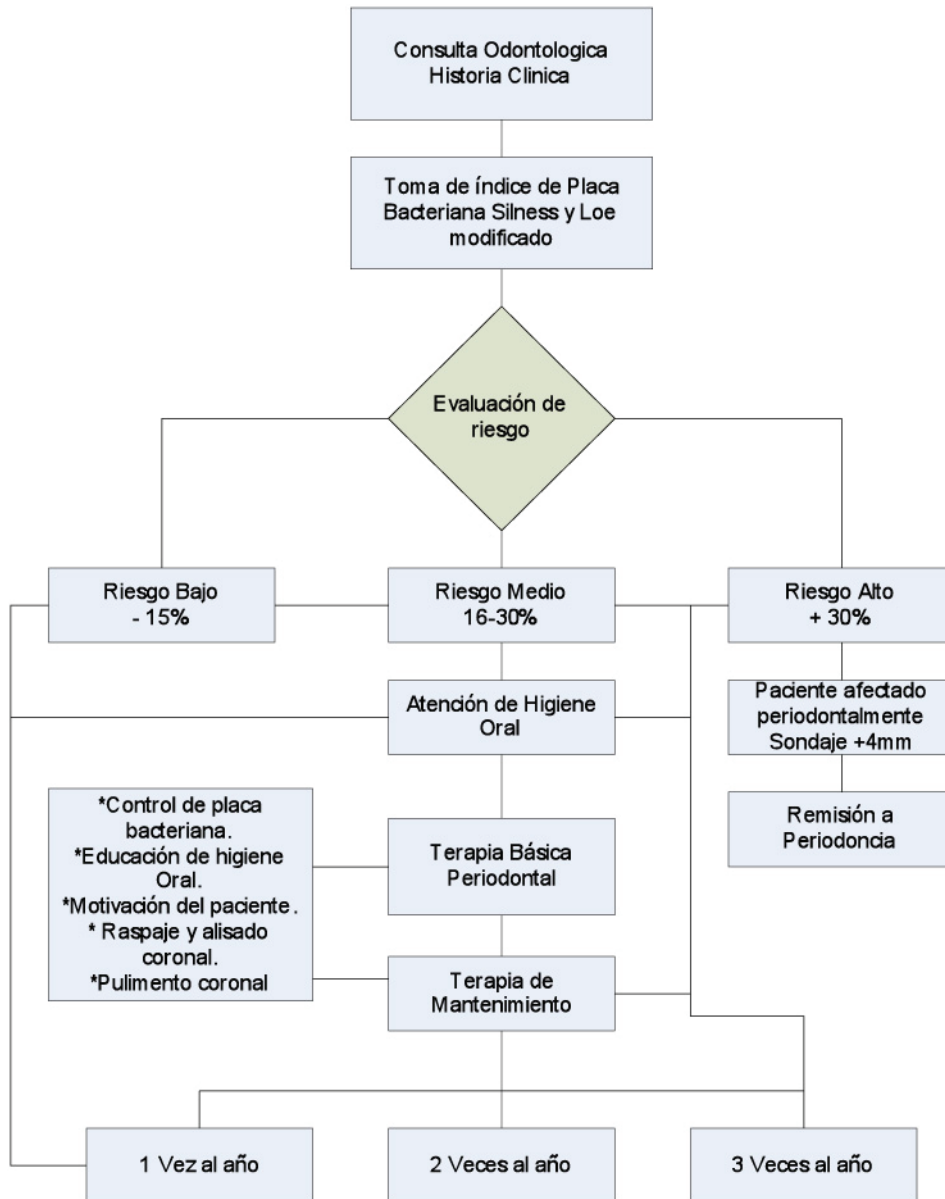
- Identifique determinantes sociales que influyen en la clasificación del riesgo individual del paciente, como son nivel socioeconómico, nivel educativo, etnia, estructura familiar, estilos de vida, factores culturales, hábitos, creencias y costumbres.
- Higiene oral inadecuada, con un porcentaje de placa bacteriana regular (16-30%) o malo (31-100%)
- Xerostomía.
- Discapacidad física o mental.
- Condiciones sistémicas, como Artritis, que dificulten el movimiento.
- Experiencia de Caries (COP-D). Cuando el índice es mayor que el promedio nacional por grupo de edad.
- No uso de crema dental con contenido de flúor o cuando la usa menos de dos veces al día.
- Frecuencia de visita odontológica menor a un año y que la razón de la última visita sea una urgencia.
- Los pacientes adultos mayores, dependientes funcionalmente y con deterioro cognitivo, requieren cuidados especiales de sus cuidadores. Es necesario que el auxiliar de salud oral identifique los factores que incrementan los riesgos de problemas bucales. Con base en esta información, en equipo con el odontólogo, establezca planes de cuidado y prácticas de higiene bucal para prevenir patologías bucales.

Factores locales retentivos de placa bacteriana que se deben tener en cuenta:

- Malposiciones dentales.
- Aparatología ortodóntica.
- Restauraciones desadaptadas o defectuosas.
- Presencia de prótesis fija, removible e implantes dentales.
- Lesiones de Caries.
- Defectos del desarrollo del esmalte/dentina concomitantes con pérdida de estructura dental.
- Dientes posteriores en infraoclusión o extrusiones.
- Inserción inadecuada de tejidos.
- Ausencias dentales.

Secretaría Distrital de Salud. Guía Práctica Clínica en Salud Oral y Enfermedad Gingival 2007
Nivel de Evidencia 4 Grado de Recomendación D.

ALGORITMO N° 1. TRATAMIENTO PREVENTIVO SEGÚN EL RIESGO



Referencias

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. (AAPD) Guideline on the role of dental Prophylaxis in Pediatric Dentistry; 2007
- AXELSSON, P.; LANG, NP.; ATTSTROM, R.; LÔE, H. Needs-related plaque control measures based on risk prediction: Proceedings of the European Workshop on Mechanical Plaque Control. Berlín, Quintessenz Verlag, 1998: 190-247.
- AXELSSON, P.; LINDHE, J.; NISTROM, B. The effect of a preventive programmed on dental plaque, gingivitis and Caries in schoolchildren. Result after one and two years. J Clin Periodontol 1974; 1: 126-138.
- CHRISTERSSON, LA.; GROSSI, SG.; DUNFORD, RG.; MACHTEI, EE.; GENCO, RJ. Dental plaque and calculus: risk indicators for their formation. Dent Res. 1992; 71: 1425-1430.
- CUNHA-CRUZ, J.; WALTER, J.; LOESCHER, WJ.; ROBERTSON, P.; PHILIPPE, P.; HUJOEL. Higiene personal bucal y periodontitis crónica: Revisión sistemática. Periodontology 2006; 13: 29-34.
- DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. Manual para el desarrollo de estrategias de disminución de morbilidad en salud oral en la población del subsistema de salud de las fuerzas militares, 2010
- FURE, S. Five-year incidence of coronal and root Caries in 60-, 70- and 80-year-old Swedish individuals. Caries Res 1997; 31 (4): 249-5.
- HABIBIAN, M.; ROBERTS, G.; LAWSON, M.; STEVENSON, R. HARRIS, S. Dietary habits and dental health over the first 18 months of life. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29: 239-46.
- HUJOEL, PP.; CUNHA, J.; LOESCHER, WJ.; ROBERTSON, P.; Personal oral Hygiene and chronic periodontitis: a systematic review. Periodontology 2000 2005; 37:29-34.
- LINDHE, J.; THORKILD, K.; NIKLAUS, P. Periodontología Clínica E Implantología Odontológica Tomo 1. O'Leary T. Drake R. Naylor J. The plaque Control Record. J Periodontal 1972; 38.
- MINISTERIO DE SALUD -Colombia. Resolución número 00412 del 25 de febrero 2000. Normas Técnicas y Guías de Atención. Diario Oficial; 2000, Colombia.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Norma técnica para la protección específica en salud bucal 2007.
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Guía de Prácticas Clínica en Salud Oral, Enfermedad Gingival, 2007.
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Guía de Práctica Clínica en Salud Oral, Caries, 2007.
- SOCRANSKY, SS.; HAFFAJJE, AD.; CUGINI, M.A.; SMITH, CM.; KENT, RL, Jr. Microbial complexes in subgingival plaque. J Clin Periodon 1998; 24: 134-144.
- SREENIVASAN, P.; GAFFAR, A. Antiplaque bioside and bacterial resistance: a review. J Clin Periodontol. 2002; 29: 965-974.

9. Educación en salud oral

Educación en salud oral por etapa de ciclo de vida

- ¿Cómo debe realizarse la educación en salud oral para disminuir el riesgo de desarrollar Caries Dental y Gingivitis en todas las etapas del ciclo de vida?

Recomendaciones generales

- Realice la educación en salud oral de manera individual y colectiva, a través de: charlas, demostraciones y discusión en grupo, con apoyos didácticos.
- Cuando utilice una estrategia para manejo colectivo, el tiempo de duración debe ser de 20 a 30 minutos, con grupos de máximo 10 pacientes.
- Cuando realice educación en salud oral en forma individual la duración debe ser de 20 minutos
- Recomiende alimentos fibrosos, como frutas y vegetales, los cuales ayudan a limpiar los dientes y los tejidos blandos. Los alimentos blandos y pegajosos, en cambio, tienden a permanecer en las fosas de los molares y entre los dientes, produciendo más placa bacteriana.
- Recomiende una dieta balanceada que incluya alimentos de los cuatro grupos: lácteos, carnes, frutas, verduras y cereales.

(Secretaría Distrital de Salud. Guía de Práctica clínica en salud oral, Caries.2007) (Habibian M. Roberts G. Lawson M. Stevenson R. Harris S.2001) (Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D).

Educación en salud oral por etapa de ciclo de vida

Etapa de ciclo de vida	Procedimiento
<p>Mujer gestante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Debe iniciarse la consulta odontológica en el primer trimestre de gestación, siempre que la paciente esté controlada y no tenga ninguna complicación. - Si la paciente presenta algún tipo de complicación, remítala al periodoncista. - Establezca una comunicación adecuada con la gestante, sea amable, bríndele confianza y escuche atentamente sus inquietudes. - Identifique imaginarios sobre la salud oral y la gestación. - Determine las prácticas actuales en higiene de la paciente. - Informe acerca de los cambios orales que pueden ocurrir, secundarios a la gestación, como la pueden ser la xerostomía y cambios en la flora oral. - Explique a la paciente como estos cambios son un factor de riesgo para el desarrollo de patologías como la Enfermedad Periodontal y Caries Dental. - Informe a la paciente sobre la importancia de mantener un buena salud oral, para el futuro de la salud oral del bebé. Para la educación en salud oral, utilice el espacio del “Curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad” (Antes Curso Psicoprofiláctico), adicional a la consulta odontológica. Remítase a la Guía de Práctica Clínica en Salud Oral, Paciente Gestante. Para las indicaciones sobre los temas que se deben tratar en esta etapa. - Realice seguimiento del proceso de educación para la identificación de cambios en las actitudes y comportamiento de la paciente.

Etapa de ciclo de vida	Procedimiento
<p>Infancia 0 - 1 año</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigida a las madres, padres y cuidadores, para fortalecer conocimientos, actitudes y prácticas de hábitos saludables y técnicas apropiadas de higiene oral. - Establezca una comunicación adecuada con los padres o cuidadores del paciente, pregunte sobre sus inquietudes y necesidades en cuanto a la salud oral de infante. - Identifique conocimientos y práctica sobre lactancia materna, uso del biberón, limpieza de rebordes alveolares y erupción dental. - De acuerdo a esto establezca un diálogo amable fortaleciendo conceptos y aclarando dudas sobre prácticas adecuadas para mantener la salud oral del infante. - Recomiende evitar el consumo de azúcares y almidones en la leche del biberón, si el infante no es amamantado. - Recomiende no endulzar el “chupo o chupete. - Recomiende retirar el biberón luego de terminar la ingesta de leche. (AAPD-Policy on Early Childhood Caries (ECC); 2008.) - Realice monitoreo del proceso de educación para la identificación de cambios en las actitudes y prácticas, refuerce cuando sea necesario.
<p>Edad preescolar 1 - 4 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigida a las madres, padres y cuidadores - Establezca y una comunicación adecuada con madres, padres y cuidadores, sea amable y escuche atentamente sus inquietudes. Determine creencias y prácticas actuales en el cuidado oral del niño/a. - Establezca el nivel de riesgo para Caries Dental y necesidades en salud oral del niño/a. - Utilizando un lenguaje sencillo y amable refuerce conceptos y motive cambios cuando identifique prácticas inadecuadas de higiene oral. - Intercambie ideas y conceptos sobre prácticas alimentarias, consumo de dulces, uso del biberón, cepillado y erupción dental, utilice folletos informativos, o cualquier otra estrategia didáctica para que sea mas fácil la comunicación. - Recomiende iniciar consumo de bebidas en taza a partir de los 12 a 14 meses y el remplazo del biberón por el uso de recipientes con pitillo. - Recomiende evitar suministrar al niño/a bebidas azucaradas que contengan carbohidratos fermentables. - Realice monitoreo del proceso de educación para la identificación de cambios en las actitudes y prácticas, refuerce cuando sea necesario.
<p>Edad escolar 5 - 9 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determine el nivel de riesgo para Caries Dental y estado oral del paciente. - Establezca una comunicación amable y en lenguaje sencillo que permite el intercambio de ideas sobre las actitudes conocimientos y prácticas del niño/a en salud oral. - Determine la técnica de cepillado utilizada actualmente por el niño/a y refuércela si es necesario con la ayuda de macromodelos, hacia un cepillado eficaz para la remoción de placa bacteriana.

Etapa de ciclo de vida	Procedimiento
<p>Edad escolar 5 - 9 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dé recomendaciones a madres, padres y cuidadores, acerca de la técnica apropiada de cepillado y explíquelo la importancia de la supervisión del cepillado en el niño/a. - Pregunte sobre la cantidad de crema que utiliza en el cepillo y si es necesario indique la cantidad de crema adecuada para el cepillado y el riesgo de fluorosis por un consumo excesivo de esta. - Identifique prácticas alimentarias del niño/a, y refuerce la importancia del bajo consumo de azúcares, y de las alternativas de comidas a deshoras como son frutas, maíz pira, jugos, entre otros. - Identifique conocimientos y creencias de las madres, padres y cuidadores sobre la dentición temporal, explique el proceso de erupción dental y la importancia del cuidado de la dentición temporal para un adecuado desarrollo de la dentición permanente. - Determine los conocimientos del niño/a, madres, padres y cuidadores sobre el proceso de desarrollo de Caries, importancia y características del primer molar permanente. Aclaré dudas y refuerce conceptos utilizando estrategias didácticas como carteleras o medios audiovisuales. - Hable sobre la importancia de asistir regularmente al odontólogo. - Realice monitoreo del proceso de educación para la identificación de cambios en las actitudes y prácticas, refuerce cuando sea necesario. - Se recomienda profundizar sobre las siguientes temáticas; placa bacteriana, Caries Dental, hábitos alimenticios y de higiene oral, erupción dental y técnicas de cepillado.
<p>Adolescencia inicial 10 - 14 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determine el nivel del paciente para Caries Dental y Enfermedad Peridontal. - Promueva el diálogo con el adolescente mediante un lenguaje claro y sencillo, que le permita expresar sus inquietudes sobre su salud oral. - Identifique prácticas actuales en higiene oral, permita que explique la técnica de cepillado que utilizada. - Determine conocimientos sobre salud oral por medio de intercambio de ideas, realice preguntas orientadoras. - De acuerdo a lo anterior determine las temáticas que deben ser reforzadas y conceptos a profundizar. - Se recomienda tener en cuenta las siguientes temáticas: Prácticas y elementos de higiene oral, placa bacteriana, desarrollo de Caries Dental, erupción dental, prácticas alimentarias, alteraciones de posición y trauma dental. - Utilice medios didácticos visuales y/o audiovisuales. - Hable sobre la importancia de asistir regularmente a la consulta odontológica. - Realice monitoreo del proceso de educación para la identificación de cambios en las actitudes y prácticas, refuerce cuando sea necesario.
<p>Adolescencia media 15 - 18 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determine el nivel de riesgo del paciente para Caries Dental y Enfermedad Peridontal. - Promueva el diálogo con el adolescente mediante un lenguaje claro y sencillo, que le permita expresar sus inquietudes sobre su salud oral.

Etapa de ciclo de vida	Procedimiento
<p>Adolescencia media 15 - 18 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifique prácticas actuales en higiene oral, permita que explique la técnica de cepillado que utilizada. - Determine conocimientos sobre salud oral por medio de intercambio de ideas, realice preguntas orientadoras. - De acuerdo a lo anterior determine las temáticas que deben ser reforzadas y conceptos a profundizar. - Se recomienda tener en cuenta las siguientes temáticas: prácticas y elementos de higiene oral, placa bacteriana, Caries Dental, Enfermedad Periodontal, alteraciones de posición y Trauma Dental, uso de accesorios en cavidad oral, y erupción del tercer molar. - Utilice medios didácticos visuales y/o audiovisuales. - Hable sobre la importancia de asistir regularmente a la consulta odontológica. - Realice monitoreo del proceso de educación para la identificación de cambios en las actitudes y prácticas, refuerce cuando sea necesario.
<p>Juventud 19 - 26 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determine el nivel de riesgo del paciente para Caries Dental y Enfermedad Peridontal. - Promueva el diálogo mediante una comunicación adecuada en un lenguaje claro y sencillo, que le permita expresar sus inquietudes sobre su salud oral. - Identifique prácticas actuales en higiene oral, permita que explique la técnica de cepillado que utilizada. - Determine conocimientos sobre salud oral por medio de intercambio de ideas, realice preguntas orientadoras. - De acuerdo a lo anterior determine las temáticas que deben ser reforzadas y conceptos a profundizar. - Se recomienda tener en cuenta las siguientes temáticas: prácticas y elementos de higiene oral, placa bacteriana, Enfermedad Periodontal, uso de accesorios en cavidad oral, erupción del tercer molar, influencia sobre la salud oral de hábitos como consumo de alcohol y fumar. - Hable sobre la importancia de asistir regularmente a la consulta odontológica. - Realice monitoreo del proceso de educación para la identificación de cambios en las actitudes y prácticas, refuerce cuando sea necesario.
<p>Adulto joven 27 - 44 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determine el nivel de riesgo del paciente para Caries Dental y Enfermedad Peridontal. - Promueva el diálogo mediante una comunicación adecuada en un lenguaje claro y sencillo, que le permita expresar sus inquietudes sobre su salud oral. - Identifique prácticas actuales en higiene oral, permita que explique la técnica de cepillado que utilizada. - Determine conocimientos sobre salud oral por medio de preguntas orientadoras. - De acuerdo a lo anterior establezca las temáticas que deben ser reforzadas y conceptos a profundizar.

Etapa de ciclo de vida	Procedimiento
<p>Adulto joven 27 - 44 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda tener en cuenta las siguientes temáticas: prácticas y elementos de higiene oral, placa bacteriana, Enfermedad Periodontal, pérdida prematura de dientes, influencia sobre la salud oral de hábitos como consumo de alcohol y fumar. - Si el paciente usa prótesis, de recomendaciones de limpieza de esta. - Hable sobre la importancia de asistir regularmente a la consulta odontológica. - Realice monitoreo del proceso de educación para la identificación de cambios en las actitudes y prácticas, refuerce cuando sea necesario.
<p>Adulto maduro 45 - 59 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determine el nivel de riesgo del paciente para Caries Dental y Enfermedad Peridontal. - Promueva el diálogo mediante una comunicación adecuada en un lenguaje claro y sencillo, que le permita expresar sus inquietudes sobre su salud oral. - Identifique prácticas actuales en higiene oral, permita que explique la técnica de cepillado que utilizada. - Determine conocimientos sobre salud oral por medio de intercambio de ideas, realice preguntas orientadoras. - De acuerdo a lo anterior determine las temáticas que deben ser reforzadas y conceptos a profundizar. - Se recomiendan las siguientes temáticas: prácticas alimenticias y de higiene oral, Enfermedad Periodontal, relación de la enfermedades crónicas con al salud oral, pérdida prematura de dientes, influencia sobre la salud oral de hábitos como consumo de alcohol y fumar. - Hable sobre la importancia de asistir regularmente a la consulta odontológica. - Realice monitoreo del proceso de educación para la identificación de cambios en las actitudes y prácticas, refuerce cuando sea necesario.
<p>Adulto persona mayor 60 años y más</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determine el nivel de riesgo del paciente para Caries Dental y Enfermedad Peridontal. - Promueva el diálogo mediante una comunicación adecuada en un lenguaje claro y sencillo, que le permita expresar sus inquietudes sobre su salud oral. - Identifique prácticas actuales en higiene oral, permita que explique la técnica de cepillado que utilizada. - Determine conocimientos sobre salud oral por medio de intercambio de ideas, realice preguntas orientadoras. - De acuerdo a lo anterior determine las temáticas que deben ser reforzadas y conceptos a profundizar. - Se recomiendan las siguientes temáticas: Prácticas alimenticias y de higiene oral, Enfermedad Periodontal, relación de la enfermedades crónicas con al salud oral, movilidad dentaria, pérdida prematura de dientes, influencia sobre la salud oral de hábitos como consumo de alcohol y fumar, consumo de medicamentos

Etapa de ciclo de vida	Procedimiento
<p>Adulto persona mayor 60 años y más</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indique al acompañante o encargado del adulto mayor la limpieza de los dientes presentes, de lengua, encía, paladar y prótesis, en caso de tenerla; limpieza que se debe realizar después de cada comida. - Explique la importancia de consulta oportuna en el momento de identificar lesiones a nivel de tejidos blandos, como Úlceras, Lesiones Blanquecinas e Hiperpsias.

(AAPD Guideline on the role of dental Prophylaxis in Pediatric Dentistry; 2007) (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B), (Secretaría Distrital de Salud. Guía de Prácticas Clínica en salud oral, Enfermedad Gingival 2007), (Secretaría Distrital de Salud. Guía de Práctica clínica en salud oral, Caries), (Furze H & Basso M; 2003), (Richard g. Watt & Valeria C. Marinho, 2000) (Ministerio de Salud -Colombia. Normas Técnicas y Guías de Atención. 2000). (Ministerio de la Protección Social. Norma técnica para la protección específica en salud bucal 2007) Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D.

Resumen de la evidencia

La educación en salud es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud y la enfermedad, y al uso de los servicios. Además, refuerza conductas positivas, lo cual implica un trabajo compartido. También facilita al personal de salud y a la comunidad la identificación y análisis de problemas, y la búsqueda de soluciones de acuerdo con el contexto social y cultural (Secretaría Distrital de Salud, Política Pública de Salud Oral para el Distrito Capital.2007).

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también la motivación, el desarrollo de habilidades personales y la autoestima, condiciones necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la calidad de vida. Esta educación incluye no sólo la información relativa de las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos, además de la asistencia a los servicios de salud. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación, dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales.

La educación para la salud se empleaba como un término que abarcaba una amplia gama de acciones, que incluían la movilización social y la abogacía por la salud (Organización Mundial de la Salud -1998).

Propiedades del proceso salud - enfermedad

- Es un proceso esencialmente colectivo, caracterizado por un movimiento histórico regido por leyes que constituyen su esencia y que se manifiestan en hechos observables, denominados fenómenos.
- Reconoce que el mundo real es contradictorio y, por lo tanto, dinámico.
- Asume que la realidad social es unitaria y no parcelaria, pese a que existen procesos generales, particulares y singulares, caracterizados por compartir propiedades universales, es decir, existe unidad en medio de la diversidad.
- Comprende que la vida colectiva se realiza como parte de un mundo jerarquizado, donde existen unos procesos que tienen mayor peso que otros, al definir las características del movimiento.

Para entender el proceso salud - enfermedad, es necesario entender las dimensiones en donde se produce su determinación, la relación de lo general a lo particular y lo singular, como dimensiones distintas de la condición unitaria del mundo real.

El objetivo fundamental de la educación en salud es producir cambios en el conocimiento, en el entendimiento o en las maneras de pensar, lo que puede influenciar o clarificar los valores en las personas, llevando a un cambio en las creencias o actitudes. De esta forma, se facilita la adquisición de habilidades y se origina, en algunos casos, modificaciones en comportamientos y/o estilos de vida.

La educación en salud oral es el medio utilizado para promover la salud en la población. Puede ser abordada desde diferentes perspectivas, para generar la adopción de actitudes apropiadas y estilos de vida, con el fin de prevenir y tratar adecuadamente patologías que se puedan presentar y suscitar, con el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud.

Por su parte, la educación en salud oral es una parte esencial de la actividad profesional por parte de las auxiliares, higienistas en salud oral y odontólogos, y es considerada como un proceso comunicativo interpersonal, dirigido a suministrar información necesaria, a responsabilizar a los individuos, a grupos sociales y a desarrollar una actitud consciente y responsable ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud. Es importante considerar que tiene un impacto significativo en la salud general de las personas y en su bienestar.

Un elemento importante para lograr los objetivos de la educación para la salud, es conocer los aspectos sociales y económicos, pues sobre la base de estos se lograrán las modificaciones en los estilos de vida.

Las técnicas educativas y medios de enseñanza a emplear, para la ejecución de las acciones educativas, dependerán del grupo de edad a las que estarán dirigidas y de sus características particulares. Los temas se seleccionarán de acuerdo con el análisis de la situación de salud realizado, en el que se identifican las condiciones de vida, actitudes, factores de riesgo y comportamiento de las enfermedades.

Referencias

- BLEILH, J. Nuevos conceptos y técnicas e investigación, centro de estudios y asesorías en salud 1994; 39.
- DABABNEH, RH.; KHOURI, AT.; SMITH, RG.; ADDY, M. Correlation and examiner agreement between a new method of plaque scoring and a popular established plaque index, modeled in vitro. J. Clin. Periodontol 2002; 29: 117-1111.
- HUGOSON, A.; LUNDUGREN, D.; ASKLOW, B. Effect of three different dental health preventive programmers on Young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group. Controlled evaluation of oral hygiene behavior on plaque and gingivitis. J. Clin Periodontol 2007; 34: 407-415.
- ICONTEC, Norma Técnica Colombiana productos de higiene oral dentífricos y cepillos de dientes 2028.
- MASANJA, I.; MUMGHAMBA. Knowledge on gingivitis and oral hygiene practices among secondary school adolescents in rural and urban Morogoro Tanzania. Int J Dent Hygiene 2004; 2: 172-178.
- MINISTERIO DE SALUD, Chile. Salud oral integral para adultos de 60 años, serie de guía clínicas Minsal N 47, 2007.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Promoción de la salud Glosario de términos, Ginebra.1998
- RAMOS, F.; CRUZ, G.; WATSON, M.; CANTO, M. Latino oral health. A research agenda toward eliminating oral health disparities. JADA 2005; Sept: 1231- 1241.
- RICHARD, G. WATT & Valeria. MARINHO, Periodontology 2000; 37; 2005; 35-47.
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, Política Pública de Salud Oral para el Distrito Capital con participación social 2004-2010.
- SECRETARÍA DISRITAL DE SALUD, Guía Práctica Clínica en Salud Oral, Enfermedad Gingival. Bogotá: 2007.
- SECRETARÍA DISRITAL DE SALUD, Guía Práctica Clínica en Salud Oral, Caries, Bogotá: 2007.
- THOMAS, J.; LINDSAY, A. Managing the complexity of dynamic biofilm. J Am Dent Assoc 2006; 137: 10-15.

Estrategias de Motivación en Salud Oral

En la educación en salud no solo se debe dar información, sino desarrollar estrategias para comunicarse y lograr la motivación del paciente, como una vía para alcanzar cambios en sus actitudes y comportamientos. La comunicación requiere de realimentación como un medio para reconocer si se están presentando cambios (Fombelli Cortázar et al, 2006).

La comunicación es un proceso planificado, encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales. Promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas. Es un componente importante de todos los servicios y actividades de promoción de la salud. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales. (Suárez, Y, 2006).

Existen diferentes estrategias y medios con las cuales se estimula y motiva al paciente de forma didáctica, para que entienda la importancia de desarrollar actitudes y prácticas adecuadas hacia su salud oral, las cuales se nombran a continuación:

1. Charla: (colectiva e individual)

Es una técnica que nos permite hacer una presentación hablada de uno o más temas. Es fácil de organizar y muy útil para impartir nuevos conocimientos e información. Debe estar preparada con un guion, emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extra verbal y utilizar medios de apoyo. La realimentación permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido. La eficacia de la charla dependerá de las siguientes condiciones fundamentales:

- Autodominio y confianza en sí mismo.
- Seguridad y pleno dominio del tema a tratar.
- Planeamiento que asegure el buen orden y concatenación de los hechos que se expondrán y comentarán oralmente.
- Los esfuerzos del lenguaje, pertenecientes a la llamada “fase gesticuladora-visual”; ellos son: gesticulación, expresión fisonómica y mirada.

2. Demostración: (colectiva e individual)

En la demostración, como técnica educativa, la vista es el medio dominante de comunicación. Es un proceso de observación, si bien puede ir seguida por un “hacer algo” por parte del que observa. En sí misma, como otros sistemas didácticos, la demostración abarca varios elementos: exposición oral, muestra de materiales didácticos, preguntas, exámenes, aplicación práctica. Sin embargo, se aplica la palabra demostración al tipo de lección caracterizada por la acción de mostrar algo. Para que sea realmente eficaz, la demostración debe ir seguida de alguna forma de aplicación por parte del alumno.

Características de la demostración

- La demostración no se encuentra limitada a los objetos materiales o a las ideas en relación inmediata con ellos. Al enseñar una habilidad, se hace naturalmente indispensable una demostración por medio de una actuación seguida.
- Una demostración efectiva requiere algo más que un demostrador y un público. Los materiales audiovisuales (pizarrón, cinta de video, caballete con papel, una película, una grabación, una gráfica, un diagrama) son, con frecuencia, tan necesarios como el propio demostrador. Para no

hacer una explicación verbal, se explica con algo (demostración); de aquí podemos deducir que la demostración es una implicación triple: demostrador, público y auxiliar explicativo. (Según Sánchez, 1983)

Fase de evaluación

Toda demostración deberá ir seguida de dos clases de evaluación:

- Lo aprendido por los alumnos.
- Autoevaluación del demostrador.

Usos, ventajas y desventajas

La enseñanza correcta es casi siempre una suerte de arte teatral; el educador dispone y arregla la escena de palabra y obra, de tal modo que los educandos pueden aprender en el momento adecuado. De aquí que la demostración debe estar presente en todo momento del acto educativo, tanto en el educador como en el educando. Si ahora se piensa en una demostración más elaborada, se deberá tener en cuenta la secuencia del aprendizaje y la estructura de la materia para decir en qué momento corresponde hacer esa demostración. En general, la demostración se usa como vía en todas las materias de aprendizaje, desde las más concretas hasta las más abstractas.

Ventajas:

- Favorecer la relación teoría-práctica, esto es, la praxis. Es multimedia y, por ello, se apoya en más variables de aprendizaje (sensorial, intelectual, motriz).
- Evita equívocos conceptuales y verbales.

Desventajas:

- Exagerar la “dramaticidad” de la técnica a expensas del tema.
- Si el grupo es muy grande, no se podrá hacer una evaluación individual más exhaustiva.
- No todos los participantes oyen, ven y entienden con igual claridad.

La eficiencia docente de la charla dependerá de las siguientes condiciones fundamentales:

- Autodominio y confianza en sí mismo.
- Seguridad y pleno dominio del tema que ha de ser tratado.
- Planeamiento hecho a conciencia, que asegure el buen orden y concatenación de los hechos que se expondrán y comentarán oralmente.
- Los esfuerzos del lenguaje, pertenecientes a la llamada “fase gesticuladora-visual” de la lingüística moderna, apoyan estas condiciones; ellos son: gesticulación, expresión fisonómica y mirada.

3. Sociodrama: (Colectiva)

Técnica educativa oral colectiva, que consiste en la actuación de los participantes, representando situaciones reales y espontáneas. Se establece el tema, se distribuyen los personajes (No más de cinco) y comienza la acción. Se habla con voz clara y fuerte, actuando en correspondencia con las necesidades reales y sentidas, según el rol que le corresponde a cada uno. Se destacarán, al final, las actitudes positivas y sus beneficios. Se estimulará el diálogo.

4. Teatro Popular: (Colectiva)

- Es una técnica educativa que se basa en la actuación de situaciones simuladas. Consiste en la preparación de una verdadera obra de teatro. Es utilizada para audiencias numerosas. Atrae y retiene la atención con la vista y el oído. Presenta los mensajes en forma atractiva y enseña de manera integral a través de la voz, movimiento, ambientación, entre otros. Combina la enseñanza con la diversión. Puede producirse a bajo costo.
- Propicia amplia participación y es pertinente a la cultura local.

5. Discusión en Grupos: (Colectiva)

- Esta técnica permite la presentación, análisis de ideas, expresión de dudas, búsqueda de respuestas e interrogantes a través de una realimentación inmediata de los participantes, quienes mediante esta técnica tienen la oportunidad de analizar en forma la información recibida.
- A partir de un tema seleccionado y dando una pequeña introducción se promueve la participación de los integrantes por medio de preguntas orientadoras, llegando a una síntesis sobre el tema discutido.

6. Apoyos Didácticos: (Individual y colectiva)

- Deben estar en correspondencia con los objetivos, temas, auditorio, lugar y situación donde se desarrollará la actividad educativa. Se pueden utilizar plegables, marcadores con mensajes de salud, pizarra, láminas, rotafolios, papelógrafos, proyector y diapositiva, modelo dental y cepillo dental.
- En la ejecución de los apoyos se requiere de un trabajo elaborado previamente, que por lo general es producto de la reflexión o análisis que el grupo mismo ha realizado.

(Moreno MI. Bravo M, 2002) (Fernández L. González R. Nazco N. López A, 2003) (Almeida C. M. Petersen P. E. Andre S. J. Tosiano A, 2003), (Díaz del Mazo L. Ferrer S. García R. Duarte A, 2005) (Hugoson A. Lundgren D. Asklów B, 2007)

Tabla 2. Estrategias de motivación en salud oral

Estrategia	Individual	Colectiva	Metodología	Tiempo	# Integrantes
Charla	X	X	<ul style="list-style-type: none"> - Elija el tema a tratar. - Identifique cuáles son los conocimientos de los participantes sobre el tema. - Prepare la charla haciendo énfasis en aquellos puntos de poco conocimiento. - Emplee lenguaje sencillo de acuerdo al público a quien va dirigido. - Puede emplear material didáctico. - Al finalizar la charla intercambie conceptos y aclare dudas. 	20 minutos	Máximo 10 personas
Demostración	X	X	<ul style="list-style-type: none"> - Seleccione el tema. - Se desarrolla la acción explicándola paso a paso. - Si es necesario repita la acción para que sea observada detenidamente. - Se pueden usar materiales didácticos o haciéndolo directamente en el expositor y/o asistentes. - Responda preguntas y aclare dudas sobre la actividad desarrollada. 	20 minutos	Máximo 10 personas

Estrategia	Individual	Colectiva	Metodología	Tiempo	# Integrantes
Sociodrama		X	<ul style="list-style-type: none"> - Seleccione el tema. - Los participantes interpretarán situaciones relacionadas con el tema. - Guíe a los participantes cuando necesiten alguna explicación sobre el tema. - Al finalizar la representación refuerce los conceptos desarrollados. 	15 minutos	Máximo 5 personas
Lluvia de ideas		X	<ul style="list-style-type: none"> - Inicie explicando los objetivos, el tema a tratar y la metodología a desarrollar. - Dé uno o dos minutos para que los participantes piensen sobre el tema. - Las ideas se pueden presentar en forma oral o escrita. - Aclare dudas que surjan de los participantes. - En un tablero escriba las ideas aportadas. - Con la participación del grupo agrupe ideas semejantes y descarte aquellas sin importancia. - Solicite el análisis y promueva la discusión de las ideas seleccionadas. - Finalice haciendo un resumen del tema desarrollado. 	15 minutos	Máximo 10 personas
Discusión en grupo		X	<ul style="list-style-type: none"> - Seleccione el tema. - Haga una pequeña introducción explicando la metodología de participación. - Promueva la participación de todo el grupo por medio de preguntas. - Guíe la discusión evitando que sea acaparada por un solo participante. - Escriba en un tablero o rotafolio los conceptos más relevantes. - Realice un resumen o síntesis sobre la discusión. - Aclare dudas y preguntas finales. 	Máximo 15 minutos	Máximo 10 personas

(Fernández L. González R. Nazco N. López A, 2003) (Almeida C. M. Petersen P. E. Andre S. J. Tosiano A, 2003), (Díaz del Mazo L. Ferrer S. García R. Duarte A, 2005)

Referencias

- ALMEIDA, C. M.; PETERSEN, P. E.; ANDRE, S.J.; TOSIANO A. Changes in oral health status of 6-12 years old school children in Portugal Community. *Dent Health Journal*. 2003; 20 (4): 216-26.
- BRAVO LICOURT, M. Sistema de actividades de preescolares y escolares y su influencia en el desarrollo psíquico. En: Moreno Castañeda MI. *Psicología del desarrollo*. La Habana Ciencias Médicas, 2003; 74 – 7.
- CARLOS, V.; FARIAS JANAINA, N.; BEZERRA OLIVEIRA, M. Alisacao do saúde bucal de adolescentes em Cypriano S, Souza DA. Rihs L. Wada R. *Saude Bucal do pre-escolares Piracicoba Brasil* 1999.
- DABABNEH, RH.; KHOURI, AT. SMITH, RG.; ADDY, M. Correlation and examiner agreement between a new method of plaque scoring and a popular established plaque index, modeled in vitro. *J. Clin. Periodontol* 2002; 29: 117-1111.
- DÍAZ DE MARZO, L.; FERRER GONZÁLEZ, S. GARCÍA DÍAZ, R.; DUARTE ESCALANTE, A. Modificaciones de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en adolescentes del Reparto Sueño 3 agosto 2005.
- FERNÁNDEZ, L.; GONZÁLEZ, R.; NAZCO, N.; LÓPEZ, A. Salud bucal comunitaria [monografía en CD-ROM]. [La Habana]: [MINSAP], [2005] habana: Editorial Ciencias Médicas 2003; 78-80.
- FOMBELLIDA, F.; ENRILE DE ROJAS, F.; GOIKOETXEA, M.; SANTOS, A.; Estrategias para optimizar la enseñanza de la higiene bucal y la motivación en la consulta dental, *Rev oficial de la Sociedad Española de Periodoncia*, 2006; 16 (2) 85-92.
- HIDALGO, N., LÓPEZ GILL, A. *Epidemiología Bucal*. En: Velarde Almenares M, Alfonso Betancourt N.
- HUGOSON, A.; LUNDUGREN, D.; ASKLOW, B. Effect of three different dental health preventive programmers on Young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group. Controlled evaluation of oral hygiene behavior on plaque and gingivitis. *J. Clin Periodontol* 2007; 34: 407-415.
- MASANJA, I.; MUMGHAMBA. Knowledge on gingivitis and oral hygiene practices among secondary school adolescents in rural and urban Morogoro Tanzania. *Int J Dent Hygiene* 2004; 2: 172-178.
- MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 00412 del 25 de febrero 2000. Normas Técnicas y Guías de Atención. *Diario Oficial*; 2000, Colombia.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Norma técnica para la protección específica en salud bucal 2007.
- MORENO CASTAÑEDA, MI.; BRAVO LICUORT, M. *Psicología de actuación en la adolescencia y su influencia en el desarrollo psíquico*. En: Moreno Castañeda MI. *Psicología del desarrollo*. Recife pen Ambuco Brasil. *Rev Bras Ciencia Saúde* 2002; 6 (3): 217-24.
- POMÁRICO SOUZA, L.; POMÁRICO, Riberico I.; RANGEL, LF. Oral health profile of education and health professionals attending handicapped children. *Pesqui Odontol Bras* 2003; 7 (1): 16.
- RAMOS, F.; CRUZ, G.; WATSON, M.; CANTO, M. Latino oral health. A research agenda toward eliminating oral health disparities. *JADA*. 2005. September: 1231- 1241. *Rev Saude Pública* 2003; 37 (2): 247-53.
- SUÁREZ, Y, *La comunicación y las relaciones públicas*, 2006
- TAANI, DS. Oral health in Jordan. *Int Dent Journal*; consult 15 Dic 2004.
- THOMAS, J.; LINDSAY, A. Managing the complexity of dynamic biofilm. *J Am Dent Assoc* 2006; 137: 10-15.

10. Elementos y técnicas de higiene oral

- ¿El diseño del cepillo, el tiempo de cepillado y el cambio del cepillo son factores que influyen en la efectividad de la remoción de placa bacteriana?

Para la remoción de la placa bacteriana se requiere establecer condiciones que conduzcan a su control óptimo y así prevenir el crecimiento microbiano subgingival, evitando la inflamación y la pérdida de inserción o reducirlas al mínimo. Para ello, se han desarrollado diferentes elementos utilizados para la higiene oral, los cuales han evolucionado dependiendo de las necesidades de los pacientes. Estos elementos básicos son:

- a) Cepillo dental.
- b) Seda dental.
- c) Crema dental.

Cepillo dental

Recomendación

Previo conocimiento de los determinantes de riesgos, tanto sociales como biológicos del paciente, según el caso:

- Recomiende cepillos con texturas media, suave y extra suave para uso en niño/as, adultos y jóvenes. Solamente recomiende texturas duras y extra duras en adultos para el cepillado de sus prótesis
- Sugiera el uso de cepillos dentales con cabezas flexibles y cerdas unipenacho frontales para mayor alcance. Recomiende el uso de cepillos de cerdas entrecruzadas para mayor alcance interproximal. En pacientes que presentan implantes dentales, recomiende el uso de cepillos eléctricos rotacionales, combinado con el cepillo manual
- Recomiende el cepillado dental por un tiempo de duración de 2 minutos, 2 veces al día.
- Aunque se debe insistir en la importancia de tener cepillo dental propio para la realización del cepillado, es importante ofrecer otra alternativa a las personas que no tengan posibilidad de adquirirlo. En estos casos, se sugerirá el uso de elementos alternativos como gasas o trozos de tela limpia.

(Tirapelli, Ferreira de Carvalho, Ribas; 2006) (Cree, Gallegher, Sowinski, Bowan; 2009) (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B). (Podesta M.C.E.; 2003) (Norma Técnica Colombiana para cepillos dentales DE 199-07, NTC 1921 1997). (Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D).

Recomendaciones según etapa de ciclo de vida

Infancia

- Indique limpiar la encía del infante con gasa estéril, levemente humedecida con agua hervida, por lo menos dos veces al día. Con la erupción del primer diente, indique al padre y/o cuidador que utilice cepillo dental de cabeza pequeña y cerdas extrasuaves, sin crema dental.

(AAPD-Policy on Early Childhood Caries (ECC); 2008) (Podesta, 2003)
(Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D).

Edad preescolar y escolar

Recomiende el cepillo de acuerdo con la edad, teniendo en cuenta las siguientes características:

- Mango largo, recto, ancho, ergonómico, que sea cómodo y antideslizante para asegurar la firmeza al tomarlo.
- Cabeza pequeña de goma para facilitar el acceso.
- Cerdas suaves y tupidas en la parte frontal para facilitar la limpieza de los dientes posteriores y las superficies linguales con 3 ó 4 hileras de penachos parejos, con múltiples filamentos redondos y cónicos de nylon. Las fibras deben estar localizadas a diferente altura ya que generan menos efecto abrasivo.
- Recomendado utilizar cepillo de categoría C para niño/as, con las siguientes características en la cabeza: ancho 12 mm, longitud 15-32 mm, espesor: 8mm, diámetro de 0,13 a 0,29 mm. Textura extrasuave, suave o media, altura de haces de 8-12 mm y un número de 500 haces.
- Puede indicar el uso de cepillo eléctrico desde los 4 años.

(Tirapelli, 2006). Nivel de Evidencia 1+, Grado de Recomendación B. (Checchin L & et. Al; 2007), (Versteeg PA & et al.; 2008) (Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Norma técnica para la protección específica de la Caries y la Enfermedad Gingival; 2007)
(Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D).

Adolescente inicial

- Recomendado utilizar cepillo de la categoría B para adolescentes con las siguientes características: ancho 14mm, longitud 17-33mm, espesor: 8mm, diámetro de 0,13 a 0,29 mm, textura extrasuave, suave o media, haces de 8-12 mm de altura y un número de 500 haces.
- En pacientes con aparatología ortodóncica, indique utilizar cepillo de cerdas duras en zig-zag, seda dental, enhebradores y cepillos unipenacho o interproximales.

(Sava, Mirjana; 2008) (Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D).

Adulto joven y maduro

Paciente sano

- En pacientes con aparatología ortodóncica, indique utilizar cepillo de cerdas duras en zig-zag, seda dental, enhebradores y cepillos unipenacho o interproximales (Sava, Mirjana; 2008).
- En pacientes con discapacidad motriz o mental, recomiende el uso de cepillos eléctricos.

- En pacientes con implantes, recomiende el uso de cepillo eléctrico rotacional, en combinación con cepillo manual.
- Recomendé el uso de cepillos de cerdas entrecruzadas para mayor alcance interproximal. (Cree, Gallagher, Sowinski, Bowan; 2009) (Maryann, Warren; 2006.) (Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D).

Adulto mayor

Paciente sano

- Recomendé el uso de cepillos extrasuaves para limpieza de rebordes, carrillos, paladar y lengua.
- Para pacientes con áreas edéntulas es importante el cepillo interdental para dientes continuos a estas zonas. (Sava, Mirjana; 2008) (Nivel de Evidencia 2+, Grado de Recomendación B).

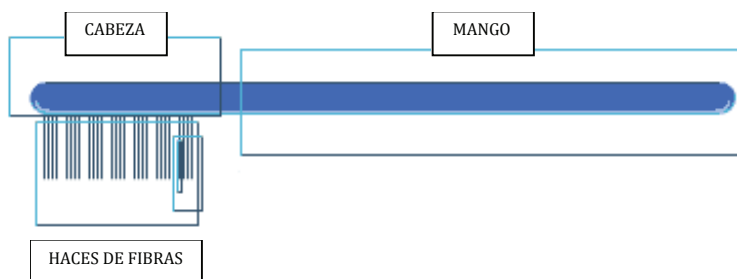
Resumen de la evidencia

El cepillo dental ha evolucionado a lo largo de la historia; en el año 3000 A.C., los egipcios utilizaban pequeñas ramas con puntas desgastadas que las llamaban “palos” para realizar su limpieza dental; posteriormente, los chinos inventaron el cepillo con cerdas de jabalí siberiano, con mango de bambú o huesos de pollo; más adelante se le cambian las cerdas por suaves crines de caballo. Día a día han cambiado las formas, los diseños, las cerdas y todos los elementos que conforman el cepillo dental, para que cada paciente, dependiendo de sus necesidades, tenga muchas opciones en la elección de este elemento de higiene oral, cumpliendo con los requerimientos específicos para su uso y que no afecten las estructuras duras y blandas de la cavidad oral. (Aaron R. Biesbrock Robert D. Bartizek, Patricia A. Walters, 2008).

El cepillo dental debe cumplir con requisitos mínimos para ser aprobado para su uso. El cepillo dental es un instrumento que se utiliza para la remoción de residuos que se encuentran sobre la superficie dental y tejidos adyacentes. Deben ser biocompatibles con los tejidos intraorales, remover residuos sin generar lesiones, ser fuertes y resistentes de manera que no se deformen con su uso diario. En cuanto a las superficies de los cepillos, deben estar pulidas y libres de esquinas, así como tener haces redondeados. En cuanto a su presentación en el mercado, deben estar rotulados y empacados.

Los cepillos con cerdas entrecruzadas mejoran el alcance para la remoción de placa en zonas interproximales, así como los cepillos con cabeza flexible y cerda unipenacho frontal. Sin embargo, lo importante es la técnica de higiene oral.

Los cepillos eléctricos rotacionales y oscilatorios han sido reportados de alta eficiencia para la remoción de placa bacteriana y reducción de Gingivitis, pero con evidencia limitada a largo plazo en pacientes con deficiente motricidad fina.



Técnicas de cepillado dental

– ¿Cuál es la técnica de cepillado dental más indicada?

Recomendaciones generales

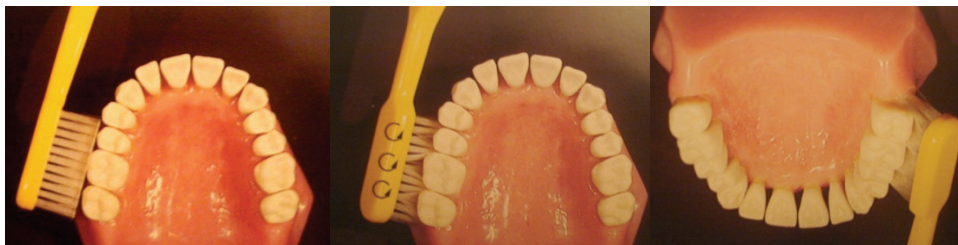
- Previo a la enseñanza de técnicas de higiene oral, pídale al paciente que se cepille los dientes con su técnica personal, después del revelado de placa bacteriana. Con la ayuda de un espejo facial, muéstrele el resultado del cepillado e identifique los sitios con depósitos de biopelícula.
- Recomiende la técnica Bass modificada, enseñando que el cepillado deber ser realizado en orden para evitar dejar áreas sin limpiar.
- Instruya al paciente para que se cepille la lengua, limpiándola para eliminar depósitos que pueden causar olores o contribuir a la formación de placa en otras áreas de la boca.
- La lengua se cepilla colocando el cepillo lo más posteriormente posible y deslizándolo sobre está hacia adelante. Se evitan las nauseas desplazando la lengua lo menos posible.
- Indique el primer cepillado del día antes de consumir alimento, para interrumpir la actividad metabólica de la placa bacteriana y un cepillado nocturno para inhibirla.
- En paciente con discapacidad física o mental, indique el uso de cepillo eléctrico para mayor efectividad en la remoción de la biopelícula.
- Recomiende un tiempo de cepillado de 2 minutos para obtener una adecuada remoción de placa bacteriana. La eficacia de los cepillos dentales en la remoción de placa bacteriana está determinada por factores como el tiempo de cepillado, la presión ejercida, la destreza del paciente, motivación, técnica y diseño del cepillo
- En los niños/as de 2 a 7 años, ancianos, personas con discapacidad física y/o mental, esta actividad debe realizarse con supervisión de los padres o un adulto.

(Vadiakas; 2008) (Twetman; 2009), (Cree, Gallegher, Sowinski, Bowan; 2009)

Nivel de Evidencia 2+ Grado de Recomendación B

Técnica de cepillado recomendada: Bass modificada

Técnica de cepillado	PI: posición inicial A: acción del cepillo	Curso del movimiento
Bass modificada - Remueve placa supra y subgingival. - Se aplica en todos los sectores (2-3).	- PI: Parte activa en posición inclinada de 45 grados frente al margen gingival - A: leve presión contra los dientes y el margen gingival. - Pequeños movimientos circulares.	Pequeños movimientos vibratorios de un lado a otro.



Técnica de cepillado	PI: posición inicial A: acción del cepillo	Curso del movimiento
Bass - Remueve placa supra y subgingival. - Puede ser aplicada en todos los sectores. - Riesgo: injuria por cerdas duras o demasiada fuerza.	- PI: parte activa en posición inclinada de 45 grados frente al margen gingival - A: leve presión contra los dientes y el margen gingival.	- Pequeños movimientos vibratorios de un lado a otro.
Charters - Efecto masaje en encía. - Difícil de aprender. - No se aplica a todos los sectores.	- Parte activa hacia coronas. - Presión-Rotación de parte activa contra los dientes y margen gingival.	- Movimiento combinado involucra movimiento vibratorio y rotación parte activa de la superficie oclusal a la raíz.
Stillman modificado - Efecto masaje y estimulación en encía. - No remueve placa subgingival, difícil de aprender, no usa todos los sectores.	- Parte activa posicionada hacia raíces y en posición vertical hacia las superficies oclusales.	- Movimiento combinado vibratorio-rotacional. Parte activa de la raíz a la superficie oclusal.
Barrido - Sigue patrones individuales de movimiento aceptada para niños (movimientos torpes). - Omite sitios de riesgo de Caries.	- Movimientos sistemáticos y sin control. Presión variable. - Parte activa en posición vertical a superficies dentales.	- Movimientos horizontales gruesos hacia adelante y hacia atrás.

Fuente: Guía de Práctica Clínica en Salud Oral, Caries 2007, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá.

Recomendaciones de cepillado por etapa de vida

Infancia

- Indique la higiene oral en el infante, limpiando y masajeando la encía con gasa estéril humedecida en agua hervida, por lo menos dos (2) veces al día.
- Realice la instrucción en higiene oral a los padres y/o cuidadores, colocando al bebé en posición horizontal ya sea acostado o sobre las piernas de uno de los padres para lograr control y visibilidad. Esta debe ser la posición para realizar la higiene oral.
- Después de los seis meses de edad, y en caso de usar biberón, recomiende la utilización de uno que contenga agua para limpiar la boca, antes de acostar al niño/a.

(Podesta,2003) (AAPD-Policy on Early Childhood Caries (ECC): 2008).

Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D.

Edad preescolar

- El cepillado debe ser realizado por el adulto o cuidador principal, hasta los 9 años.
- Recomiende el cepillado manual, ya que este es más efectivo para la remoción de la placa bacteriana.
- Explique al niño/a y al cuidador la técnica de cepillado utilizando el espejo facial.
- Recomiende la técnica de cepillado de Bass modificada. Si los primeros y segundos molares se encuentran en erupción, la dirección del cepillado debe ser vestibulo-lingual/palatino o en cruz (VL y luego MD).
- Indique comenzar el cepillado siempre por el mismo lado y llevar un orden o secuencia, realizando el cepillado varias veces en la misma área antes de pasar a la siguiente, cubriendo las tres superficies dentales (cara externa, cara interna y cara oclusal).
- Indique cepillar suavemente la lengua con movimientos de atrás hacia adelante.

(Checchi & et al; 2007) (Fernández & et al.; 2007).(Battaglia 2008). (Villafraca y col. 2006)
(Nivel de Evidencia 2++. Grado de Recomendacion B).

Edad escolar

- Tenga en cuenta las habilidades motrices del niño/a o niña.
- Observe cómo lo hace, refuércelo y ayúdelo.
- Indique al niño/a el procedimiento del lavado de dientes.
- Observe:
 - ¿Cómo toma el niño/a el cepillo dental? Debe colocar el dedo pulgar bajo el mango y los cuatro dedos restantes sobre el mango.
 - ¿Cómo se cepilla? Debe iniciar siempre por el mismo lado y llevar un orden o una secuencia, realizando el cepillado varias veces en la misma área antes de pasar a la siguiente, cubriendo las tres superficies dentales y en grupos de dos dientes. Si el niño no puede hacerlo, realice usted el cepillado.
- Recomiende la técnica de cepillado de Bass modificada. Indique el cepillado suave de la lengua, con movimientos de atrás hacia adelante.
- Si los primeros molares permanentes se encuentran en erupción, explique el uso de técnica modificada de cepillado dental, del centro hacia afuera en superficies oclusales.
- Los padres deben supervisar y reforzar el cepillado dental de los niños/as.

(Checchi & et al.; 2007) (Battaglia, 2008) (Fernández & et al.; 2007).
(Nivel de Evidencia 2++. Grado de Recomendacion B).

Adolescencia inicial

- Recomiende la técnica de cepillado de Bass modificada.
- La técnica de cepillado debe durar entre 2 – 3 minutos, realizándola como una rutina, iniciando por el cuadrante superior derecho, seguido del izquierdo, para terminar en el cuadrante inferior derecho, externamente y luego internamente, para finalizar por las caras oclusales y cepillándose la lengua.
- Recomiende el cepillado dental 2 veces al día como mínimo.
- En pacientes con aparatología ortodóncica, indique el adecuado uso de elementos de higiene oral adicionales, como enhebradores y cepillos interproximales

Checchi & et al.; 2007) (Battaglia, 2008) (Sava, Mirjana. 2008) (Cree, Gallegher, Sowinski, Bowan. 2009) Nivel de Evidencia 2+, Grado de Recomendación B

Adulto

- Enseñe al paciente que una higiene oral basada en control mecánico de placa, unido al uso de crema dental, es efectiva para reducir la acumulación de placa y restablecer la salud gingival.
- Indique la técnica de cepillado, realizándose como una rutina, iniciando por el cuadrante superior derecho, externamente y luego internamente, para terminar por las caras oclusales y cepillar la lengua.

(Trombelli, Scapoli, Orlandini, Tosi, Bottega, Tatakis. 2004) Nivel de Evidencia 2+, Grado de Recomendación B

Adulto mayor

- Enseñe al paciente que una higiene oral basada en el control mecánico con cepillo, unido al uso de crema dental, es efectiva para reducir la acumulación de placa y restablecer la salud gingival. Recomiende la limpieza de prótesis por medio de métodos como cepillado con crema, tabletas efervescentes y limpiadores enzimáticos

(Trombelli, Scapoli, Orlandini, Tosi, Bottega, Tatakis; 2004) (Freitas, Freitas, 2009) Nivel de Evidencia 1, Grado de Recomendación A

Referencias

- AARON, R.; BIESBROCK, Robert D.; BARTIZEK, Patricia A.; WALTERS. Improve plaque removal efficacy with a new manual toothbrush. The Journal of contemporary Dental Practice. 2008; 9 (4): 1-8.
- BBERCHIER, C.E.; HAPS, S. The efficacy of dental floss in addition to tooth brush on plaque and parameters of gingival inflammation a systematic review. Int J Dent Hygiene. 2008; 6: 265-279.
- CUGINI, M.; WARREN, P. The oral-B cross action manual toothbrush a 5 year literature review. J Can Dent Assoc 2006; 72 (4): 323.
- CREE, E.; GALLEGHER, J.; SOWINSKI, A.; BOWAN, J. The effect of Brushing time and dentifrice on dental plaque removal in vivo. The journal of dental hygiene 2009; (83): 111-116
- DALY, T. Comparison of new and 3 month old tooth brushes in plaque removal J. Clin Periodontol 2002; 29: 645-650.
- DABABNEH, RH.; KHOURI, AT.; SMITH, RG.; ADDY, M. Correlation and examiner agreement between a new method of plaque scoring and a popular established plaque index, modeled in vitro. J. Clin. Periodontol 2002; 29: 117-1111.
- FERNÁNDEZ, A.; ROCHA, R.; MACHADO, M. Clinical effectiveness of tooth brushes and tooth brushing methods of plaque removal on partially erupted occlusal surfaces. Oral Health Prev Dent 2007; 5: 33-37.
- FREITAS, R.; FREITAS, H. Intervenciones para la limpieza de la dentadura postiza en adultos. (Revisión Cochrane traducida). Cochrane plus 2009; 4 Oxford. Art CD007395.
- GROSSMAN, E. and PROSKIN, H. A comparison of the efficacy and safety of an electric and a manual children's toothbrush. J Am Dent Assoc 1997; 128: 469-474
- HUHOSO, A.; LUNDUGREN, D.; ASKLÓW, B. Effect of three different dental health preventive programmers on Young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group. Controlled evaluation of oral hygiene behavior on plaque and gingivitis. J. Clin Periodontol 2007; 34: 407-415.

- JADA. A look at toothbrushes. *J Am Dent Assoc.* 2007; 138: 1288.
- MALIZKA, A.; WEIDLICH, P.; GÓMEZ, S. Measuring early plaque formation clinically. *Oral Health Prev Dent* 2006; 4: 273-278.
- MASANJA, I.; MUMGHAMBA. Knowledge on gingivitis and oral hygiene practices among secondary school adolescents in rural and urban Morogoro Tanzania. *Int J Dent Hygiene* 2004; 2: 172-178.
- MESHARI, O. Mohammed A. Söder B. Comparative effect of chewing sticks and tooth brushing on plaque removal and gingival health. *Oral health prev Dent.* 2003; 1: 301-307.
- MANTOKOUDIS, D.; JOSS, A.; CHRISTENSEN, MM.; MEN, HX. Suvan JE.; LANG, NP.: Comparison of the clinical effects and gingival abrasión aspects of manual and electric toothbrushes. *J Clin Periodontol* 2001; 28: 65-72.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL República de Colombia Norma Técnica para la Protección Específica de la Caries y la Enfermedad Gingival, 2007.
- NIEMI M-I. ; ANIAMO, J. Gingival abrasion and plaque removal with manual versus electric tooth brushing. *J. periodontol* 1986;13:709-713.
- RAMOS, F.; CRUZ, G.; WATSON, M.; CANTO, M. Latino oral health. A research agenda toward eliminating oral health disparities. *JADA.* 2005; September: 1231- 1241.
- RICHARD, S.; THRUHLAR, Harold; F. MORRIS and SHIGERY, Ochi. J. The efficacy of a counter rotational powers toothbrush in the maintenance of endosseous dental implants. *Am Dent Assoc* 2000; 131: 101-107.
- SANTOS, A. Evidence- based control of plaque and gingivitis. *J Clin Periodontal.* 2003; 3 (5): 13-16.
- SCHIFFNER, U.; BAR, M.; EFFENBERGER, S. Plaque and gingivitis in the elderly; a randomized, single-blind clinical trial on the outcome of intensified mechanical or antibacterial. *Oral hygiene measures Journal of clinical periodontal.* 2007; 34: 1068-1073.
- SRIPRIYA, N.; SHAIK HYDER, Ali K. A comparative study of the efficacy of four different bristle designs of tooth brushes in plaque removal. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2007; June: 76-81.
- STOODLEY, P.; WEFEL, J.;GIESEKE, A. Biofilm plaque and hydrodynamic effects on mass transfers, fluoride delivery and Caries. *J Am Dent Assoc* 2008; 139: 1182- 1190.
- THOMAS, J.; LIDSAY, A. Managing the complexity of dynamic biofilm. *J Am Dent Assoc* 2006; 137: 10-15.
- TIRAPELLI, C.; FERREIRA DE CARVALHO, J.; RIBAS, J. Dental plaque removal efficacy of three toothbrushes with different designs: a comparative analysis. *Oral Health Prev Dent* 2006; 4: 105-111.
- WARREN, P.; SMITH, RAY, T.; CUGINI, M. A practice based study of a power toothbrush: assessment of effectiveness and acceptance. *J Am Dent Assoc* 2000; 131: 389-394.
- SAVA, M.; MIRJANA, I. Possibilities to prevent gingivitis during fixed orthodontic appliance therapy. *Stom Glas S.* 2008; 55. 122-131.
- TROMBELLI, L.; SCAPOLI, C.; ORLANDINI, E.; TOSI, M.; BOTTEGA, S.; TATAKIS, DN. Modulation of clinical expression of plaque induced gingivitis III. Response of high responders and low responders to therapy. *J Clin Periodontol* 2004; 31: 253-259.
- VILLAFRACA, F. et al. Higienistas dentales, editorial Mad, primera edición, España, 2006: 227.

Uso de la seda dental

- ¿El uso de seda dental y cepillo, comparado con el uso de sólo cepillo, permite un mejor control de placa bacteriana?

Recomendación

Previo conocimiento de los determinantes de riesgos sociales y biológicos del paciente, según el caso:

- Recomiende el uso de la seda dental en todos los pacientes, con mayor énfasis en aquellos que tengan espacios interproximales cerrados. Recomiende el uso de la cinta dental en los pacientes con espacios interproximales amplios.
- Para personas con problemas de destrezas, discapacitada física o mental y en niños preescolares y escolares, se debe indicar el uso de dispositivos como porta hilos, los cuales mantienen tenso el hilo mientras se pasa a través del punto de contacto entre los dientes, esta actividad debe ser realizada por el paciente o cuidador, guiado por la consejería y monitoreo del odontólogo a la auxiliar en salud oral.
- Aunque la seda dental es el elemento ideal debe ofrecerse otras alternativas a las personas que no tenga posibilidades de adquirirla; en estos casos, se informará sobre el uso de elementos alternativos como hilo de coser y tiras de plástico de costales previamente lavadas y hervidas (Schüz B. Wiedemann. Mallach N. 2009) (Sicilia, Arregui, Gallego; 2003) (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).

Resumen de la evidencia

La seda dental es un elemento de higiene oral conformado por múltiples filamentos unidos dentro de una hebra o un solo filamento en cinta. Su material es fibra sintética, a la cual se le puede o no adicionar cera. Su función es remover la biopelícula y restos de comida desde las superficies proximales de dientes naturales o artificiales, encías y prótesis fijas. (Standard international ISO, 28158 first edition 2010).

El uso de la seda dental busca la eliminación de la placa bacteriana interproximal y el control de su neoformación muestra la existencia de un efecto adicional significativo en el control de la biopelícula interdental; por lo tanto, se recomienda con el fin de disminuir el riesgo de desarrollar Enfermedad Gingival y Caries interproximal. Es el elemento que actualmente remueve eficazmente los depósitos de alimentos en zonas interproximales, comparado con cualquier otro elemento recomendado para la limpieza interdental de uso manual. El cepillado sin limpieza interdental con seda dental no previene el desarrollo de Gingivitis. (Hujoel PP. Cunha Cruz J. Banting DW. Loesche. D. 2006). Su uso se recomienda antes y después del cepillado dental, para lograr una adecuada higiene oral.

La International Organization Standardization, ISO expide la normatividad para seda dental (Norma 28158. Primera edición del 1 de julio de 2010), en la cual se estipulan las características que debe cumplir para ser aprobada y distribuida:

Características de la seda dental:

- Puede tener materiales adicionales como cera, pigmentos y agentes saborizantes que deben ser considerados como parte del dispositivo.
- Debe resistir una fuerza de 10 Newtons sin romperse.
- No debe presentar contaminación.

- Debe tener diámetro seccional de 2,5 mm. Si es menor a esta medida o la superficie es rugosa, puede romperse.
- Debe venir empacada y contener el nombre del producto, dirección del fabricante, distribuidor, código de manufacturación e instrucciones de uso. (Ministerio de la Protección Social. Norma técnica para la protección específica de la Caries y la Enfermedad Gingival, 2007)





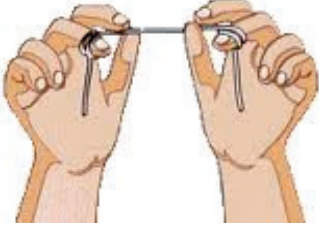
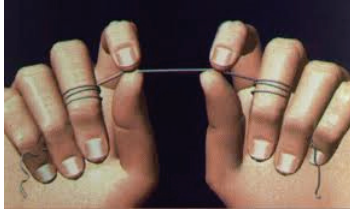

Tipos de seda dental		
Tipo	Indicaciones	Ilustración
<p>Seda dental o hilo dental Tiene superficie redondeada.</p>	Para espacios interdetales normales.	
<p>Cinta dental Tiene una superficie plana.</p>	Para espacios interdetales amplios.	
<p>Súper floss Hilo de seda que tiene tres zonas diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segmento rígido para introducirlo por debajo de la prótesis o aparatología de ortodoncia. - Un segmento esponjoso para la eliminación de la placa bacteriana. - Un segmento final de seda sin cera para el resto de los dientes. 	Indicado para higiene en pacientes con prótesis fijas o aparatología de ortodoncia.	 
<p>Dispositivo con porta hilos</p>	Para pacientes con dificultad motriz, prótesis fija o aparatología de ortodoncia.	

Tabla 3. Técnica de uso de seda dental

Técnica de uso	Ilustración
<ul style="list-style-type: none"> - Enrolle 45 centímetros de seda dental alrededor del dedo medio de cada mano. - Apriete la seda entre los dedos pulgares y los dedos índices dejando 2 ó 3 centímetros de largo entre uno y otro dedo. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Use los dedos índices para guiar suavemente la seda dental entre las superficies de contacto de los dientes usando un movimiento de zigzag. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Deslice la seda dental de arriba hacia abajo sobre la superficie del diente y también debajo de la encía. - Limpie cada diente completamente con una sección limpia de la seda. 	

Fuente: Norma Técnica para la Protección Específica de la Caries y la Enfermedad Gingival, Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. 2007

Cepillo interproximal

Es un penacho de cerdas en forma de pino, usado para la limpieza de espacios interdientales en pacientes con aparatología ortodóncica, espacios amplios o prótesis fija. (Sava, Mirjana; 2008) (Särner, Birkhed, Andersson, Lingström; 2010)



Recomendación

- Recomiende su uso en pacientes con espacios amplios, ortodoncia, prótesis fija e implantes.
- Recomiende su uso sin crema dental y luego del cepillado convencional.

(Birkhed, Andersson, Lingström; 2010) Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B

Paciente con tratamiento de ortodoncia

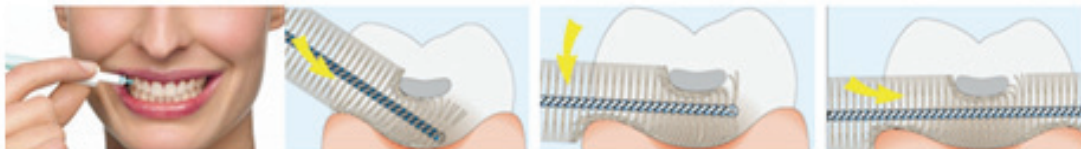
- Utilice el tamaño de cepillo interproximal más adecuado para cada espacio. El cepillo debe introducirse fácilmente, evitando el contacto del alambre de este con los dientes.
- Frente a un espejo y buena iluminación, introducir el cepillo interproximal por debajo del arco de alambre; repetir el procedimiento en todas las zonas con presencia de brackets; asegúrese de limpiar las superficies del brackets de forma eficiente.
- Al terminar el proceso, enjuagar tanto la boca como el cepillo.



- Para limpiar fácilmente los dientes posteriores, acople el capuchón protector al mango. Puede doblar la parte superior del mango para formar el ángulo más adecuado.

Paciente con espacios amplios y prótesis fija

- Introducir el cepillo del tamaño adecuado entre dos molares o dientes anteriores con espacios amplios o prótesis fijas con pónicos, realizando movimientos oblicuos.
- Una vez terminado, enjuagar la boca con agua y enjuagar el cepillo interproximal.



Imágenes Seminario iTOP Chile 2010

Cepillo unipenacho

Es un penacho de cerdas de cepillo convencional de diferentes longitudes en forma de pino, usados para la limpieza en pacientes con aparatología ortodóncica, espacios amplios o zonas continuas a espacios edéntulos. (Sava, Mirjana; 2008)



Enhebrador

Elemento de higiene oral para facilitar la inserción de la seda dental en pacientes con aparatología ortodóncica, prótesis fija e implantes. (Sava, Mirjana; 2008)



Instrucciones para el uso del enhebrador

- Insertar el hilo dental por el ojal del enhebrador.
- Colocar la punta del enhebrador en las zonas donde hay dificultad de inserción de la seda como en pacientes con ortodoncia o en zonas de pósticos en prótesis fija.
- Introducir el enhebrador en la zona de lado a lado y hasta atravesar. Retirarlo conservando la seda dental en la zona a limpiar.
- Guiar la seda dental para la higiene convencional.

Superfloss

Está compuesto por tres secciones: primera sección, medianamente rígida y corta; segunda sección, de esponja; y la tercera, es un trozo largo de hilo dental convencional. (Sava, Mirjana; 2008)



Instrucciones para el uso de superfloss

- Introducir el trozo corto y rígido del superfloss bajo el arco de alambre, en caso de aparatología ortodóncica, o bajo el pónico, en caso de prótesis fija.



- Con la sección de esponja, limpie el costado de cada bracket, o en los espacios más amplios en caso de prótesis fija.



- Pase el hilo dental entre los dientes, según instrucciones de uso convencional explicadas anteriormente.



- Retire el hilo dental y repita este procedimiento en todos los dientes. Una vez terminado, deseche el superfloss.
- Enjuague la boca con agua y realice el cepillado dental.

Referencias

- C.E. BERCHIER, S.; HAPS. The efficacy of dental floss in addition to tooth brush on plaque and parameters of gingival inflammation a systematic review. *Int J Dental hygiene* 2008; 6: 265-279.
- GISSELSSON, H.; GÖRAN, Emilson C.; BIRKHED, D.; BJÖRN, A. Approximal Caries increment in two cohorts of schoolchildren after discontinuation of a professional flossing program with chlorhexidine gel. *Caries Res* 2005; 39: 350-356.
- HUJOEL, PP.; CUNHA, Cruz J.; BANTING, DW.; LOESCHE. Dental flossing and interproximal Caries: a systematic review. *J Dent Res* 2006; 85: 298-305.
- HALLA-JUNIOR, R. Oppermann R. Evaluation of dental flossing on a group of second grade students undertaking serviced tooth brushing. *Oral Health Prev Dent* 2004; 2: 111-118.
- IMAI, P.; PUTNINS, E.; BRUNETTE, D. The effects of flossing with a chlorhexidine solution on interproximal gingivitis: a randomized controlled trial. *Can J. Dent Hygiene* 2008; 42. 1: 8-14.
- JACKSON, M. Comparison of interdental cleaning methods a randomized controlled trial *Journal of periodontology*. 2006; (77) 8:1421-1429.
- ICONTEC, NTC 2028 Norma Técnica Colombiana productos de higiene oral dentífricos
- WALTERS, JD.; CHANG, EI. Periodontal bone loss associated with an improper flossing. *Int J Dent Hygiene* 2003; 1: 115-119.
- KUCHENBECKER; Rosing C.; RANGEL, F.A. Efficacy of interdental plaque control Aids in periodontal maintenance patients: A comparative study. *Oral Health & preventive Dentistry*.2006.4; 2:99-103.
- LEWIS, M.; SELDERS, R.; HOLDER, Ballard C.; SCARBECZ, M. Comparison of the use of a toothpick in a toothpick holder to dental floss in improvement of gingival health. *Journal of dental hygiene*. 2005; (79) 4.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Norma técnica para la protección específica de la Caries y la Enfermedad Gingival, 2007.
- SALVI, G.; DELLA, Chiesa A.; KIANPUR, P. Clinical effects of interdentally cleansing on supragingival biofilm formation and development of experimental gingivitis. *Oral health Prev Dent*. 2009; 7: 383-391.
- SCHÜZ, B.; WIEDEMANN, Mallach N.; SCHOLZ, U. Effects of a short behavioral intervention for dental flossing: randomized controlled trial on planning when, where and how. *J Clin Periodontol* 2007; 34: 1068-1073.
- SCHIFFNER, U.; BAR, M.; EFFENBERGER, S. Plaque and gingivitis in the elderly; a randomized, single-blind clinical trial on the outcome of intensified mechanical or antibacterial oral hygiene measures. *Journal of clinical periodontal* 2007; 34: 1068-1073.
- SICILIA, A.; ARREGUI, I.; GALLEGU. Session D Home Oral Hygiene Revisited options and evidence. *Oral Health Prev Dent* 2003; 1 supplement 1: 407-422.
- SÄRNER, B.; BIRKHERD, D.; ANDERSSON, P.; LINGSTRÖN, P. Recommendations by dental staff and use of toothpicks. dental floss and interdental brushes for approximal cleaning in an adult swedish population. *Oral Health Prev Dent* 2010; 8: 185-194.
- SJOGREN, K.; LUNDBERG, A.; BIRKHED, DUDGEON, D.; JOHNSON, M. interproximal plaque mass and fluoride retention after brushing and flossing. *Oral Health prev Dent* 2004; 2: 119-124.
- SCHMAGE, P.; PLATZER, U.; NERGIZ, I. Comparison between manual and mechanical methods of interproximal hygiene *Quintessence Int*. 1999 Aug; 30 (8):535-539.
- Standard international ISO, 28158 first edition 1 Julio de 2010.
- WALTERS, JD.; CHANG, EI. Periodontal bone loss associated with an improper flossing. *J Dent Hyg*. 2003 May;1(2):115-9
- Y.K.Tu. M. JACSON, M.; KELLET, V.; CLEREHUGH. Direct and indirect effects of interdental hygiene in clinical trial. *J. Dent Res* 2008; (87) 11: 1037-1042.

Uso de la crema dental

- ¿El cepillado con crema dental, comparado con el cepillado sin crema, es más eficaz para el control de la placa bacteriana?

Recomendación

- Enseñe al paciente que una higiene oral basada en control mecánico de placa, unido al uso de crema dental, es efectivo para reducir la acumulación de placa y restablecer la salud gingival.
- Recomiende el uso de cremas dentales con componentes como el fluoruro estañoso, fluoruro de amino o fluoruro de sodio.
- Recomiende el uso de cremas dentales con triclosán copolímero y triclosán pirofosfato en pacientes con alta formación de cálculos.

(Davies, Rellwood, Davies; 2004) (Trombelli, Scapoli, Orlandini, Tosi, Bottega, Tatakis; 2004) (Wolfgang, Dorow, Langenhorst, Gintner; 2006) (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).

Uso de crema dental por etapa de ciclo de vida

Edad preescolar

- Recomiende colocar 0.25 gr a 0.30 gr de crema dental (lo que corresponde a la uña del dedo meñique o el tamaño de grano alverja).
 - Indique el uso de crema dental sin Flúor o máximo 500 ppm.
- (Battaglia, 2008). (Fernández A & et al.; 2007). (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).

Edad escolar

- Indique el uso de crema dental sin Flúor o máximo 500 ppm.
- (Battaglia, 2008). (Fernández A & et al.; 2007). (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).

Adulto y adulto mayor

- Recomiende el uso de cremas dentales con componentes como el fluoruro estañoso, fluoruro de amino, fluoruro de sodio, triclosan copolímero y triclosan pirofosfato, en pacientes con alta formación de cálculos dentales.

(Davies, Ellwood, Davies; 2004.) (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).

Resumen de la evidencia

El uso de cremas dentales es importante como elemento de higiene oral, ya que adicionar agentes químicos genera beneficios adicionales al cepillado dental. Componentes como las sales minerales inhiben el crecimiento de bacterias y la formación de placa bacteriana; la adición de zinc al dentífrico reduce la placa blanda, la placa calcificada y mejoran la salud gingival

La crema dental es un producto obtenido por la mezcla de sustancias tensoactivas, humectantes, dispersantes, edulcorantes, preservantes, saborizantes y abrasivas, con ingredientes activos, tales como sales de flúor, entre otros. Su objetivo es la limpieza de los dientes naturales o artificiales y encías; puede tener propiedades preventivas, cosméticas o terapéuticas, según el caso.

Crema dental

Se establecen dos clasificaciones, dependiendo de sus componentes:

- **Medicados:** comprende los dentífricos que no contienen sustancias activas; de acuerdo con su concentración, confieren acción terapéutica.
- **Cosméticos:** comprende los dentífricos que no ejercen acción terapéutica.

Condiciones generales

Las cremas dentales deben tener ciertas condiciones generales para que puedan ser usadas:

- El producto debe presentar aspecto homogéneo y uniforme.
- Los dentífricos pueden contener tensoactivos, abrasivos, saborizantes, edulcorantes, gelificantes, humectantes, colorantes y otros ingredientes contemplados en normas Internacionales vigentes.
- No deben contener azúcar o sustancias fermentables.
- No deben tener separación de sus componentes durante su almacenamiento y uso (ICONTEC. Norma Técnica Colombiana productos de higiene oral dentífricos. NTC 2028).
- Hay componentes adicionales que se agregan a las cremas dentales, como el triclosan que tiene amplio espectro antibacterial, pero no es retenido en boca más que por unas horas; por esta razón, es mejor la combinación triclosan con copolímero que incrementa su retención en las superficies orales. Las cremas dentales con triclosan copolímero, actúan más efectivamente en la reducción de Gingivitis que las que contienen solo flúor
- La combinación de Citrato de Zinc y Triclosan también son altamente efectivas en la inhibición de placa bacteriana y Gingivitis. La adición de Triclosan Pirofosfato actúa como agente anti cálculo y reduce la placa bacteriana y el sangrado gingival. Las cremas dentales con diferentes componentes adicionales a los fluoruros convencionales pueden mejorar el control de placa y, más importante, la salud gingival.



Tabla 4. Requisitos de los dentífricos

Características	Mínimo	Máximo
P.H.	5,5	10,5
Metales pesados expresados como (Pb) total en mg/kg (ppm).		20
Para dentífricos que contengan sales de flúor, en mg/kg (ppm) de flúor:		
- Dentífricos para niños hasta 6 años.	—	500
- Dentífricos para adultos mayores de 6 años.	250	1500

Norma Técnica Colombiana productos de higiene oral dentífricos. ICONTEC NTC 2028.

Referencias

- ARWEILER NB. AUSCHILL TM. Substantivity of toothpaste slurries and their effect on reestablishment of the dental biofilm. *J Clin Periodontol* 2002; 29: 615-621.
- ARNOLD W. DOROW A. STEPHANIE LANGENHORST. Effect of fluoride toothpastes on enamel demineralization. *Oral Health* 2006; 6 (8): 1-6.
- CLAYDON NC. ADDY M. NEWCOMBE R. The prevention of plaque re-grown by toothpastes and solutions containing block copolymers with and without polypeptide. *J Clin Periodonto* 2005; 32: 545-548.
- CLAYDON N. YATES R. LABELLO R. HALL C. ARMSTRONG R. A methodology using subjects and objective measures to compare plaque inhibition by toothpastes. *J Clin Periodontol* 2004; 31: 1106-1109.
- DAVIES R. Toothpaste in the control of plaque / gingivitis and periodontitis. *Periodontology* 2000; 48. 2008: 23-30.
- DAVIES RM ELLWOOD RP. DAVIES GM. The effectiveness of toothpaste containing Triclosan and Giles, N. C. A. Claydon. Clinical in situ study investigating abrasive effects of two commercial available toothpastes. *Journal of oral rehabilitation* 2009; 36: 498-507.
- ICONTEC NTC 2028 Norma Técnica Colombiana productos de higiene oral dentífricos.
- J.A TAVENER D. The prevalencia and severity of fluorosis in children who received toothpaste containing either 440 or 1450 ppm F from the age of 12 months in deprived and less deprived communities. *Caries Res.* 2006; 40: 66-72.
- MALLATT M. MANKODI S. BARUROTH K. BSOUL SA. A controlled 6-month clinical trial to study the effects of a stannous fluoride dentifrice on gingivitis. *J. Clin Periodontol* 2007; 34: 762-767.
- ORCHARDSON R. GILLAM G. The efficacy of potassium salts as agent for treating dentin hypersensitivity. *J orofac Pain* 2000; 14: 9-19.
- PVM/A in improving plaque control and gingival health. A systematic review. *J Clin Periodonto* 2004; 31: 1029-1033.
- SAVITT C. Evaluation of efficacy of over the counter oral hygiene products for the reduction and control of plaque and gingivitis. *Periodontology* 2000; (28); 2002; 91-105.
- YUONG A. THRANE PS. Saxegaarde. Effect of stannous fluoride toothpaste on erosion-like: an in vivo study. *Eur J Oral Sci* 2006; 114: 180-183.
- THORSTEN M. AUSCHILL DEIMLING D. HELLWIG E. Antibacterial effect of two toothpastes following a single brushing. *Oral Health Prev Dent* 2007; 5: 25-32.
- TROMBELLI L. SCAPOLI C. ORLANDINI E. Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis. *J Clin Periodontol.* 2004; 31: 253-259.

Uso de enjuague bucal

Recomendación

- Recomiende los enjuagues orales después del cepillado, con el fin de eliminar bacterias patógenas y reducir la placa bacteriana.
- Recomiende con precaución el uso de enjuagues con contenido de alcohol en pacientes alcohólicos y en pacientes que toman Disulfiram y Metronidazol, por que puede producir náuseas, vómito u otros efectos colaterales.
- En infantes, preescolar y escolar, no se recomienda el uso de enjugues. En la higiene oral recomiende seguir estos pasos: uso de seda dental, cepillado y enjuague. Los dientes deben estar lo más limpio posible para que el enjuague sea eficaz. (Ciancio, 2008)(Arweiler, Netuschil, Reich, 2001)(Wu, Savitt; 2002) (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).

Resumen de la evidencia

Los enjuagues bucales son soluciones químicas que actúan impidiendo la adhesión de la placa por medio de agentes anti adhesivos, dificultando la proliferación de la misma y eliminando la ya establecida o alterando su patogenicidad por los antimicrobianos (Arweiler NB. Netuschil L. Reich E. 2001)

Los enjuagues que reducen la placa o Gingivitis contienen antisépticos, que son agentes químicos antimicrobianos que, aplicados de forma tópica o subgingival en membranas mucosas o superficies dérmicas intactas, destruyen los microorganismos e inhiben su reproducción y metabolismo (Arweiler NB. Netuschil L. Reich E. 2001). Están clasificados como: cosméticos, terapéuticos o la combinación de ambos por la Food and Drug Administration FDA.

Características de los enjuagues

Los enjuagues bucales deben cumplir con las siguientes características:

- Eliminar bacterias patógenas.
- No desarrollar resistencia bacteriana.
- Ser biocompatibles con los tejidos orales.
- Reducir significativamente la placa bacteriana.
- No producir tinciones.
- No alterar el gusto.

Efectos adversos de los enjuagues

Las reacciones adversas varían según el tipo de enjuague utilizado. El uso habitual de enjuagues bucales antisépticos con alto grado de alcohol entre un 18% a un 26%, puede producir:

- Sensación de ardor en las mejillas, los dientes y las encías.
- Úlceras.
- Sensibilidad.
- Manchas extrínsecas.
- Cambio en la sensación del gusto.
- Para evitar estos efectos debe usarse enjuagues con concentraciones menores de alcohol al 18%. (Bascones, 2006)

Tabla 5. Tipos de enjuagues bucales

Enjuague	Indicaciones y prescripción	Presentación y componentes
<p>Enjuague terapéutico Clorhexidina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agente antimicrobiano de amplio espectro. - Alta efectividad frente a bacterias GRAM + y GRAM -, virus VIH y hongos. - Permanece activo en la cavidad oral por más de 12 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de estomatitis, gingivitis y periodontitis. - Mucositis. - Gingivitis Ulcero Necrosante. - Manejo adjunto de postoperatorios. - Un enjuague puro por un minuto por una semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Frasco de 100 ml - Concentración de 0,12% de Digluconato de clorhexidina.
<p>Enjuague cosmético</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se utiliza para control de gérmenes bacterianos que provocan halitosis (mal aliento). - Algunos contienen flúor para prevención de formación de Caries. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes adultos - Prevención y mantenimiento de salud oral. - Un enjuague por un minuto todos los días. 	<ul style="list-style-type: none"> - Frasco de 100 ml. - Pueden contener o no alcohol. - Concentración de alcohol. - Salicilato de Metilo. - Agua. - Sorbitol. - Fluoruro de sodio. - Triclosan. - Sal de zinc. - Provitamina B5. - Mentol, eucaliptol, timol.

(Werneck, 2009) (Nivel de Evidencia 2+, Grado de Recomendación B).

Referencias

- ARWEILER NB. NETUSCHIL L. REICH E. Alcohol- free mouthrinse solutions to reduce supragingival plaque regrowth and vitality. A controlled clinical study. J Clin Periodontol 2001; 28: 168-174.
- BASCONES MORANTE. Antisépticos orales, revisión de la literatura y perspectiva actual. Av. Periodon Implanto. 2006; 18 (1): 31-59.
- CUENCA S. E. MANAU NAVARRO C. Odontología preventiva y comunitaria 2a edición. Mason 2001.
- CIANCIO S. Mouth rinses and their impact on oral hygiene. Access 2008; May-Jun: 24-29.
- FERMÍN A. CARRANZA Periodontología Clínica. Glickman 9ª. Edición. Capítulo 49, Editorial Interamericana. México, 2001; 705 – 710.
- GORDON, J. M.; LAMSTER, I. B.; SEIGER, M. C Efficacy of Listerine antiseptic in inhibiting the development of plaque and gingivitis. J Clin Periodontol 12: 697-704
- KISZELY A. B E. PJETURSSON, G. E. SALVI. Comparison of effects of cetylpyridinium chloride with an essential oil mouth rinse on dental plaque and gingivitis- a six month randomized controlled clinical trial, J. Clin Periodontol. 2007; 34: 658-667
- MORAN J. A. NEWCOMBE RG. MARLOW. A study to assess the plaque inhibitory activity of a new triclosan mouthrinse formulation. J Clin Periodontol. 2000; 27: 806-809.
- PARASKEVAS S. Randomized controlled clinical trials on agents used for chemical plaque control. Int J Dent Hygiene. 2005; 3: 162-178.

- RODRÍGUEZ JA. DOS SANTOS PA. GARCÍA PPNS. Evaluation of motivation methods used to obtain appropriate oral hygiene levels in schoolchildren. 2003; Int J Dent Hygiene 1: 227-232.
- STOEKEN J. PARASKEVAS S. VAN DER WEIJDEN G. The effect of a mouthrinse containing essential oils on dental plaque and gingivitis. J Periodontol. 2007; 78: 1218-1228.
- IRA B. LAMSTER. Antimicrobial mouthrinse and management of periodontal diseases: introduction to the supplement. J Am Dent Assoc. 2006; 137: 5-9.
- UREÑA, J. LIÉBANA. Microbiología Oral". 2ª. Edición. Capítulo 53, Mc Graw Hill-Interamericana México, 1995; 541 – 559.
- WERNECK M. Comparative antiplaque and antigingivitis efficacy of three antiseptic mouthrinses: a two week randomized clinical trial. Braz Oral Res. 2009; 23 (3): 319-25.
- YATES R. SHEARER BH. HUNTINGTON E AND ADDY M. A method to compare four mouth rinses. J Clin Periodontol. 2002; 29: 519-523.

11. Terapia básica periodontal

– ¿La terapia básica periodontal es el procedimiento indicado en el tratamiento de la Enfermedad Gingival?

Recomendación

- Debe ealizar entrenamiento en educación de los pacientes en higiene oral personal y ser parte integral de cualquier plan del tratamiento de la Enfermedad Periodontal.
- Identifique inicialmente los sitios donde se encuentren depósitos de placa bacteriana y cálculos supragingivales.
- Realice remoción de cálculos y manchas ubicadas en la porción coronal de los dientes con curetas especializadas , posteriormente con una copa de caucho y aplicación de la paste profiláctica se limpian las superficies de los dientes
- Evalúe si hay presencia de cálculos subgingivales, y movilidad del diente si es así, remita a especialista en periodoncia.

(Needleman I, Tucker R, Giedrys-Leeper E, Worthington H. A, 2002) (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).

(Ministerio de Salud, Norma Técnica de Atención Preventiva en Salud Bucal,2000) (Ministerio de la Protección Social, Norma Técnica para la Protección Específica de la Caries y la Enfermedad Gingival,2007) (Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D).

Resumen de la evidencia

Estudios experimentales de Gingivitis han identificado el acúmulo de placa bacteriana como el principal factor etiológico en el desarrollo de la Enfermedad Periodontal. Por este motivo, el objetivo de la terapia básica periodontal está dirigido a la remoción de los depósitos bacterianos de la superficie coronal y radicular del diente, para restablecer la salud de los tejidos gingivales. (Loe.H,Theilade.E, Jensen,S 1965)

De ahí la importancia del raspaje coronal y alisado radicular, considerado como un procedimiento básico en el tratamiento de las Enfermedades Periodontales. Necesita de una selección adecuada del instrumental, para así lograr una superficie biológicamente aceptable para la inserción de las fibras periodontales. El diseño de estos instrumentos debe promover la comodidad al operador, aumentar la sensibilidad táctil y disminuir la fatiga muscular (Cancro LP & Finchman S, 2000)

Como parte fundamental de la terapia básica periodontal, está la eliminación de los factores retentivos de placa bacteriana, como obturaciones desbordantes, Caries, contactos interproximales deficientes y restos radiculares, favoreciendo un cambio de la flora microbiana patógena hacia una flora compatible con salud periodontal.

La terapia básica periodontal se enfoca hacia el tratamiento de los tejidos periodontales y control de la placa bacteriana, a través de los siguientes procedimientos, los cuales son realizados por la auxiliar de salud oral o el odontólogo:

- Motivación y educación del paciente.
- Instrucción en higiene oral.
- Control de placa bacteriana.
- Raspaje coronal y alisado radicular.
- Pulimento coronal (profilaxis).
- Terapia de mantenimiento.

Raspaje coronal

La Academia Americana de Periodoncia define el raspaje coronal como la instrumentación de la corona y superficies radiculares de los dientes, para la remoción de placa bacteriana, cálculos y pigmentaciones. El objetivo del raspaje coronal se enfoca hacia el mantenimiento de una superficie dental libre de acúmulo de placa bacteriana y cálculo dental.

Actualmente, los parámetros clínicos, como la profundidad de sondaje, el índice de placa y el sangrado gingival, nos permiten valorar la efectividad del raspaje y alisado radicular. Por lo tanto, con la eliminación de la placa supragingival y subgingival por medio del raspaje, se puede resolver la inflamación de los tejidos periodontales y disminuir la progresión de la Enfermedad Periodontal. (GENCO, R. NEWMAN, M, 1996)

Instrumentación

Recomendación

- Los instrumentos manuales, como las curetas para el raspaje coronal, deben ser afilados después de la esterilización y antes de su uso, con el fin de simplificar el trabajo, disminuir la fatiga del operador, ahorrar tiempo y mejorar la sensibilidad táctil.
- Realice el raspaje coronal ultrasónico y termínelo con curetas, ya que se controla de mejor forma la eliminación de depósitos calcificados alrededor de la corona del diente y en zona interdental.
- En el uso de las curetas, tenga en cuenta el apoyo extraoral e intraoral para estabilizar los movimientos y no lastimar los tejidos blandos.

(Sculean A y col, 2004) (Cobb CM. 2002) (Nivel de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).

Son importantes los conocimientos de este tipo de instrumentos y su aplicación, para no ocasionar alteraciones en los tejidos orales y lograr así los efectos deseados en la instrumentación.

Los instrumentos utilizados para realizar el raspaje coronal y alisado radicular están clasificados en:

- Instrumentos manuales.
- Instrumentos ultrasónicos.
- Instrumentos sónicos.
- Instrumentos rotatorios.

Instrumentación manual

La cureta es el principal instrumento para realizar el raspaje y alisado radicular. Su característica más destacada es la de permitir una mejor sensibilidad táctil.

Partes de la cureta

- **Mango:** rayado para facilitar su toma y disminuir la fatiga muscular
- **Cuello o tallo del instrumento:** varía su longitud: corto para dientes anteriores y largo para dientes posteriores.
- **Parte activa u hoja:** consta de bordes cortantes (uno o dos) y una punta que debe ser redondeada para no lacerar los tejidos.

Tipos de curetas

Universales (McCall)

Se caracterizan por presentar dos bordes cortantes en su parte activa y por su adaptación a todas las superficies dentales. Su frente es perpendicular, 90° con respecto al tallo. Entre ellas están:

- McCall 13/14: raspaje de dientes anteriores.
- McCall 17/18: raspaje de dientes posteriores.

Específicas (Gracey)

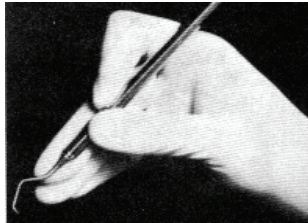
Se caracterizan por presentar un solo borde cortante en su parte activa, con variabilidad en la angulación del tallo. La angulación de la hoja es compensada con respecto al frente de la cureta, 70°. Se utilizan para dientes y superficies específicas. Entre ellas están:

- Gracey 1/2: caras libres de dientes anteriores.
- Gracey 3/4: caras proximales de dientes anteriores.
- Gracey 7/8: caras libres de premolares y molares.
- Gracey 11/12: cara mesial de dientes posteriores.
- Gracey 13/14: cara distal de dientes posteriores.

Técnica de instrumentación manual

1. La cureta: se toma en forma de lapicero modificado; es más estable debido a que se colocan los dedos en forma de trípode.

- Coloque el pulpejo del dedo mayor sobre el tallo del instrumento para tener más sensibilidad táctil, adaptación a la superficie del diente y presión controlada.
- El dedo índice se coloca por encima del dedo mayor, sobre el mismo lado del mango.
- El dedo pulgar va a la mitad del camino del dedo índice y mayor.



2. Apoyos digitales: están clasificados en: intraorales, que se relaciona con las caras de los dientes adyacentes al diente a tratar, y extraorales, en los que se utilizan superficies faciales con el fin de:

- Proveer un punto de fulcro estable.
- Permitir una óptima angulación de la hoja.
- Permitir el uso de un movimiento de muñeca- antebrazo.

3. Seleccione la parte activa de la cureta: el tallo de la cureta debe ubicarse paralelo al eje longitudinal del diente; la hoja (parte activa) es la que se curva en dirección a la superficie que se desea raspar.

4. Adaptación de la cureta a la superficie dentaria: se coloca el borde de corte contra la superficie del diente, para no lacerar los tejidos periodontales.

- Durante el raspaje coronal con las curetas universales (McCall) se debe inclinar la hoja de las curetas de 45° a 90° para lograr la remoción efectiva de los cálculos.
- En las curetas específicas, la preangulación (Gracey) nos da el ángulo de trabajo, cuando el tallo se ubica paralelo al eje longitudinal del diente.



Afilado del instrumental manual

El objetivo es producir un borde cortante filoso sin cambiar el diseño original del instrumento. Es realizado con piedras de afilar construidas por cristales abrasivos, que pueden ser de partícula grande o fina, como la piedra de Arkansas, que se divide en rotatorias o montadas.

Pasos para realizar el afilado

- Elija la piedra según su grado de abrasión.
- Identifique el borde o bordes cortantes del instrumento.
- Evalúe táctilmente con un tubo plástico el corte del instrumento.
- Establezca un ángulo correcto entre el instrumento y la piedra.
- Evite la presión excesiva de la cureta sobre la piedra.
- Evite la formación de filamentos ásperos de metal en el borde cortante de la cureta.
- Lubrique la piedra con aceite mineral.



Instrumentación sónica y ultrasónica

Estos instrumentos proveen un medio fácil y rápido de tratamiento de la superficie radicular, con un alto grado de comodidad para el paciente. Los efectos de cavitación, producidos por el agua, y de vibración, por el instrumento contra la superficie dental, causan una fuerza suficiente para remover placa blanda y cálculos dentales.

Estos instrumentos ultrasónicos están compuestos por un generador eléctrico que entrega energía en forma de vibraciones a una pieza de mano en la que se inserta una diversidad de puntas, según la superficie dental a tratar; esta energía es transmitida al cálculo dental, haciéndolo desprenderse de la superficie dental. (Fedi P, Vernino A R, Williams and Wilkins Baltimores,1995)

Sónico (Scalers)

- Instrumento vibratorio con rango aproximado de 6000 cps, acompañado por expulsión de agua.
- Los movimientos en este tipo de instrumental son orbitales.
- El agua trabaja directamente para disiparse en forma de spray y cae directamente en el área de trabajo, teniendo un efecto bactericida.

Ultrasónico

- Instrumento vibratorio en rango ultrasónico, aproximadamente de 25.000 cps a 30.000 cps, con acompañamiento de expulsión de agua. Maneja dos mecanismos de funcionamiento que ayudan en la eliminación de los depósitos bacterianos de la superficie radicular, como son las ondas de choque de alta energía y la micro vibración acústica.

Pulido coronal (Profilaxis)

Tiene como objetivo remover la placa bacteriana y las manchas extrínsecas, además de pulir la superficie dentaria, con el fin de crear un ambiente óptimo para el periodonto.

Elementos utilizados para realizar el pulido coronal:

- Copa de caucho.
- Cepillo para profilaxis.
- Micromotor.
- Pasta profiláctica.



Copa de caucho

cepillo

micromotor

Procedimiento

- Pula las superficies con un cepillo para profilaxis a baja velocidad. Se sugiere conservar la superficie dentaria húmeda a fin de reducir al mínimo el calor por la fricción cuando el cepillo gira.
- Coloque pasta profiláctica sobre las superficies vestibulares y linguales de los dientes y pula, repita el procedimiento en la superficie oclusal.
- Pula las superficies cervicales con copas de caucho.
- Verifique la textura lisa de las superficies dentarias proximales a la encía al concluir el pulido.
- Enseñe al paciente el resultado del procedimiento para que tenga referencia cómo debe tener las superficies dentarias.

Fuente: Ministerio de Salud, Norma técnica de Atención Preventiva en Salud Bucal, 2000. Ministerio de la Protección Social, Norma Técnica para la Protección Específica de la Caries y la Enfermedad Gingival, 2007.



Pulido coronal

Recomendación

- Después del raspaje coronal manual y ultrasónico, realice el pulimento coronal o profilaxis con copas de caucho o cepillo para profilaxis, con el fin de eliminar las manchas extrínsecas.
- Realice el pulimento coronal a baja velocidad y con irrigación, con el fin de evitar el calentamiento dental.

(Beirne P. Worthington HV. Clarkson JE. 2008) (Nive de Evidencia 2++, Grado de Recomendación B).

Terapia de mantenimiento

Es la fase de la terapia periodontal durante la cual la Enfermedad Periodontal y sus condiciones son monitoreadas, y el factor etiológico es reducido o eliminado. Los principales objetivos son:

- Establecer las condiciones que conduzcan a un control óptimo de la placa bacteriana y prevenir el crecimiento microbiano subgingival, para evitar la inflamación y la pérdida de inserción o reducirlas al mínimo.
- Prevenir o minimizar la recurrencia y progresión de la Enfermedad Periodontal en pacientes que han sido previamente tratados por Gingivitis o Periodontitis.
- Prevenir o reducir la pérdida de dientes.
- Localizar y tratar a tiempo otras enfermedades y situaciones que se puedan presentar en cavidad oral.

Aspectos a tener en cuenta en la terapia de mantenimiento:

- Una vez ha finalizado con éxito el tratamiento periodontal inicial, el odontólogo debe considerar los factores de riesgo y prescribir la terapia de mantenimiento y los intervalos adecuados para alcanzar los objetivos.
- Esta terapia de mantenimiento requiere un esfuerzo considerable por parte del paciente y del equipo profesional para seguir un programa cuidadoso y minucioso de higiene oral.
- Si el paciente decide no entrar en un programa de mantenimiento periodontal, debe ser informado del proceso de la enfermedad, las alternativas de tratamiento y posibles complicaciones.
- La reevaluación se realizará al terminar el tratamiento integral del paciente. En esta cita se indaga sobre los cambios que el paciente ha presentado, para controlar los factores de riesgo. Se realizará un examen visual y se anotará en la historia clínica los cambios obtenidos, para establecer la cita de la fase de mantenimiento, de acuerdo con los factores de riesgo. (Renvert S, Persson R. 2005)

Tabla 7. Fase de mantenimiento según riesgo

Riesgo	Control	Características
Bajo	Anual	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad Gingival controlada. - Ausencia de otros determinantes de riesgo. - Buena motivación para su higiene oral.
Moderado	Semestral	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad Gingival controlada. - Presencia de riesgos alterados sin control (tabaquismo, alcohol, medicamentos que inducen cambios gingivales, historia de enfermedad periodontal en la familia). - Buena motivación para su higiene oral.
Alto	Trimestral	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad Gingival no controlada. - Presencia de otros riesgos alterados sin control (tabaquismo, alcohol, medicamentos que inducen cambios gingivales, historia de enfermedad periodontal en la familia). - Baja motivación para su higiene oral. - Paciente Gestante sin control completo de signos inflamatorios. - Persona que convive con VIH. - Paciente diabético no controlado.

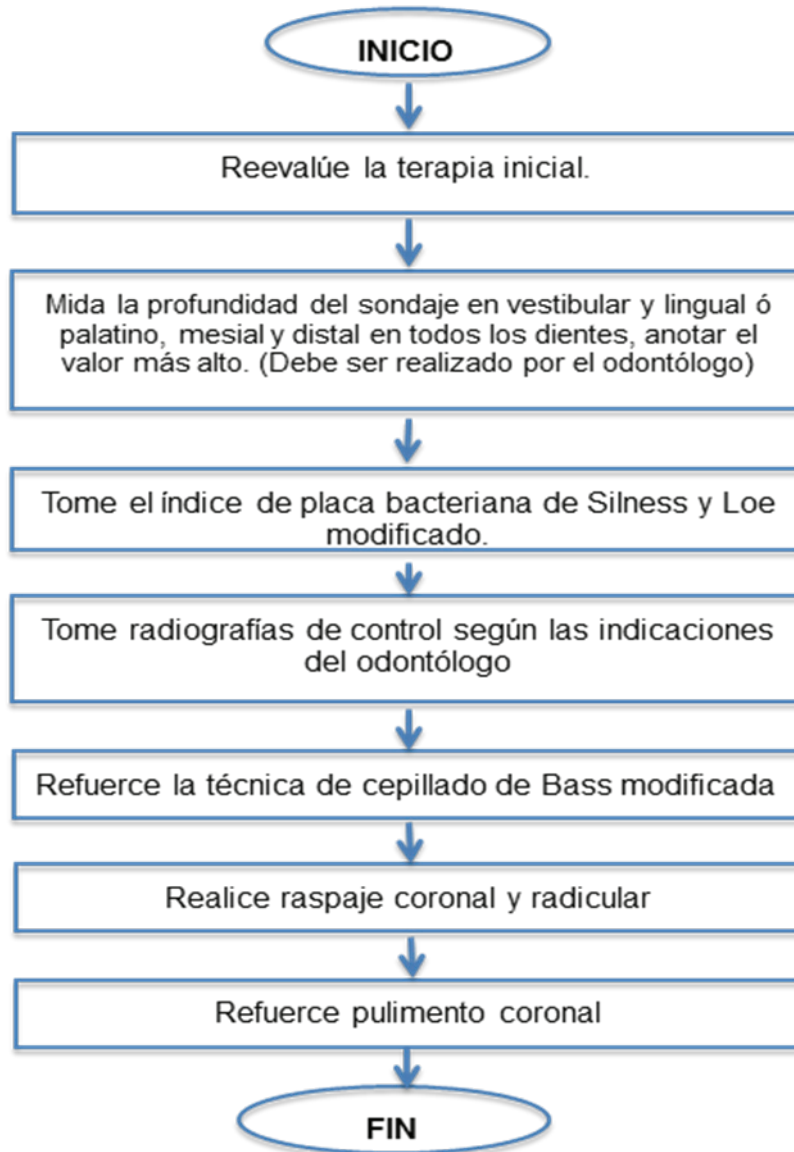
(Ministerio de Salud, Norma técnica de atención preventiva en salud bucal, 2000) (Ministerio de la Protección Social, Norma técnica para la protección específica de la Caries y la Enfermedad Gingival, 2007)

Frecuencia de la terapia de mantenimiento

La terapia de mantenimiento parece eficaz en la prevención de la recurrencia de la Enfermedad Periodontal. Sin embargo, se ha observado que suele haber recidiva de la enfermedad en un grupo pequeño de pacientes, que con frecuencia son pacientes identificados de alto riesgo. Uno de los objetivos de la terapia de mantenimiento es garantizar una dentición en buena función y estética aceptable. Por lo tanto, la pérdida de dientes puede considerarse una falla indiscutible del tratamiento. (Renvert S. Persson R. 2005)

El fundamento de los intervalos de tres meses, se basa en estudios que utilizan esta pauta como parte del diseño de éste, más que por los resultados de los estudios; se comparan la eficacia y la seguridad de los diferentes intervalos de tiempo en la terapia de mantenimiento (5, 10, 15, 18, 23,41 meses).

ALGORITMO 2. PASO A PASO DE LA TERAPIA DE MANTENIMIENTO



Recomendaciones

- Clasifique el paciente según el factor de riesgo, tanto biológico como social y, con base en ello, determine el tiempo que necesita para programar la cita de mantenimiento.
- Control cada tres meses en pacientes con alto riesgo, más de 30% de acúmulo de placa bacteriana.
- Control cada seis meses en pacientes con moderado riesgo, de 15 a 30% de acúmulo de placa bacteriana.
- Control anual en pacientes con riesgo bajo, menos del 15% del acúmulo de placa bacteriana.

(Ministerio de Salud, Norma técnica de atención preventiva en salud bucal, 2000) (Ministerio de la Protección Social, Norma técnica para la protección específica de la Caries y la Enfermedad Gingival, 2007) (Nivel de Evidencia 4, Grado de Recomendación D).

Referencias

- BAEHNI, P.; CHAPIS et col. Efecto of ultrasonics and sonic scaler on dental plaque microflora in vitro, in vivo. J Clin Periodontol, 1992; 19: 455-459.
- BAEHNI, P.; CHAPIS et col. Efecto of ultrasonics and sonic scaler on dental plaque microflora in vitro, in vivo. J Clin Periodontol, 1992; 19: 455-459.
- BUSSLINGER, A.; LAMPE, K.; BEUCHAT, M.; LEHMANN, B. A comparative in vitro study of a magnetostrictive and a piezoelectric ultrasonic scaling instrument. J Clin Periodontol 2001; 28: 642-649.
- BEIRNE, P.; WORRTHINGTEN, HV.; CLARKSON, JE. Raspaje y pulido sistemático para la salud periodontal en adultos Reproducción de una revisión Cochrane 2008: (2).
- COBB, CM. Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective of scaling and root planing. J Clin Periodontol. 2002 May;29 Suppl 2:6-1
- CANCRO, LP & FINCHMAN, S " The expected effect on oral health of dental plaque control through mechanical removal, Periodontology 2000, Denmark, (8) 60-74
- FEDI, P.; VERNINO, AR. The periodontic syllabus 3 ed Williams and Wilkins Baltimores. 1995; 62-83
- Gissela B. ANDERSON, John A.; PALMER, Fred L.; BYE, Billy A.; SMITH and CAFFESSE, Raúl Effectiveness of Subgingival Scaling and Root Planning: Single Versus Multiple Episodes of Instrumentation. Journal of Periodontology 1996 ; 67 : 367-373.
- GENCO, RJ.; GOLDMAN, HM.; COHEN, DW. Contemporary Periodontics. St. Louis: Mosby, 1990; 401. Journal of Periodontology 1996; 67: 367-373.
- HELLSTROM, MK.; RAMBERG, P.; KROK, L.; LINDHE, J. The effect of supra-gingival plaque control on the sub-gingival micro flora in human periodontitis. J Clin Periodontol 1996;23: 934- 940.
- ISMAIL, AI.; LEWIS, DW. DINGLE, JL. Prevention of periodontal disease. Canadian task force on preventive health care: Guide to clinical preventive health care. Ottawa: Health Canada, 1994:420-31.
- JH. STEELE, JG. Editors. The prevention of oral disease. 4th Edition. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- LAIRD, WRE. WALMSLEY, AD. Ultrasound in dentistry. Part 1- biophysical interactions. J Dent 1991; 19: 14-17.
- LOESCHE, WJ.; GIORDANO, JR.; SOEHREN, S.; KACIROTI, N. The nonsurgical treatment of patients with periodontal disease results after five years. J Am Dent Assoc. 2002;133: 311- 320.
- LOE. H.; THEILADE. E and JENSEN, S, B, Experimental gingivitis in man. Journal Of Periodontology, No 36, 1965. pp 177- 87
- NEEDLEMAN, I.; TUCKER, R.; GIEDRYS-LEEPES; WORTHINGTON, H. A systematic review of guided tissue regeneration for periodontal infrabony defects. Journal of Periodontal Research 2002;37(5):380-8.
- PATTISON, G.; PATTISON, AM. Periodontal instrumentation, Reston Publishing Company, INC. Reston, Virginia, EU. 1979. pp 145 – 150
- TRENTER, SC.; WALMSLEY, AD. Ultrasonic dental scaler associated hazards. J Clin Periodontol 2003; 30: 95-101.
- RENVERT, S. and PERSSON, R. Tratamiento periodontal de Mantenimiento Periodontology 2000 (Ed española) 2005; 11: 179 – 195.
- SBORDONE, I.; RAMAGLIA, L.; GULLETA, B.; LACONO, V. Recolonización of the sub- gingival microflora after scaling and root planing in human periodontitis. J Periodontol 1990: 61:579-584.

- SCULEAN y Col. Anon-surgical periodontal treatment with a new ultrasonic device (Vector-ultrasonic system) or hand instruments. *J Clin Periodontol.* 2004 Jun; 31(6):428-33.
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Guía Práctica Clínica en Salud Oral, Caries. Bogotá, 2007.
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Prevención y Tratamiento de la Enfermedad Gingival. Bogotá, 2007.

12. Glosario

- **Biopelícula (Placa bacteriana):** película gelatinosa que se adhiere firmemente a los dientes y superficies blandas de la cavidad oral, formada principalmente por colonias de bacterias (60-70%), agua, células epiteliales descamadas, leucocitos y restos alimenticios.
- **Cálculo:** es un depósito duro mineralizado adherido a la superficie del diente.
- **Cepillo dental:** es un instrumento que se utiliza para la remoción de residuos que se encuentran sobre la superficie dental y tejidos adyacentes, está constituido por fibras, cabeza y mango.
- **Cepillo interproximal:** es un penacho de cerdas en forma de pino, usado para la limpieza de espacios interdetales en pacientes con aparatología ortodóncica o prótesis fija.
- **Cureta:** instrumento metálico con punta áctica, utilizado para raspaje radicular y curetaje gingival.
- **Curetaje:** es la remoción o eliminación de tejido blando encontrado en la bolsa periodontal.
- **Debris:** partículas de alimentos adheridos a la superficie del diente la cual permite una condición ideal para el crecimiento bacteriano.
- **Higiene oral:** acciones encaminadas a conservar el bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral mediante la remoción de la placa depositada en los tejidos blandos y mucosas de la cavidad bucal, como lengua, encía, paladar y surco vestibular, con cepillos, seda dental y otros instrumentos especiales. (Norma Técnica para la atención preventiva en salud bucal)
- **Placa bacteriana blanda:** es un depósito blando que forman una biopelícula adherida a la superficie dentaria y otras superficies de la boca.
- **Placa bacteriana calcificada:** el cálculo dental es una biopelícula calcificada que se deposita sobre las superficies dentales, bien sean coronales o radiculares y podría llegar a considerarse como la etapa final de la formación de la biopelícula.
- **Placa bacteriana supragingival:** es la placa dental localizada en el margen gingival o por encima de éste. También la placa supragingival es considerada como una biopelícula adherida a una superficie sólida, no descamativa, formada por multitud de colonias heterogéneas.
- **Placa Bacteriana Subgingival:** es considerada la placa dental localizada por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido del surco gingival. La placa subgingival pueda que sea el único caso de dos biofilms adyacentes, uno adherido a la superficie radicular del diente y el otro, adherida a las células epiteliales del surco o bolsa periodontal.
- **Prevención en salud oral:** son todas aquellas actividades que buscan controlar los factores de riesgo causante de las diferentes patologías orales.
- **Prevención primaria:** es el conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia.

- **Promoción de salud oral:** es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud oral y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.
- **Seda dental:** es un elemento de higiene oral conformado por múltiples filamentos unidos dentro de una hebra o un solo filamento en cinta. Su material es fibra sintética a la cual se le puede o no adicionar cera.
- **Raspaje:** procedimiento necesario para la remoción de los depósitos duros y blandos de la superficie del diente.

13. Anexos

Remisión clínica

La remisión clínica es un documento a través del cual se deriva el paciente a otro nivel de atención o servicio, para continuar con su tratamiento odontológico. Debe ser elaborado adecuadamente para ofrecer un servicio de calidad. Es por ello que las presentes recomendaciones pretenden proporcionar pautas a seguir para garantizar que la remisión clínica lleve la información requerida, y así sea de utilidad tanto para el profesional que remite como el que recibe al paciente.

La remisión clínica debe escribirse en letra legible, sin abreviaturas y contener la siguiente información:

1. Fecha.
2. Solicitud de valoración.
3. Nombre y edad del paciente.
4. Servicio o especialidad a la que se remite.
5. Motivo de consulta.
6. Resumen de historia clínica o Epicrisis.
7. Impresión diagnóstica o diagnóstico presuntivo.
8. Descripción del manejo clínico y terapéutico.
9. Solicitud de contra remisión.

Adjunte ayudas diagnósticas solicitadas; radiografías y exámenes.

14. Referentes consultados

Secretaría Distrital de Salud S.D.S

Diana Esther Celedón Sánchez
Yohanna Clavijo H.
Javier Cuéllar
Ricardo Durán Arango
Patricia Londoño Ulloa
Liliana Elizabeth López Sevillano
Rosa Nubia Malambo Martínez
Adriana Constanza Padilla Castañeda
Nancy Constanza Ramos
Jairo Hernán Ternera Pulido
Carmen Lucía Velásquez Maya

Hospital de Usme

Luis Guillermo Caicedo
María Gladys Galindo

Hospital de San Cristóbal

Cecilia Camargo

Hospital Candelaria

Martha Lucía Rojas

Hospital Fontibón

Ivonne Jimena Rada

Hospital Tunjuelito

Irma Fernández

Hospital Chapinero

Sandra M. Sánchez

Hospital Usaquén

Astrid Cañas P.