

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

NORMA TECNICA PARA LA ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

NORMA TECNICA PARA LA ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. JUSTIFICACIÓN | 55 |
| 2. OBJETIVO GENERAL | 56 |
| 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 66 |
| 2.1.1 Control y remoción de la placa bacteriana..... | 66 |
| 2.1.2 Aplicación de Flúor..... | 66 |
| 2.1.3 Aplicación de sellantes..... | 66 |
| 2.1.4 Detrastraje supragigival..... | 66 |
| 3. DEFINICIÓN | 66 |
| 3.1 ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL..... | 66 |
| 4. POBLACION OBJETO | 77 |
| 5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO | 77 |
| 5.1 CONTROL Y REMOCIÓN DE PLACA BACTERIANA (CONTROL DE PLACA DENTAL 99.7.3.00)..... | 77 |
| 5.1.1 Definición..... | 77 |
| 5.1.2 Población Objeto..... | 77 |
| 5.1.3 Descripción de la actividad..... | 78 |
| 5.2 APLICACION DE FLUOR (TOPICACIÓN DE FLÚOR EN GEL 99.7.1.03, TOPICACIÓN DE FLÚOR EN SOLUCIÓN 99.7.1.04)..... | 940 |
| 5.2.1 Definición..... | 940 |
| 5.2.2 Población Objeto..... | 940 |
| 5.2.3 Descripción de la actividad..... | 940 |
| 5.2.4 Indicaciones para la aplicación de fluoruros..... | 1044 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 5.3 APLICACION DE SELLANTES EN FOSETAS Y FISURAS (APLICACIÓN DE SELLANTES DE AUTOCURADO 99.7.1.01 APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO 99.7.1.02) | <u>1142</u> |
| 5.3.1 Definición | <u>1142</u> |
| 5.3.2 Población Objeto..... | <u>1142</u> |
| 5.3.3 Descripción de la actividad | <u>1242</u> |
| 5.3.4 Indicaciones | <u>1343</u> |
| 5.4 DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL (CONTROL MECANICO DE PLACA 99.7.3.01)..... | <u>1344</u> |
| 5.4.1 Definición | <u>1344</u> |
| 5.4.2 Población Objeto..... | <u>1344</u> |
| 5.4.3 Descripción de la actividad | <u>1344</u> |
| 6. FLUJOGRAMA | <u>1647</u> |
| 7. BIBLIOGRAFÍA..... | <u>2021</u> |

1. JUSTIFICACIÓN

Los resultados del III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL - ENSAB III (1998), muestran una notable mejoría con los datos reportados del Estudio de Morbilidad Oral de 1977-80, debido a los programas de promoción y prevención de la salud bucal que se han venido realizando.

De acuerdo con el ENSAB III con relación a la caries dental, para la dentición temporal el ceo-d en los niños de 5 años disminuyó a 3.0 y para la permanente el COP-d disminuyó a 2.3 a los 12 años, con un gran promedio de dientes temporales y permanentes sanos en boca que requieren medidas preventivas y un 10% en promedio con necesidad de operatoria dental.

En relación con la enfermedad periodontal se observó para la población general que el Índice de Extensión y Severidad (IES) general fue de (16,1.2), lo que significa que el 16% de las superficies están afectadas con un promedio de pérdida de inserción de 1.2 mm, en tanto que el Índice de Extensión y Severidad específico fue (32,1.4). Igualmente la población afectada con al menos un marcador periodontal (sangrado, cálculos o bolsas) fue de 92.4% (8.8% sangrado, 53.3% sangrado y cálculos, 26.5% bolsas pandas y 3.8% bolsas profundas), sin embargo llama la atención que a los 12 años el 60.9% de los niños presentan sangrado y cálculos.

Por otro lado, se observó que el 81.6% de la población colombiana presentó placa banda al momento de realizar el examen odontológico, siendo mayor la presencia de placa en menores de 20 años y el índice de placa blanda (1.3 - 1.2, categoría regular).

Lo anterior implica la necesidad de establecer normas para el desarrollo de actividades preventivas que permitan limitar el daño, mejorar las condiciones de salud bucodental y mantener los niveles alcanzados en salud; ya que la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal, son patologías bucales prevenibles. Por esta razón y teniendo en cuenta que el Acuerdo 117/98, incluye la atención preventiva en salud bucal como una actividad de obligatorio cumplimiento, se presenta la siguiente norma técnica.

2. OBJETIVO GENERAL

Disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1.1 Control y remoción de la placa bacteriana

Revisar la cantidad de placa bacteriana presente en la boca, enseñar la forma de eliminarla diariamente de los dientes y tejidos circundantes de cavidad oral como lengua, paladar, surco y vestibular; entre otros, e indicar al paciente la forma adecuada de realizar el cuidado bucal diario.

2.1.2 Aplicación de Flúor

Fortalecer la superficie del diente (esmalte), así como reducir la acción de los microorganismos (*streptococo mutans* principalmente), la producción de ácidos y la formación de cavidades en el tejido dentario.

2.1.3 Aplicación de sellantes

Modificar la superficie de diente en áreas que presenten fosas y fisuras a fin de disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal y minimizar el riesgo de iniciación de caries dental en las superficies con fosas y fisuras profundas.

2.1.4 Detrartraje supragigival

Remover mecánicamente la placa bacteriana y los depósitos calcificados de la porción coronal del diente, para evitar daños en los tejidos de soporte.

3. DEFINICIÓN

3.1 ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL

La Atención Preventiva en Salud constituye un conjunto de actividades con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población.

Esta compuesta por:

- Control y remoción de placa bacteriana

- Aplicación de flúor
- Aplicación de sellantes
- Detartraje supragingival (Control mecánico de placa)

4. POBLACION OBJETO

La aplicación de las presentes Normas Técnicas de Atención Preventiva en Salud Bucal deben cubrir a toda la población mayor de dos (2) años afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado.

5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO.

5.1 CONTROL Y REMOCIÓN DE PLACA BACTERIANA (Control de placa dental 99.7.3.00)

5.1.1 Definición

Son las acciones encaminadas a conservar un bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral, mediante la identificación, demostración de 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 de higiene oral, con las indicaciones respectivas al paciente para mantener la cavidad bucal con un nivel mínimo de placa bacteriana.

5.1.2 Población Objeto

Población mayor de dos años

5.1.3 Descripción de la actividad

Esta actividad esta compuesta por una serie de acciones que realiza la auxiliar de higiene oral, bajo la supervisión del odontólogo general o por el mismo odontólogo, con una frecuencia de dos veces por año para la población de 2 a 19 años y, una vez por año para la población mayor de 20 años. En aquellas personas que presentan xerostomía, discapacidad física o mental, falta de habilidad manual, presencia de aditamentos dentales se requiere una mayor concentración acorde con la situación del individuo.

La actividad se realiza siguiendo estos pasos:

- Se inicia con el suministro de una sustancia o pastilla reveladora de placa al paciente, quien la distribuye por todas las superficies dentales con la lengua y procede a enjuagar la boca con agua. Luego se identifican las superficies teñidas por la sustancia, que corresponden a zonas de acumulo de placa bacteriana y se le muestran al paciente con la ayuda de un espejo de mano. Finalmente el encargado de realizar la actividad realiza el registro de las superficies teñidas en los formatos correspondientes y calcula el índice de placa de O'Leary, es decir la relación entre el total de superficies teñidas con placa bacteriana sobre el total de superficies dentales presentes (cuatro superficies por cada diente) multiplicado por 100 y expresado en porcentaje.
- Se evalúa la forma como el paciente realiza la limpieza oral diaria e indica la técnica adecuada de higiene bucal, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
- La limpieza interproximal se hace con seda dental, elemento elaborado para eliminar la placa interdental en las superficies mesiales y distales, supra y subgingivalmente de los dientes mediante el arrastre de restos alimenticios por el roce del hilo sobre la superficie dental, como complemento del cepillado dental. Se corta 20 - 30 cms del hilo y enrolla las puntas alrededor de los dedos para su manipulación, se deja de 5 - 7 cms de parte activa e introduce en los espacios interproximales hasta llegar a la zona subgingival.
- Para las personas con problemas de destrezas, prótesis fija o aparatología de ortodoncia se recomienda el uso de dispositivos como portahilos y enhebradores de hilo dental, los primeros mantienen tenso el hilo mientras se pasa a través del punto de contacto, y los segundos ayudan a introducir la seda bajo los arcos de alambre en los pacientes con tratamiento de ortodoncia o con prótesis fija.
- El cepillado dental es el método más eficaz para la remoción de la placa bacteriana, se realiza en orden para evitar dejar áreas sin limpiar con movimientos de barrido, es decir los dientes superiores hacia abajo y los inferiores hacia arriba tanto por vestibular como palatino o lingual, en las superficies oclusales de molares y premolares se hacen movimientos circulares con el fin de remover la placa retenida en los surcos. Para el cepillado dental es fundamental el desarrollo psicomotor del individuo, por eso en los niños (de 2 a 12 años), ancianos y personas con discapacidad física y/o mental esta actividad debe realizarse con supervisión de los padres o un adulto.

- La higiene bucal se finaliza con la remoción de la placa depositada en los tejidos blandos y mucosas de la cavidad bucal, como lengua, encía, paladar y surco vestibular, cepillando con precaución pero de forma eficaz.
- La crema dental se utiliza como agente abrasivo y detergente, con agentes saborizantes y sustancias como el flúor que ayudan a la prevención de la caries dental en concentraciones que varían entre 1200 y 1500 ppm. En el país. Debido a la gran cantidad de fuentes de flúor y con el fin de evitar los efectos producto de sobredosificación de crema dental, se recomienda utilizar 0.5 cm de crema sobre el cepillo dental como cantidad ideal, ya que al ingerir o utilizar inadecuadamente el flúor se puede causar daños en la estructura dentaria como fluorosis dental, especialmente en los niños de 2 a 5 años.
- Finalmente se realiza la profilaxis o limpieza de la superficie de los dientes por parte del personal capacitado (odontólogo general o auxiliar de higiene oral) en el consultorio odontológico con una copa de caucho y pasta profiláctica, diente por diente con movimientos circulares hasta remover la película de placa bacteriana de las superficies dentales por 5 minutos aproximadamente. En las superficies vestibulares y linguales o palatinas se utiliza copa de caucho y en las superficies oclusales de molares y premolares los cepillos. El riesgo de un daño abrasivo en la superficie dental durante la profilaxis es mínimo.

El control se realiza en forma semestral o anual de acuerdo a la edad del paciente

5.2 APLICACION DE FLUOR (Topicación de flúor en gel 99.7.1.03, topicación de flúor en solución 99.7.1.04)

5.2.1 Definición

Actividad que busca aplicar, frotar o poner en contacto la porción coronal del diente con una sustancia que contenga flúor para incorporarla a la superficie y producir mayor resistencia a la caries.

5.2.2 Población Objeto

Población de 5 a 19 años de edad.

5.2.3 Descripción de la actividad

Esta actividad la realiza personal capacitado como el odontólogo general o la auxiliar de higiene oral, en el consultorio odontológico, con la infraestructura necesaria que permita el adecuado manejo del material y el menor riesgo para el paciente, debido a que el flúor es una sustancia altamente tóxica al ser ingerida.

Para iniciar esta actividad se sienta al paciente en la silla odontológica en posición erecta con la cabeza inclinada hacia adelante a fin de disminuir el riesgo de ingestión de flúor; se establece el tamaño adecuado de la cubeta para flúor desechable y se llena la cubeta con una cantidad máxima de 2 ml. o 40% de su capacidad con fluoruro.

Al paciente se le aíslan los dientes con rollos de algodón y se secan con la jeringa de aire para obtener un campo seco que permita mayor absorción de fluoruro. Luego se inserta la cubeta en la boca por 4 minutos, presionándola contra los dientes, para asegurar el cubrimiento de los espacios interproximales y se le pide a la persona que cierre la boca para ayudar a llevar el fluoruro alrededor de todas las superficies dentales. Se succiona durante todo el tiempo de aplicación, ya que al remover el exceso de saliva se evita que el fluoruro se diluya.

Finalmente se le pide a la persona que incline la cabeza hacia abajo para retirar la cubeta bucal, que expectore y se succiona por 30 segundos más después de la aplicación. En esta actividad se debe mantener supervisión continua con el fin de prevenir accidentes con fluoruro.

5.2.4 Indicaciones para la aplicación de fluoruros

Se realiza 2 veces al año en niños que presentan una o varias de las siguientes condiciones:

- Hábitos de higiene bucal deficientes.
- Índice COP/ceo alto (historia de caries)
- Malposición dentaria
- Hábitos alimentarios ricos en carbohidratos (azúcares refinados)
- Aparatología de Ortodoncia
- Superficie del esmalte irregular
- Morfología dentaria retentiva
- Xerostomía
- Pacientes con discapacidad física y/o mental

No se les aplica flúor tópico a los pacientes que posean las siguientes características en su totalidad:

- Adecuada higiene bucal
- Dieta balanceada (rica en fibra)
- Adecuada posición dentaria
- Flujo salivar adecuado

Igualmente, para aquellos niños residentes en los municipios con altos contenidos de flúor en el agua, de acuerdo con el "Inventario del contenido natural de flúor en las aguas para consumo público" realizado en 1988, no se les aplica flúor debido al elevado riesgo de adquirir fluorosis dental; estos municipios son:

- Atlántico: Luruaco, Usiacurí
- Bolívar: Margarita
- Cesar: San Martín
- La Guajira: San Juan del Cesar
- Huila: Gigante (Potrerillos), Hobo, Rivera y Suaza
- Meta: Puerto López
- N. Santander: Arboledas y Salazar
- Santander: Cepitá.

5.3 APLICACION DE SELLANTES EN FOSETAS Y FISURAS **(Aplicación de sellantes de autocurado 99.7.1.01 Aplicación de sellantes de fotocurado 99.7.1.02)**

5.3.1 Definición

Es la modificación morfológica de la superficie dental mediante la aplicación de una barrera física (resina adhesiva) en las fosas y fisuras profundas de los dientes que permita disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal.

5.3.2 Población Objeto

Población de 3 a 15 años.

5.3.3 Descripción de la actividad

Esta actividad la realiza el personal capacitado como el odontólogo general o la auxiliar de higiene oral, en el consultorio odontológico con la infraestructura adecuada que permita la manipulación del material y colocación correcta de los sellantes de foseas y fisuras en el paciente.

Inicialmente se remueve la placa de las superficies donde se va a aplicar el sellante de foseas y fisuras con cepillos y materiales abrasivos como piedra pómez, se aíslan los dientes con rollos de algodón o dique de caucho con el fin de garantizar un campo totalmente seco y se seca la superficie o superficies a sellar con aire comprimido libre de impurezas.

Se graba la superficie del diente mediante la aplicación de una sustancia ácida (generalmente ácido fosfórico al 35%) por un minuto para dientes permanentes y 1.5 minutos para dientes deciduos, formándose microporosidades en la superficie del esmalte para facilitar la adhesión del sellante a la superficie dental.

Inmediatamente se procede a hacer un lavado de la superficie con agua por 15 segundos, se seca y observa que la superficie quede con un aspecto lechoso y opaco, lo que indica que el procedimiento fue exitoso.

Enseguida se aplica el sellante que puede ser de autocurado o fotocurado, cuya diferencia radica principalmente en la forma como se polimeriza el material. El de fotocurado polimeriza por la acción de un rayo de luz intensa proveniente de una fibra óptica, que se coloca a dos milímetros de la superficie del diente de 20 a 30 segundos; el de autocurado requiere de la mezcla de dos sustancias, un monómero y un catalizador que al unirse se endurecen después de un corto tiempo (período de tiempo utilizado para la manipulación y aplicación del material en la superficie del diente)³.

Posteriormente se evalúa el nivel de adherencia y la presencia de burbujas en el sellante con un explorador, si se encuentra alguna de estas fallas se graba la superficie nuevamente por 10 segundos y se repite el procedimiento.

Finalmente se realiza el control de oclusión con papel de articular de 8 micras para detectar áreas de mayor contacto por excesos de material sellante y se eliminan con discos de pulido.

Los dientes sellados se evalúan cada seis meses o cada año, a juicio del operador, debido a que la pérdida parcial o total del sellante presenta fallas que ocurren con posterioridad a su aplicación y estas son manifiestas dentro de los seis a doce meses de realizado el tratamiento.

5.3.4 Indicaciones

Se aplica sellantes de fosetas y fisuras a todos los pacientes que presenten las siguientes condiciones. (Se ha demostrado que estos materiales son de igual calidad y resistencia si el procedimiento es el correcto):

- Molares permanentes recién erupcionados con surcos y fisuras angostos y profundos.
- Molares con surcos profundos no remineralizados deciduos o permanentes.

Y que presenten alguna de las siguientes características:

- Pacientes con deficiencias en la higiene bucal.
- Índice COP/ceo alto (historia de caries)
- Consumo de dieta rica en carbohidratos y azúcares.
- Malposición dentaria.
- Aparatología de Ortodoncia y
- Pacientes con discapacidad física y/o mental.

5.4 DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL (CONTROL MECANICO DE PLACA 99.7.3.01)

5.4.1 Definición

Procedimiento clínico realizado para remover y eliminar en forma mecánica la placa bacteriana y los cálculos de la porción coronal del diente para evitar los daños en los tejidos de soporte y así disminuir la presencia de gingivitis y periodontitis.

5.4.2 Población Objeto

Población mayor de 12 años.

5.4.3 Descripción de la actividad

El detartraje supragingival debe ser realizado por personal capacitado (odontólogo general o auxiliar de higiene oral) una vez cada 6 - 12 meses, a juicio del operador con la infraestructura adecuada, ya que se remueven cálculos supragingivales de

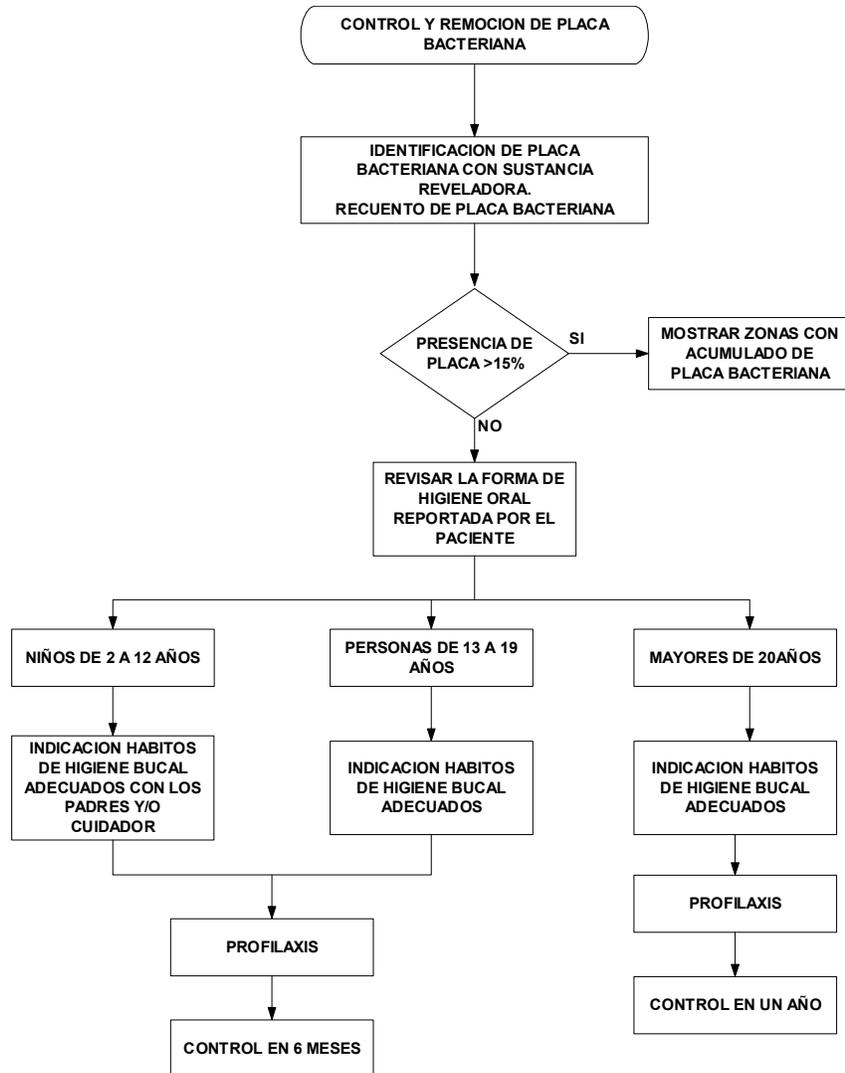
todas las superficies dentales con instrumentos mecánicos (curetas) y se elimina placa blanda con una profilaxis.

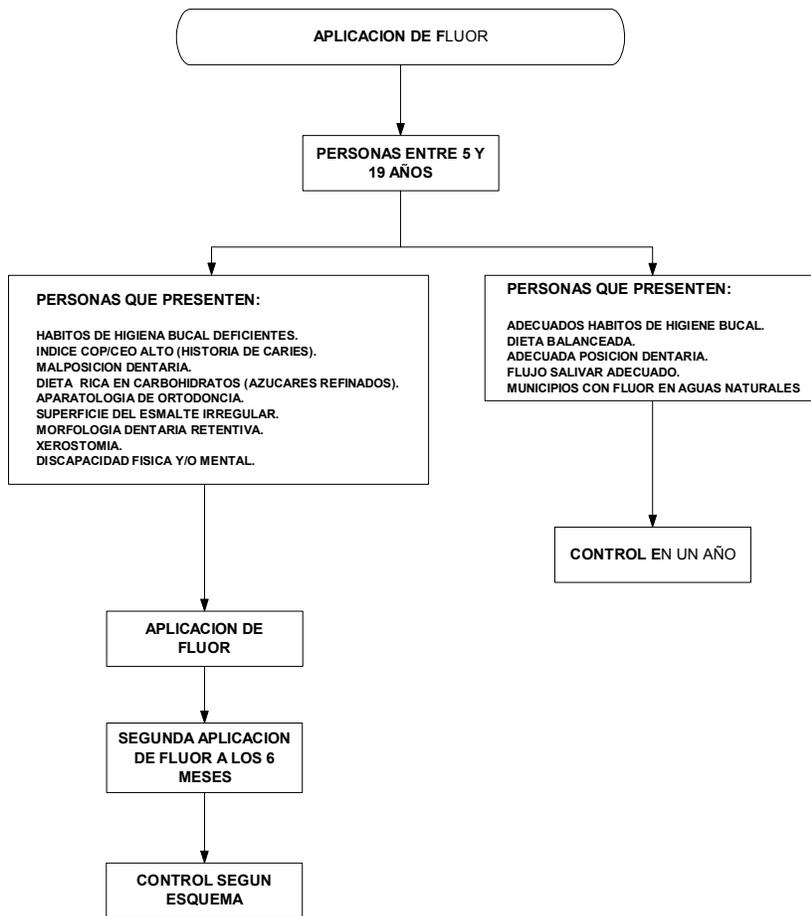
El primer paso de esta actividad es la realización de una evaluación de los sitios donde se encuentran depósitos de placa bacteriana y cálculos supragingivales, los cuales se encuentran con mayor frecuencia en las zonas mandibulares linguales y maxilares vestibulares donde se encuentra mayor flujo salivar.

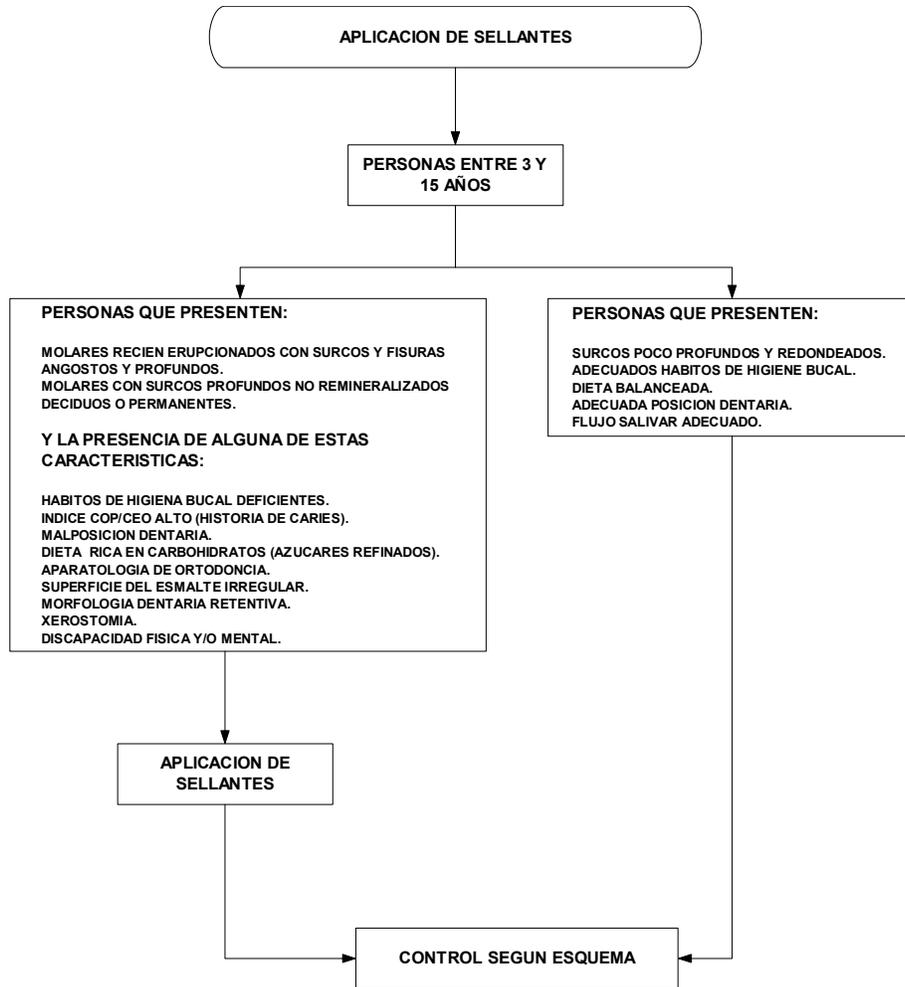
Se procede a realizar la remoción de cálculos y manchas ubicados en la porción coronal de los dientes con curetas especializadas, posteriormente con una copa de caucho rotatoria y la aplicación de la pasta profiláctica se limpian las superficies del diente. Después de un proceso profesional cuidadoso de limpieza los dientes son rediagnosticados para asegurar que todas las superficies dentales están libres de placa y cálculos.

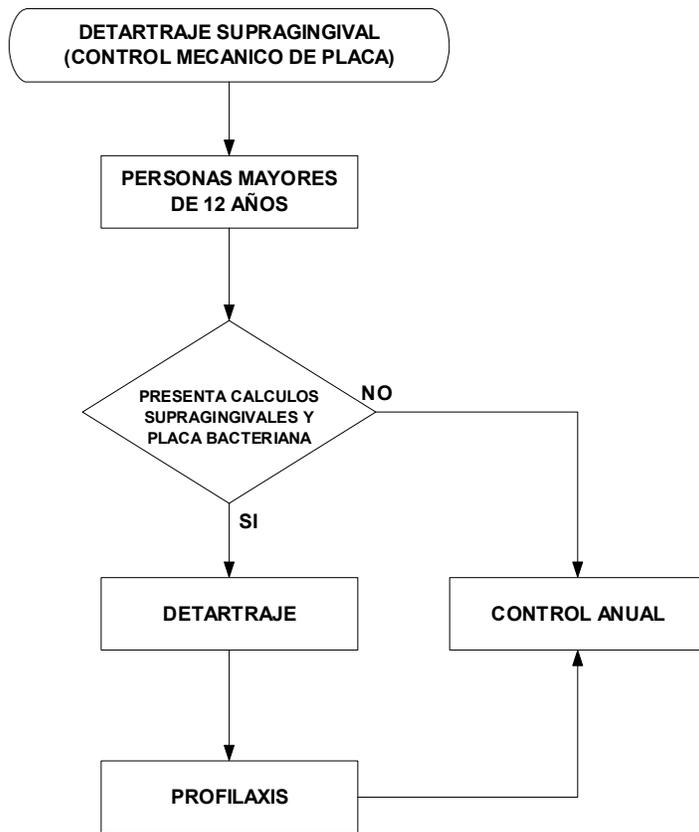
Para aquellos pacientes con presencia de cálculos subgingivales o de gran extensión, con o sin movilidad del diente y/o pérdida de la inserción, se realiza una evaluación minuciosa que permita establecer la necesidad de atención de mayor complejidad (Odontólogo General o Periodoncista).

6. FLUJOGRAMA









7. BIBLIOGRAFÍA

- ~~4~~1 HERAZO ACUÑA, Benjamín, AGUDELO A. Myriam Luz. Sellantes en Odontología. 1997
- ~~2~~2 Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117. Santa Fe de Bogotá, 1.999.

Con formato: Numeración y viñetas