

GUÍA CLÍNICA PARA USO DEL BARNIZ DE FLUOR EN LA IPS
ODONTOLÓGICA CES SABANETA.

Recopilado por estudiantes X semestre 2013 - 2:

Paula Andrea Duque Quintero
Anabel Giraldo Giraldo
Pablo Gómez Echeverri
Santiago Monsalve Rodas
Evelyn Juliana Oquendo Arango

Revisado por:

Dra. Yasmy Quintero M.
Dra. María Cristina Giraldo Z.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD CES
2013

1. JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA

La IPS CES Sabaneta, es el centro de prácticas principal de la Facultad de Odontología de la Universidad CES. Desde sus inicios (finalizando la década de los setenta), el enfoque integral de la atención del paciente, ha contribuido al mejoramiento de la situación de salud bucal de la población mediante actividades que favorecen el refuerzo de hábitos saludables para el cuidado bucal y los tratamientos preventivos y de intervención que allí se brindan para los diferentes grupos de edad.

La salud bucal tiene un impacto significativo en la salud general y el bienestar del individuo, sin embargo, no se tiene conciencia universal acerca del cuidado bucal. Cuando no es tratada oportunamente, la caries dental se convierte en un factor de riesgo para la presencia de otras enfermedades sistémicas y complicaciones de tipo infeccioso¹.

La caries es una enfermedad multifactorial, caracterizada por la destrucción de tejidos duros del diente tales como esmalte, dentina y cemento; como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana siendo ésta compuesta por restos alimenticios y bacterias (estafilococos mutans y lactobacilos)². La destrucción química de la caries, está asociada a ingesta de azúcares, ácidos contenidos en bebidas y otros alimentos. También, se sabe que otro factor importante es la mala técnica de higiene o falta de cepillado y carencia del uso de seda dental como se podría deducir en el tiempo si no se retira la placa del sitio estará ocasionando un microambiente ácido generando desmineralización localizada en la superficie donde se encuentra siendo la mancha blanca el primer signo de caries ocurriendo por el intercambio iónico y descalcificación del esmalte donde se encuentra el biofilm o placa blanda³.

Siendo la caries dental un problema que afecta a la población en edades tempranas, se han implementado diferentes programas a nivel nacional e institucional enfocados en la promoción y la prevención de la misma³.

La universidad CES se ha comprometido como institución, a realizar proyectos de promoción y prevención en diferentes colegios, fundaciones e instituciones en donde la población requiere de enseñanza y motivación con el fin de mejorar el estado de salud oral.

2. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DE LA REMINERALIZACIÓN Y EL BARNIZ DE FLUOR

Se utilizará la guía como ayuda para la atención preventiva controlada de pacientes de todas las edades que asisten a las clínicas de la IPS CES Sabaneta, con el fin de proporcionar mediante el barniz de flúor una protección a largo plazo. Existen protocolos del manejo del barniz que son mostrados en diferentes medios de comunicación y que tendremos la oportunidad de observar con mas detalle los encontrados en la universidad.

Estudios en otras poblaciones, han asociado la presencia de caries de la infancia temprana la cual es definida como forma rápida y severa de ésta patología que afecta a los dientes temporales, con signos de desnutrición en niños entre tres y cinco años de edad y han comprobado que una vez tratados, recuperan peso y alcanzan el percentil de los niños sanos⁴.

La caries dental es un problema de salud pública en cualquier sociedad. Según el III estudio nacional de salud bucal (1998), en Colombia, la prevalencia más alta de caries se encontró en la región oriental (Orinoquía y Amazonía) con un 65.3% y 83.5% respectivamente, no muy alejado de esta cifra se encuentra Medellín con un 52.5%.⁴ El desplazamiento forzado y la pobreza así como la marginalidad y la exclusión social en Colombia constituyen graves problemas de salud pública³.

Para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud, ejerciendo un mayor control sobre la misma, se realiza una intervención en los determinantes de la salud y reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud³.

En este contexto, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden considerar como dos actividades distintas, pero complementarias, que se superponen en una serie de situaciones o circunstancias. Las medidas de promoción y prevención son una base fundamental para el desarrollo de una buena salud bucal teniendo en cuenta que este es el principal objetivo de la odontología preventiva ³.

A nivel mundial, el 60-90% de los niños de la escuela y casi el 100% de los adultos tienen caries dental, que a menudo conducen al dolor y el malestar. "En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento, pero en realidad, puede prevenirse", declaró la Dra. Catherine Le Galès-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, quien afirmó también en la misma publicación que "Existe la idea de que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, cuando en realidad afecta a entre el 60% y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos". La caries dental es también la enfermedad bucodental más frecuente en varios países asiáticos y latinoamericanos ⁵.

En Colombia, según los datos disponibles en el ENSAB III, la relación de niños que presentan daño bucal, aumenta dramáticamente con los años, situación que

se evidencia con la necesidad de una intervención precoz en este grupo poblacional. Los temas que se abordan en este estudio se circunscriben a los problemas de caries. Para poder comprender qué tipo de acciones preventivas, basadas en evidencia, son posibles de instaurar a nivel de la educación infantil, lo que se persigue con ellas, y el efecto que tienen sobre el desarrollo de las potencialidades de los niños, en cuanto a su calidad de vida y bienestar general, se detallan a continuación los conceptos fundamentales que sustentan este proyecto de investigación⁶.

La caries dental es la enfermedad crónica más común de la niñez, es el resultado de la desmineralización de la superficie del diente producto del metabolismo de bacterias cariogénicas presentes en la placa bacteriana, que aprovechan los carbohidratos de la dieta para producir ácidos, los que destruyen progresivamente la estructura mineralizada y proteica del diente. La situación de salud bucal, en Colombia, revela que existe alta prevalencia y severidad del daño por caries en nuestra población, en todos los grupos etarios⁷.

Se asocia también a errores en las técnicas de higiene así como pastas dentales inadecuadas, falta de cepillado dental, ausencia de hilo dental, así como también con una etiología genética. Se estudia aún la influencia del pH de la saliva en relación a la caries. Tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis⁷.

En Colombia, según resultados ENSAB III, la prevalencia de caries en la dentición primaria, de 54.8% a los 5 años y de 63.8% a los 7 años, pone en evidencia que entre los niños que tienen historia de caries, más de las 2/3 partes tienen lesiones cavitarias no tratadas, lo cual representa necesidades de atención acumuladas y riesgo para nuevas lesiones en la dentición permanente⁶.

Varios estudios identifican a los barnices de flúor como un agente anticaries efectivo. Cuando se utiliza de manera adecuada, puede reducir en un 40-56% la caries incipiente, en un 36% las caries de fisuras y en un 66% las de superficies

lisas. Además, puede mejorar en un 51 % las descalcificaciones de la estructura dental y reducir en un 21-35% la desmineralización del esmalte. En un estudio reciente, Peyron y col. observaron un efecto cariostático al aplicar barniz de flúor en caries interproximales incipientes. Seppa y col. observaron que es tan efectivo en estos casos como los compuestos acidulados de fosfato y flúor (APF) en forma de gel. Por su parte, Tewari y col. observaron una reducción de caries al usar el Duraphat de un 70-75% en comparación con el uso de APF o del fluoruro sódico (NaF)⁸.

Descripción de las presentaciones comerciales de Barnices de Flúor

1. Duraphat[®]: Fluoruro de sodio al 5% en base viscosa de colofonia (Resina derivada de la resina del pino). 1ml. de barniz contiene 50 mg. de NaF (22.6 mg/ml de fluoruro). Presentación: tubo de 10 ml. La FDA permite su uso como agente desensibilizante en dientes hipersensibles. La base de resina es una suspensión alcohólica que, cuando se aplica en la superficie del diente y se evapora el componente volátil, dejando una capa de barniz rica en fluoruro adherida a la superficie.

2. Flúor Protector[®]: 1% de difluorosilano en una base de poliuretano. 1 ml. contiene 1mg. de ión flúor. Presenta menor pH que el Duraphat. Presentación: caja con 20 viales. Cada vial contiene 0.4 ml. (0.4 mg F) de barniz. Menor viscosidad que el Duraphat o el Duraflor.

3. Duraflor[®]: Fluoruro de sodio al 5% y xilitol en suspensión alcohólica de resinas naturales. 22.6 mg F/ml. El xilitol hace que tenga un sabor más aceptado por el paciente. Menor viscosidad que el Duraphat. Presentación: Tubo de 10 ml.

4. Cavity Shield[®]: Fluoruro de sodio al 5% en base de resina. 1 ml. de barniz contiene 50 mg. de NaF. Presentación: Barniz monodosis de 0.25 o 0.40 ml., dependiendo del número de dientes a tratar esto evita gastar más de lo necesario, mejorando la relación costo/beneficio, previene una sobre

aplicación al paciente, reduce la posibilidad de sobreingestión y previene la toxicidad por flúor¹⁴.

Frecuencia de aplicación

La frecuencia de aplicación del barniz está en función del riesgo de caries del individuo. La más utilizada suele ser la aplicación semestral. Existen varias secuencias de aplicación propuestas:

1. Una aplicación cada 6 meses.
2. Una aplicación 4 veces al año (cada 3 meses).
3. Tres aplicaciones en un período de 1 semana.

La aplicación semestral del barniz de flúor será óptima para obtener los beneficios deseados ya que la reaplicación de es fundamental para su éxito, la frecuencia entre una y otra podría variar según el riesgo de caries de cada individuo⁸.

El barniz de flúor es un sistema seguro y eficaz para liberar flúor en el diente formando fluoruro de calcio por periodos mayores de tiempo ya que al tener una adherencia al diente este reservorio permite una liberación prolongada, siendo eficaz en el control de la progresión de caries, favoreciendo la remineralización de la superficie del diente. Es más efectivo cuando se utiliza en las lesiones blancas incipientes, las cuales tienen la superficie del esmalte intacta. Una vez formada la cavidad, es más apropiado realizar una obturación⁸.

Al proveer un control eficaz contra la caries, será útil para el manejo de pacientes con deficiencia en la salivación lo cual aumenta la prevalencia de lesiones cariosas, ya sea por ingerir medicamentos crónicamente, recibir radiación en cabeza y cuello o por atrofia de glándulas salivales, también se verán beneficiados los pacientes con aparatología fija e higiene oral deficiente. Su aplicación al ser fácil y segura lo hace un buen candidato para protocolos de prevención dental minimizando la ingesta obteniendo mejor riesgo beneficio⁸.

Otros estudios, hablan sobre determinar la efectividad y seguridad de los barnices de flúor en la prevención de caries dentales en niños y examinar los factores que potencialmente modifican su efecto.

La prevención de la caries dental en niños y adolescentes es generalmente considerado como una prioridad para los odontólogos debido a que este tratamiento resulta rentable en cuanto a economía y a eficiencia.

El efecto anti-caries dado por el Flúor es el resultado de su acción sobre la interfase diente/placa a través de la promoción de la remineralización de las lesiones incipientes y mediante la reducción de la solubilidad del esmalte dental

La amplia disponibilidad de fluoruro proveniente de múltiples fuentes, ha hecho que se genere la duda de si la aplicación tópica de flúor es eficaz en la reducción de caries, o por el contrario contribuye a aumentar el riesgo de fluorosis.

El uso de barnices de flúor se considera apropiado para los individuos que son susceptibles a la presencia de caries desde incipientes hasta severas⁹.

Según la revisión bibliográfica *Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents*+*Barnices de fluor para la prevencion de caries dental en niños y adolecentes*+ realizada de artículos de la base de datos de Cochrane reporta que existen dos tipos de barnices de flúor comercialmente como Duraphat y Flúor Protector, que contienen fluoruro de sodio en una concentración de 22600 partes por millón y fluoruro de silano en la concentración de 7000 ppm respectivamente y que la cantidad de barniz que se aplica debe ser generalmente de 0,5 ml en promedio para un niño⁹.

Para que el tratamiento tenga éxito, es primordial que se logre el control del biofilm. Por eso, las aplicaciones más frecuentes forman parte de una estrategia de motivación y de educación en el sentido de supervisar el control de la higiene bucal, evitando de esta manera aparición de nuevas lesiones. Este protocolo sirve como guía, de fácil aplicación en la práctica clínica, no obstante el juicio clínico del profesional, que considera el análisis de cada uno de los factores de riesgo y de protección en cada caso en particular, podría en algún momento sugerir alguna modificación. Los productos a base de CHX son una buena alternativa por su baja toxicidad, con pocos efectos colaterales, de amplio espectro antimicrobiano y de

fácil aplicación sobre todo en el caso de pacientes discapacitados y en niños muy pequeños⁹.

Principalmente en relación a la acción directa sobre el control de la infección dentobacteriana y remineralización de los tejidos, desempeñando así un papel terapéutico fundamental en el equilibrio y acondicionamiento de la cavidad bucal para el tratamiento restaurador y simultáneamente en el control mecánico del biofilm. No obstante, ningún antimicrobiano ha demostrado ser completamente efectivo; el uso de estos agentes debe ser analizado en cada paciente, siguiendo criterios clínicos especialmente en relación al control de los factores de riesgo.

Varios estudios identifican a los barnices de flúor como un agente anticaries efectivo. Cuando se utiliza de manera adecuada puede reducir en un 40-56% la caries incipiente, un 36% caries de fisuras y un 66% las de superficies lisas. Además puede mejorar en un 51% las descalcificaciones de la estructura dental, y reducir la desmineralización del esmalte en un 21-35%.

La caracterización de los diversos pacientes se llevará a cabo dependiendo de las necesidades que requieran los diferentes rangos de edad como:

Pacientes con riesgo de caries alto, caries en fosas y fisuras, manchas blancas, lesiones interproximales, aparatología fija y ortodoncia, raíces expuestas y caries secundaria⁹.

El barniz a parte de utilizarse directamente en lesiones cariosas se utiliza en muchas otras situaciones con el mismo propósito; es decir, prevenir la caries y remineralizar los dientes aplicado en los casos de: selle de bordes de restauraciones tanto de operatoria como coronas, en raíces expuestas; ya que la dentina en esta superficie es altamente susceptible a la caries necesitando así una protección adicional¹⁰.

3. PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR

En la IPS CES Sabaneta se usa el barniz de flúor Colgate Duraphat que cuenta con una experiencia clínica muy amplia, comprobado por su costo-efectividad, es fácil y seguro de aplicar y tiene mucha aceptación entre los pacientes. Estudios de revisión sistemática muestran una efectividad en reducción de caries entre un 46% y un 75%, superior a cualquier otro tipo de procedimiento profesional de aplicación tópica de fluoruros en el consultorio. Se recomienda aplicación cada 6 meses para un efecto comprobado en reducción de la caries, o de acuerdo con la valoración individual del riesgo de caries. Fácil manipulación, rápida aplicación y endurece en contacto con la humedad intraoral. Alta adherencia y permanencia en el tejido dentinario¹⁰.

La fundamentación presentada, se consolida para estandarizar el proceso que se llevará a cabo en las clínicas de la IPS CES Sabaneta, dando cuenta de la importancia de integrar todos los elementos que se constituyen en herramientas que contribuirán a mantener sana la población. A continuación, se describe el proceso de atención del paciente:

El paciente que ingresa a la clínica del CES en caso de ser menor de edad debe asistir a las citas con un acompañante mayor de edad quien será la persona a la que se le brinde la información que debe replicarse en casa, si es mayor de edad de igual manera se le dan indicaciones para mejorar la higiene oral en casa y así con la ayuda y compromiso del paciente se obtendrán mejores resultados ya que no es solo lo que se realiza en la práctica clínica sino que también se necesita colaboración por parte del paciente.

Es asignado a un estudiante, que se encargará inicialmente de brindarle información del programa y de la importancia de que la familia se involucre en el acompañamiento en casa de las actividades de cuidado bucal. Se entrega el plegable informativo (Anexo 1) con el que también, se lleva un registro de las fechas de atención con el fin de controlar las intervenciones realizadas al paciente.

Se continúa con el diligenciamiento del formato de evaluación de riesgo para caries dental, mediante el cual se indaga por factores cotidianos predisponentes de la caries dental. (Anexo 2)

Se realiza el examen clínico intraoral basado en los criterios de caries de NYVAD (Anexo 3) que proporciona información directa de la higiene oral de los niños y de la historia de caries actual y pasada ¹¹ y para lo cual uno de los investigadores está calibrado para la toma del registro. El índice de NYVAD, consta de criterios diagnósticos para el registro de caries dental diferenciando las lesiones de caries activas de las inactivas combinando criterios visuales con táctiles. Este índice identifica tres niveles de gravedad, dependiendo de la profundidad de las lesiones siendo superficie intacta, discontinuidad superficial en el esmalte o cavidad evidente en dentina. La técnica recomendada es el uso cuidadoso del explorador para limpiar suavemente la superficie a evaluar para comprobar la evidencia de pérdida de estructura dentaria visualizando cavidades o micro cavidades así como la textura superficial dura, blanda o rugosa¹¹.

Se procede a realizar el monitoreo de la presencia de película dentobacteriana por medio del índice de higiene de O` Leary,¹² (Anexo 4) el cuál se llevara a cabo con la utilización de una solución reveladora Proquident, la cual contiene como elemento principal eritrosina al 2.15%, con la que se observa cada superficie del diente si hay presencia o ausencia de placa dental, y para reforzar la motivación en higiene bucal se les obsequiara cepillo y crema dental a cada paciente.

Se establecen los diagnósticos y se define el plan de tratamiento. Se utilizará topicación con barniz de flúor Duraphat en: Pacientes con riesgo de caries alto, caries en fosas y fisuras, manchas blancas, lesiones interproximales, aparatología fija y ortodoncia, raíces expuestas y caries secundaria. El segundo examen de evaluación se realizara un mes después en el cual se llevara a cabo un nuevo

registro de riesgo de caries dental con los anexos elegidos al principio, además realizando profilaxis como parte de la atención primaria en salud oral y reforzando nuevamente los conceptos de higiene oral enseñados.

Lo anterior, se reforzará con actividades de educación en salud bucal a nivel individual y grupal, que incluya el uso de videos, juegos didácticos, obras de títeres entre otros con el fin de reforzar los mensajes positivos en salud bucal.

Ingesta y toxicidad

Existe la posibilidad de toxicidad por ingestión debido a la concentración elevada de flúor en estos barnices (22.6mg/ml). Por ello, debemos aplicar la cantidad justa sobre la superficie del diente. La dosis tóxica para un niño de aproximadamente 20 kg. De peso es de unos 100 mg. (la dosis tóxica del F es de 5mg/kg). Si usamos 0.5 ml en una aplicación, la cantidad de F ingerida puede ser de 11.30mg (por debajo de la dosis tóxica).

Parámetros para selección de paciente

1. Pacientes que se encuentren en tratamiento en la IPS CES Sabaneta que cumplan los demás criterios de inclusión.
2. Tasa de formación de biopelícula mayor 20%.
3. Presencia de mancha blanca activa. Según Clasificación de caries dental de NYVAD.
4. Múltiples restauraciones y/o Caries dental recidiva.
5. Dieta altamente criogénica.
6. Higiene oral Pésima- Padres desinteresados al respecto.
7. Lesiones cavitadas o restauraciones en mal estado con disminución de sensibilidad dentinal.
8. Paciente con alto riesgo de caries dental.
9. Paciente con aparatología fija de ortodoncia.

Descripción del proceso de aplicación del Barniz de Flúor

Se debe explicar antes de iniciar que tipo de producto se aplicará, beneficios y riesgos de este. Explicar que al aplicar quedará un color Amarillo en los dientes inicialmente.

Tiempo total de aplicación 4 minutos.



- ✓ Cantidad material dispensado 0.5 ml



- ✓ Profilaxis con Bicarbonato.



- ✓ Aislar y secar (Indicaciones del producto no menciona aislamiento absoluto).



- ✓ Aplicar En las superficies con Pincel. (Pincelar la superficie)



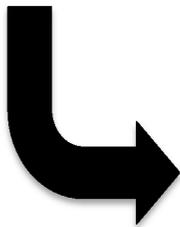
- ✓ Si se aplicara el barniz en toda la boca, hacerlo por cuadrantes.
- ✓ Arco inferior: Superficie Vestibular-Palatina-Oclusal.



- ✓ Importante pasar inmediatamente seda dental.



✓ Se indica no comer alimentos sólidos en tres horas, líquidos en 2 horas.



✓ No cepillarse antes de 12 horas.

Seguimiento del programa.

Para poder tener un control muy meticuloso de los pacientes que van a ser usuarios del barniz de flúor Duraphat y de su eficacia, se debe tener un seguimiento adecuado de la acción del producto y esto se logrará mediante la implementación de una hoja de control que será archivada en una carpeta en el almacén de la Universidad CES. Para cumplir las anteriores propuestas, se dotará éste de barniz de flúor Duraphat; así cuando algún estudiante haga uso del mismo se tendrá que llenar la información correspondiente para iniciar con el proceso. Es fundamental tener una excelente comunicación con el personal del almacén para que al momento de entregar el barniz se registre lo anteriormente dicho.

La hoja anexo en la carpeta incluirá:

- Nombre completo del paciente.
- Número de identificación.
- Fecha de uso del barniz.
- Zona de aplicación.

BIBLIOGRAFIA

1. Saldarriaga A, Arango CM, Cossio, M, Arenas A, Mejía C, Mejía, E, et al. Prevalencia de caries dental en preescolares con dentición decidua área Metropolitana del Valle de Aburrá. RevCES Odont. Vol. 22 - No. 2 2009:27. 34.
2. Soria Hernández MA, Molina-F N, Rodríguez-P R. Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. Acta Pediátrica de México. 2008 Feb;29:21. 4.
3. descargar.pdf [Internet]. [cited 2012 Nov 26]. Available from: <http://odontologos.coomeva.com.co/descargar.php?id=4015>
4. Revista de Salud Pública - Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia [Internet]. [cited 2012 Nov 26]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000100001
5. WHO | Oral health [Internet]. 2012 [cited 2012 Nov 26]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
6. REVISIÓN FINAL - 94a33f151ef4a574e04001011f0131dd.pdf [Internet]. [cited 2013 Aug 11]. Available from: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/94a33f151ef4a574e04001011f0131dd.pdf>
7. caries-medix.pdf [Internet]. [cited 2012 Nov 26]. Available from: <http://www.mipediatra.com/pdf/caries-medix.pdf>
8. García, Valoria A. Barniz de Fluor [Internet]. [cited 2013 Oct 2]. Available from: <http://www.geodental.com/default.htm?d=4681>
9. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents - Cochrane Database of Systematic Reviews - Marinho - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002279/pdf>
10. duraphat.pdf [Internet]. [cited 2012 Nov 27]. Available from: <http://www.appo.com.pe/publicaciones/duraphat.pdf>
11. Braga MM, Mendes FM, Martignon S, Ricketts DNJ, Ekstrand KR. In vitro comparison of Nyvad[®] system and ICDAS-II with Lesion Activity Assessment for evaluation of severity and activity of occlusal caries lesions in primary teeth. Caries Res. 2009;43(5):405. 12.
12. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. J Periodontol. 1972 Jan;43(1):38.

ANEXOS

Anexo 1: Plegable informativo para pacientes IPS CES Sabaneta

Uso de elementos preventivos: barniz de flúor



Beneficios del barniz de flúor:

- Eficaz y seguro en la prevención de la caries
- Rápido y fácil de aplicar

Recomendaciones después de la aplicación:

- El color de los dientes va a estar diferente durante las primeras horas, luego del primer cepillado el color vuelve a ser igual.
- Después de la aplicación debe esperar 3 horas para comer. La dieta para ese día debe ser blanda.
- El cepillado se realiza solo hasta 12 horas después de la aplicación. Puede usar seda dental.



Recuerde siempre 3 elementos para mantener la salud oral de su familia:

- ♦ Establecer una dieta balanceada para la familia, con bajo consumo de azúcares y harinas en el día.
- ♦ Hacer del cepillado una actividad familiar, donde el ejemplo de los adultos sea un fomento para el hábito del cuidado oral de los más pequeños de la casa.
- ♦ Visitar 2 veces al año al odontólogo.

Control de citas

Fecha DD/MM/AA	Procedimiento

Proyecto realizado por:

María Cristina Giraldo Z
Yasmi Quintero M.
Paula Duque
Juliana Oquendo
Anabel Giraldo
Santiago Monsalve
Pablo Gómez
2013

Con el apoyo de:



Todos podemos prevenir la caries dental



Conozca cómo protegerse

Programa de promoción y prevención en salud bucal
Facultad de odontología



Lo que debe saber:



La salud bucal puede tener un impacto significativo en la salud general y el bienestar del individuo, pero todavía hace falta mejorar la conciencia que se tiene sobre el cuidado bucal.



La caries dental, puede prevenirse con cuidados básicos, entre los que podemos mencionar: una dieta balanceada, higiene bucal apropiada, visitas periódicas al odontólogo y el uso de métodos de prevención apropiados.



La familia puede contribuir al cuidado bucal desde los primeros años, esto beneficiará la salud bucal de los menores y favorecerá su estado dental en la edad adulta.



Estamos comprometidos con mantener la salud bucal, por esto, mediante un programa que involucra una estrategia de educación en salud bucal y métodos preventivos efectivos, pretendemos contribuir a que los niños y las niñas se mantengan su boca sana.

¿Qué puede hacer para cuidar la salud bucal de sus hijos?



1. Control de la dieta

El odontólogo puede hacer un asesoramiento dietético individual para moderar el consumo de azúcares y carbohidratos (Dulces y mectato), que favorecen la aparición de enfermedades de la cavidad oral cuando no se tiene una buena higiene.

Este proceso, debe realizarse con los acudientes de los niños y niñas menores con el fin de controlar hábitos alimenticios nocivos establecidos y también con las madres gestantes porque se fomentan hábitos positivos que pueden implementarse con el nuevo bebé.

2. Higiene bucal apropiada

Primeros meses de vida

Limpiar con una gasa o paño humedecido con agua hervida los tejidos orales después de la alimentación, es el primer paso para disminuir los riesgos de aparición de enfermedades bucales comunes como la caries dental.

De la misma forma, evitar que los niños y niñas se duerman tomando su tetero de leche o agua de panela, mantiene su boca más sana.

La primera visita al odontólogo debe realizarse antes del primer año de vida.

Los primeros 5 años

El cuidado de los dientes en el hogar es una actividad que se puede compartir en familia y brinda en el corto tiempo que se le dedica en el día, resultados muy positivos para toda la vida.

La higiene bucal debe hacerse por lo menos 3 veces al día, después de las comidas, con el acompañamiento de un adulto y usando una cantidad mínima de crema dental (Tamaño de una Lenteja).

Los niños disfrutan de esta actividad y el refuerzo de la limpieza dental disminuye en gran medida el costo de los tratamientos odontológicos porque estarán más sanos.



Visite a su odontólogo 2 veces al año

Hasta la adolescencia

Fomentar una conciencia de autocuidado durante la infancia, repercutirá positivamente en esta etapa de la vida, en la que cada persona se hará cargo de su salud bucal.

Por esto debe continuar el acompañamiento en los momentos de higiene bucal con el uso de la seda dental, la dieta sana y las visitas periódicas al odontólogo.

Anexo 2: Formato evaluación de riesgo de caries. IPS CES Sabaneta.

EVALUACIÓN DE RIESGO PARA CARIES DENTAL

PACIENTE SIN RIESGO AL MOMENTO DEL EXAMEN (Riesgo 0)

	Si	No
Tasa de formación de bio-película < 10%		
Ausencia de lesiones activas de caries dental		
Excelente higiene bucal, cepillado 2 veces diarias		
Uso diario de pastas dentales con fluoruros ♦		
Dieta sana y balanceada, pocos dulces		
Consulta a su odontólogo al menos una vez por año		

PACIENTE CON RIESGO BAJO (Riesgo 1)

Tasa de formación de bio-película < 15%		
Durante los dos últimos años no se han desarrollado nuevas lesiones de caries dental con extensión a la dentina		
Higiene bucal aceptable, cepillado dental una vez al día		
Uso adecuado de pastas dentales con fluoruros ♦		
Hábitos dietéticos aceptables, una o dos gaseosas diarias		
Consulta a su odontólogo al menos una vez al año		

PACIENTE CON RIESGO MODERADO (Riesgo 2)

Tasa de formación de bio-película moderada < 20%		
Aparición en boca del primer molar permanente		
Presencia de lesiones proximales en dentina, más de una por año		
Presencia de lesiones oclusales en primer molar permanente		
Presencia de restauraciones en dentición decidua		
Consumo frecuente de alimentos con azúcar, exceso de carbohidratos en la dieta		
Mala higiene bucal, inconstante con el cepillado dental		
Uso ocasional de pastas dentales con fluoruros ♦		
Biberón nocturno, duerme con él, aditivos como azúcar (niños < de 3 años)		
No visita regularmente a su odontólogo		

PACIENTE CON RIESGO ALTO (Riesgo 3)

Si No

	Si	No
Tasa de formación de bio-película > 20%		
Durante el último año: aparición de nuevas lesiones activas de caries dental manchas blancas en esmalte y/o con extensión a la dentina, más de dos por año		
Múltiples restauraciones y/o caries dental recurrente		
Consumo exagerado de alimentos con azúcar, especialmente entre comidas (más de tres veces diarias) æ		
Pésima higiene bucal, padres desinteresados al respecto		
Uso inconstante de pastas dentales con fluoruros ♦		
No reciben atención odontológica o solo consultan por dolor		
Presencia de lesiones de caries dental en radiografías de aleta de mordida		
Restauraciones o lesiones oclusales y/o proximales en el primer molar permanente; la mayoría de los molares deciduos se encuentran restaurados o se han perdido por caries dental		
Lesiones proximales en incisivos permanentes (niños mayores de 6 años)		
Lesiones activas de caries dental en vestibular de molares superiores permanentes y, por lingual en molares permanentes inferiores		
Sistema inmune comprometido/niños con problemas médicos Ω		
Presencia en boca de primeros y/o segundos molares permanentes		
Pésima higiene bucal en la madre, lesiones cavitadas o restauraciones en mal estado		
Aparatología fija de ortodoncia ♠♠		
Hipoplasias del esmalte §		

Anexo 3: Formato Índice NYVAD. IPS CES Sabaneta.



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA Registro caries dental

Historia número: _____

Tipo de examen: Inicio Fecha: _____
Control Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CODIGO:	O: Sano (incluye pigmentaciones)	C3: Cavidad activa en dentina	S: Requiere sellante	I: Extraído por caries
	D01: Mancha blanca inactiva	C4: Compromiso pulpar	SA: Sellante adecuado	+: Ausente por razones diferentes a caries
	D02: Cavidad detenida en esmalte	CR: Caries dental radicular	SI: Sellante inadecuado	X: Extracción indicada
	D03: Cavidad detenida en dentina	RCA: Restauración caries activa	T: Trauma dento- alveolar	-: Diente sin aparecer en boca
	C 1: Mancha blanca activa	RCD: Restauración caries detenida	OE: Opacidades del esmalte	
C2: Cavidad activa en esmalte				

Normalidad (azul) patología (rojo)

18	17	16					26	27	28
15	14	13	12	11	21	22	23	24	25
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
45	44	43	42	41	31	32	33	34	35
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
48	47	46					36	37	38

Registro Elaborado por: _____ Docente responsable _____ Fecha _____

Anexo 4: Formato para el registro del índice de placa de O'Leary. IPS CES Sabaneta.



CES HX - 5

CONTROL PLACA

Historia clínica
Apellidos completos
Nombres completos

Nombre: _____ Edad: _____
 No. Historia clínica: _____ Fecha: _____

Primer índice: _____ fecha: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
55 54 53 52 51								61 62 63 64 62							
85 84 83 82 81								71 72 73 74 75							
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Segundo índice: _____ fecha: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
55 54 53 52 51								61 62 63 64 62							
85 84 83 82 81								71 72 73 74 75							
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Tercer índice: _____ fecha: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
55 54 53 52 51								61 62 63 64 62							
85 84 83 82 81								71 72 73 74 75							
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38