



## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

### **OBJETIVO**

Proveer los parámetros para la atención segura y con calidad para los pacientes atendidos en el servicio de Higiene Oral en CECIMIN.

### **RESPONSABLES**

Odontólogo general- Higienista

### **RECURSOS**

Personal

- Odontólogo General
- Higienista
- Auxiliar de odontología

Insumos y Dispositivos médicos

- Gasas
- Tijera para tejidos.
- Tijera para sutura.
- Enjuagues especialmente con clorhexidina
- Curetas
- Puntas de Cavitron o Scaler
- Sonda Periodontal
- Pinzas algodonerías
- Espejo bucal
- Explorador.

Equipos biomédicos

- Unidad odontológica
- Micromotor
- Scaler
- Cavitron

#### **Medicamentos:**

- Los medicamentos que se formulan serán entregados por el asegurador o adquiridos por el paciente.

### **ALCANCE**

El presente protocolo aplica para la atención de los pacientes en CECIMIN que por sus condiciones requieren ser atendidos en el servicio de higiene oral.



## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

### **ENFOQUE DIFERENCIAL**

La aplicación de este procedimiento a todos los pacientes se realiza sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, permitiendo la inclusión de la población vulnerable con discapacidad múltiple, trastornos médicos subyacentes, ciclo de vida (adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Rron, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), Población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Las particularidades se abordan en el protocolo de atención con enfoque diferencial de CECIMIN.

### **PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS EN EL ÁREA DE HIGIENE ORAL:**

- Consulta por higienista.
- Control de placa
- Educación en salud Oral
- Profilaxis
- Aplicación de flúor en barniz.
- Detartraje supra y subgingival
- Remisión a Odontología

### **PROTOCOLO PARA CONTROL DE PLACA**

#### **OBJETIVO:**

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.

#### **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.

### **PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA:**

- 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".



## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

• 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.

• 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.

• Higiene Oral Buena, valores entre de 0-15%.

• Higiene Oral Regular, valores entre 16-30%.

• Higiene Oral Deficiente, valores superiores a 30%.

## **PROTOCOLO PARA EDUCACIÓN EN SALUD ORAL**

### **OBJETIVO:**

Los programas educativos en salud oral, tanto individuales como colectivos, tienen como objetivo lograr que la persona tome decisiones que le permitan apropiarse de prácticas saludables.

### **PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA:**

• 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.

• Sugiera 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.

• Sugiera una dieta balanceada que incluya alimentos de los cuatro grupos: lácteos, carnes, frutas, verduras y cereales.



## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

### **Cepillo dental**

- Recomiende cepillos con texturas medía, suave y extra suave para uso en niño/as, adultos y jóvenes. Solamente recomiende texturas duras y extraduras 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
- Sugiera 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.

### **Técnica de cepillado recomendada: Bass modificada**

- Remueve placa supra y subgingival.
- Puede ser aplicada en todos los sectores.
- Riesgo: injuria por cerdas duras o demasiada fuerza.

### **Uso de la seda dental**

- 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 o 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

### **Uso de enjuague bucal**

- Sugiera los enjuagues orales después del cepillado, con el fin de eliminar bacterias patógenas y reducir la placa bacteriana.
- Sugiera 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.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL  
M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

- En infantes, preescolar y escolar, no se recomienda el uso de enjuagues. 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.

**PROTOCOLO PARA DETARTRAJE SUB Y SUPRAGINGIVAL:**

**OBJETIVO:**

Eliminar los restos de alimentos, placa blanda, calcificada y cálculos de las superficies supra y subgingivales de las superficies de los dientes para restablecer las condiciones de salud de las encías.

El Detartraje se define como la instrumentación de las superficies de los dientes para remover placa, cálculos y pigmentaciones.

**PROCEDIMIENTO REALIZADO EN CONSULTA:**

El detartraje es realizado en la Fase Higiénica, se divide por cuadrantes

- Instrumentación ultrasónica con el cavitron: Se provee un medio fácil y rápido de tratamiento de la superficie radicular con un alto grado de comodidad para el paciente, ya que la combinación de la cavitación por el agua y de vibración por el instrumento contra la superficie dental, causan una fuerza suficiente para la remoción de irritantes, sin generar daño al tejido duro o blando, siempre y cuando se ejerza una presión leve, un movimiento constante con la punta del instrumento y una irrigación adecuada.
- Instrumentación Manual: Las curetas son utilizadas para este tipo de instrumentación, teniendo como principal ventaja la sensibilidad táctil. Estas son utilizadas dependiendo de la zona que se vaya a intervenir, teniendo en cuenta, que existen curetas universales y curetas específicas.
- Curetas Universales: Mccall 13/ 14 : Dientes anteriores  
o Mccall 17/ 18 : Dientes posteriores
- Curetas Específicas: Gracey 1-2 : Caras libres de dientes Anteriores.  
Gracey 3-4 : Caras proximales de Dientes anteriores.  
Gracey 7-8 : Caras libres de dientes Premolares y molares  
Gracey 11-12: Cara mesial de dientes Posteriores.  
Gracey 13-14: Cara distal de dientes Posteriores.



## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

Durante el tratamiento se realiza una adecuada motivación e instrucción en higiene oral al paciente, se prescriben algunas ayudas :

- Cepillos interdetales
- Enhebradores
- Súper- floss
- Cremas específicas
- Enjuagues especialmente con clorhexidina por un tiempo específico.

### **PROTOCOLO PARA PULIDO CORONAL (PROFILAXIS)**

#### **OBJETIVO:**

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.

#### **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 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.

#### **Flúor:**

Desde el año 2014 La Estrategia Soy Generación más Sonriente se constituye en una herramienta operativa para incrementar la cobertura en acciones de educación para el cuidado de la salud bucal y de aplicación de barniz de flúor en la población entre 1 y 17 años. Surge como herramienta para dar respuesta a:

- ✓ la necesidad de reducir desde la primera infancia los riesgos de presentar enfermedades bucales prevenibles
- ✓ mejorar el reporte de acciones de protección específica en el sistema de información (RIPS), en estas edades y aportar a reducir las altas prevalencias de caries y enfermedad periodontal que aún se presentan, según las evidencias suministradas por el IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV- realizado en los años 2013-2014.

Actividades de la Estrategia 9.1. Educación para promover el cuidado de la salud bucal: La promoción de la salud se define como “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”. Implica la creación de ambientes y entornos saludables, facilitando la participación social desde la construcción de ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso es involucrar a la comunidad en la implementación de las políticas. Las actividades deben involucrar la vida personal, familiar, laboral y comunitaria 12 . Las acciones de educación y comunicación para promover la salud deben estar articuladas con otras acciones como la implementación de políticas a través del uso de herramientas, planes, programas, proyectos y estrategias; también debe



## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

articularse con estrategias de movilización social, a fin de lograr la modificación de modos, condiciones y estilos de vida, incluyendo el ajuste de los servicios de salud y de la prestación de servicios como los de odontología. Pueden desarrollarse haciendo uso de las tecnologías de la Telesalud como la Teleeducación en Salud

Alcance de la educación en la Estrategia La educación para promover el cuidado de la salud bucal debe permitir: • que la población pueda reconocer las condiciones que les favorecen mantener una buena salud general y bucal a lo largo del curso de vida (alimentación saludable, no consumo de tabaco y alcohol, buenas prácticas de higiene bucal, atención preventiva y de protección específica) acorde con sus propias condiciones de vida, cultura y diversidad; • reconocer cómo actuar para evitar y controlar los factores de riesgo comunes con las ENT (alimentación no saludable, consumo de tabaco y alcohol), y los específicos que afectan la salud bucal (higiene bucal inadecuada, el estrés y trauma 15, o presencia de dispositivos o elementos extraños en boca, entre otras), • identificar y apoyarse para participar en el control de las interacciones entre las afectaciones de la salud bucal y otras enfermedades no transmisibles - ENT (obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes, EPOC y cáncer); • conocer sus derechos para acceder a la atención en salud a través de los servicios que se prestan por las EPS, pero también por las ET y otros actores

### **Aplicación de Barniz de Flúor:**

La aplicación de barniz de flúor, hace parte de las acciones preventivas y de protección específica, que están destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, reducir los factores de riesgo y realizar diagnóstico y tratamiento temprano para detener su avance y atenuar sus consecuencias. Se clasifica en tres niveles: prevención primaria (medidas orientadas a evitar la enfermedad), prevención secundaria (diagnóstico precoz) y prevención terciaria (tratamiento y rehabilitación)<sup>16</sup>. La terapia con flúor ha sido una estrategia utilizada para el control de la caries dental, ya que el ion flúor tiene la capacidad de retrasar o prevenir el desarrollo de lesiones de caries dental porque reduce la solubilidad del esmalte en un medio ácido promoviendo la remineralización del mismo. Uno de los métodos de aplicación profesional de flúor, es el barniz de flúor, que tiene como ventajas la facilidad de aplicación desde edades tempranas, el tiempo de contacto prolongado con la superficie dental, seguridad en su uso mientras sea usado de forma adecuada (evitando la ingesta sistémica) y una buena aceptación por parte de los pacientes. Es un producto viscoso que se endurece cuando entra en contacto con la saliva formando una película que se adhiere a la superficie dental liberando de forma lenta el flúor hacia la superficie del esmalte y hacia la saliva. De esta forma sirven para prevenir la aparición de lesiones de caries porque reducen la desmineralización del tejido dental, así como también pueden generar procesos de remineralización del esmalte cuando existen lesiones iniciales de caries. Una revisión sistemática de la literatura encontró que en poblaciones donde se usa el barniz de flúor como medida preventiva se logra disminuir el número de dientes cariados, obturados y perdidos en dentición decidida en un 37% y en dentición permanente en un 43%<sup>19</sup>. Esta medida unida a prácticas de cuidado bucal como la higiene bucal, bajo consumo de azúcares, y control periódico por odontología entre otros, contribuye a reducir el riesgo de ruptura del esmalte y la consecuente formación de cavidades por caries dental.

**Población beneficiada:** Los niños y jóvenes, entre 1 y 17 años, son la población objeto para la aplicación de barniz de flúor, siendo concordantes con lo establecido en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud – RIAPYMS (Res. 3280 de 2018).

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022

**Recomendaciones** Acorde con la RIAPYMS, el barniz de flúor aplica para todas las personas en la primera infancia (a partir del primer año de edad), infancia y adolescencia. El barniz se aplica mínimo dos veces por año de vida, teniendo presente que entre aplicación y aplicación debe existir un periodo de al menos 6 meses. Sin embargo, cuando se evidencien factores de riesgo como la dependencia para la práctica de cuidados bucales y de atención odontológica, poco desarrollo motriz, de crecimiento y de autopercepción, presencia de xerostomía, mal posición dentaria, discapacidad física o mental, falta de habilidad manual, presencia de aditamentos dentales (piercing, Brackets, u otros), altos índices de placa dental por inadecuados hábitos higiénicos, alto índice COP/ceo (historia de caries por encima de 3), presencia de caries no cavitacionales, alto consumo de carbohidratos (azúcares refinados), entre otros, la aplicación del barniz puede requerir una mayor frecuencia (cada tres meses).

### Clinpro™ White Varnish

Fluoruro de Sodio al 5%

- Barniz que contiene 22.600 ppm de fluoruro
- Fórmula única para la liberación de flúor, calcio y fosfato (TCP trifosfato de calcio)
- Se suministra en empaque de dosis unitaria que asegura conveniencia y consistencia de dosis

The fluoride concentration of varnishes is higher than that of other fluoride treatments

Fluoride-containing Products	Average Labeled Fluoride Concentration (ppm)
Vanish™ white varnish*	22,600
Foams	10,500
Gels	10,500
Prescription Toothpaste	5,000
OTC Toothpaste	1,100
Topical Creams	900
Fluoride Rinses	500

\*Indicated for hypersensitivity.



### Clinpro™ White Varnish

Fluoruro de Sodio al 5%



Contiene la innovadora tecnología de fosfato de calcio exclusivo de 3M:

- Ayuda a remineralizar el esmalte de los dientes
- Exhibe un efecto protector de desgaste y erosión ácida





**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL  
M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

**Determinación de la dosis:**

Dosis de 0,25 ml

- Para usar en el tratamiento de pacientes sólo con dentición primaria.
- Para usar en el tratamiento de cualquier paciente que requiera la cobertura de la zona de las cavidades o una superficie limitada del diente.

Dosis de 0,40 ml

- Para usar en el tratamiento de pacientes con dentición mixta que requieran la cobertura de la zona de las cavidades o una superficie amplia del diente.

NO use esta cantidad para tratar pacientes sólo con dentición primaria. Siga las directrices mostradas a continuación.

Dosis de 0,50 ml

- Para usar sólo en el tratamiento de pacientes con dentición permanente que requieran la cobertura de superficies grandes.

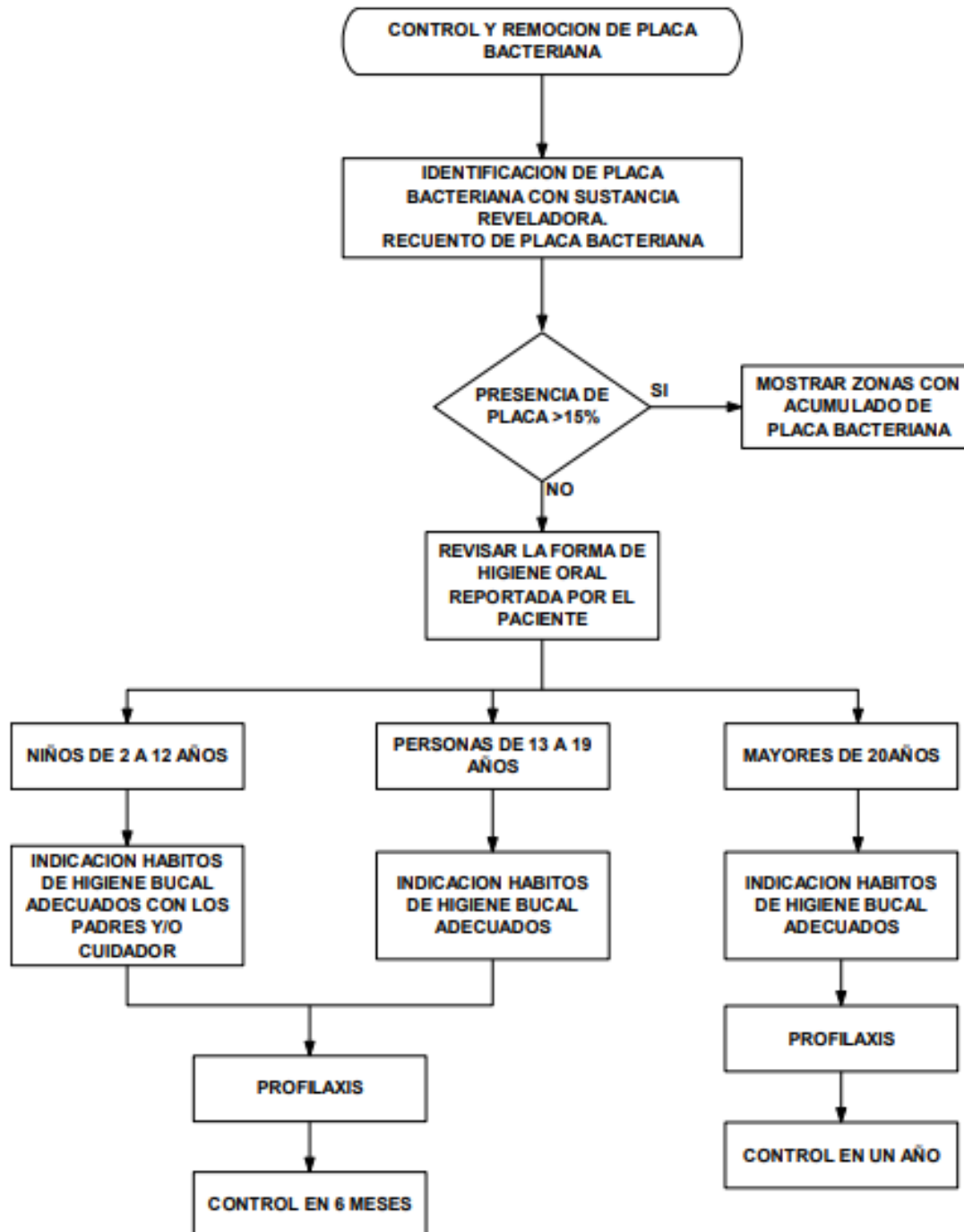
**ESPAÑOL**

Hoy, sus dientes han sido tratados con barniz de fluoruro de sodio al 5%. A través de este tratamiento, se libera fluoruro y fosfato de calcio, y se aplica un revestimiento protector a la superficie de sus dientes. Para obtener el máximo beneficio, le pedimos que siga estas recomendaciones después de dejar el consultorio:

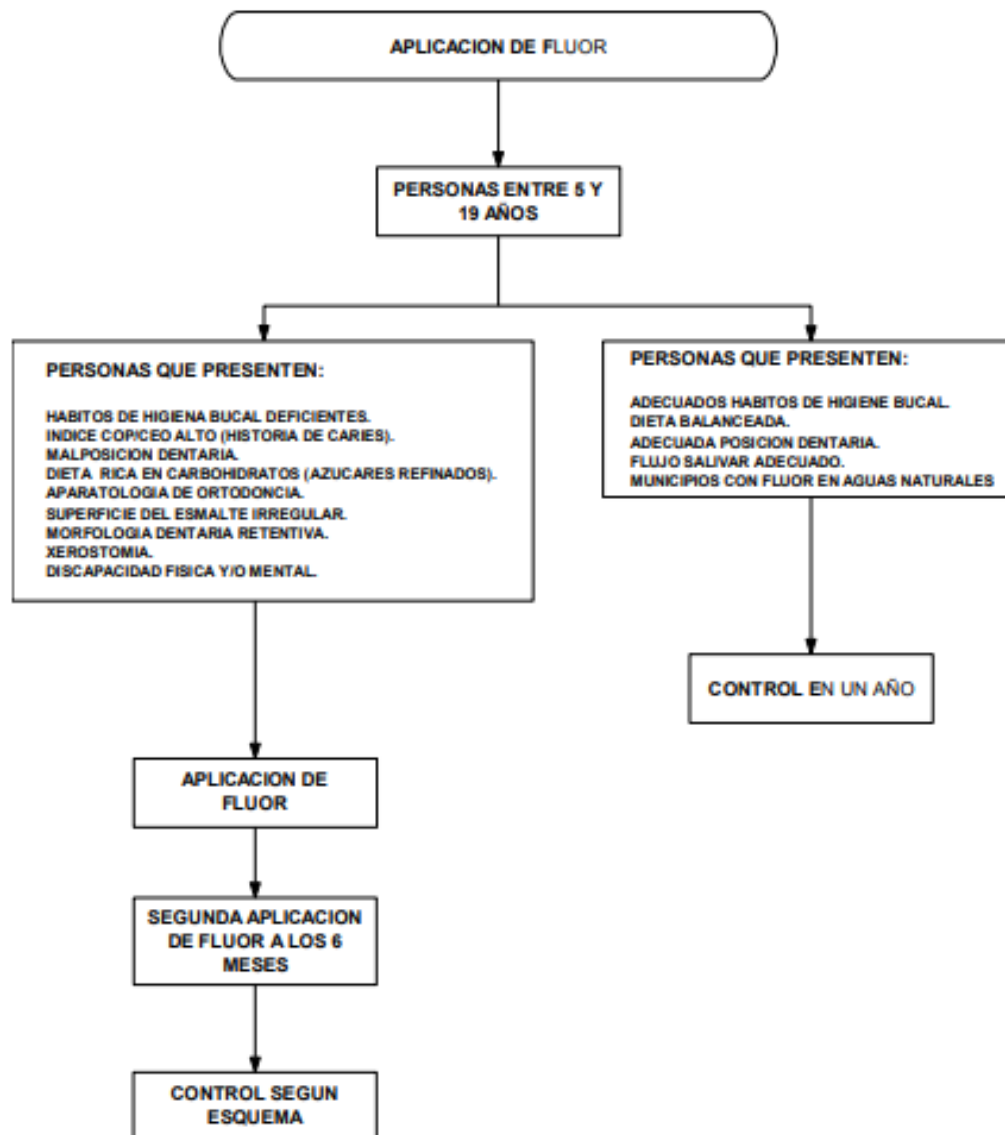
- No se cepille los dientes ni se pase el hilo dental durante al menos 4 a 6 horas.
- Si es posible, espere hasta la mañana siguiente para reanudar la higiene oral normal.
- Lleve una dieta blanda durante el periodo de tratamiento.
- Evite las bebidas calientes y los productos que contengan alcohol (por ejemplo, bebidas, enjuagues bucales, etc.) durante el periodo de tratamiento.

Podrá sentir el barniz en sus dientes. Al finalizar el periodo de tratamiento, puede cepillarse los dientes y pasarse el hilo dental para eliminar los residuos de barniz.

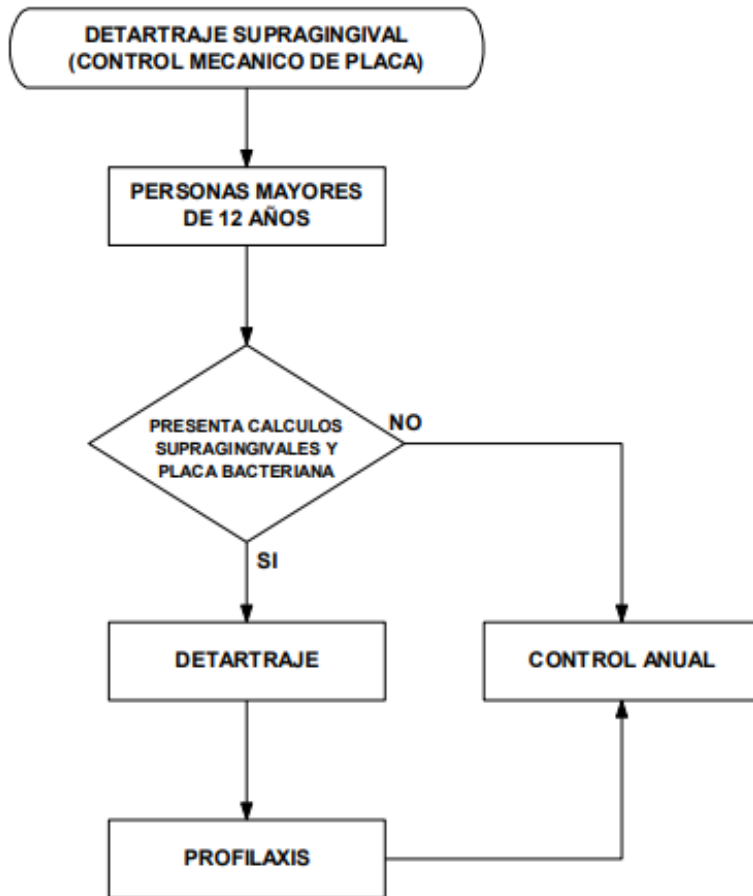
**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL**  
**M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL**  
**M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL  
M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**



## **PROTOCOLO PARA SELLANTES**

### **OBJETIVO**

- Sellar la morfología para prevenir la migración y deposición de bacterias con el fin de disminuir la incidencia de caries en dientes sanos.

### **Instrumental y materiales:**

- Bata, tapabocas, guantes
- Instrumental básico
- Eyector
- Jeringa triple
- Lámpara de fotocurado
- Aplicadores desechables
- Servilletas
- Gafas de fotocurado
- Sellante fotopolimerizado



## PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022

- Ácido fosfórico

### Descripción del procedimiento:

1. Consultar en el plan de tratamiento los dientes a realizar el procedimiento de sellantes.
2. Explicarle al paciente y a su acompañante el procedimiento a realizar
3. Seleccionar el diente o dientes.

### 4. Limpieza de la superficie oclusal:

Para eliminar restos y placa bacteriana de la superficie del molar. Se puede realizarse con cepillo de profilaxis a baja revolución, Se recomienda NO utilizar pasta de profilaxis, ya que disminuiría la humectabilidad del esmalte, necesaria para que el ácido moje bien la superficie que se va a grabar. En ningún caso usar pasta de profilaxis con flúor.

### 5. Lavado y secado con jeringa de aire seco:

Para dejar la superficie libre de ningún posible resto.

#### Aplicación del ácido:

colocar los rollos de algodón para aislar el campo antes de colocar el ácido. El ácido utilizado con más frecuencia es el ortofosfórico a una concentración del 37% en gel, siendo el gel más cómodo de manejar. Dejar durante 30 segundos.

### 6. Lavado del ácido y secado:

Trascurrido el tiempo de grabado retirar con aspiración la cantidad más aparente de ácido y posteriormente se lava abundantemente con spray de agua aplicado sobre la superficie oclusal durante 10-15 segundos. Proceder al recambio de los rollos de algodón en este momento, teniendo mucho cuidado de que no se produzca una contaminación salival en el diente grabado. Secar durante 30 segundos con aire seco. Comprobar que la zona grabada ha adquirido un **color "blanco tiza"** indicando que el procedimiento es correcto.

### 7. Aplicar el sellador en todos los surcos y fisuras:

Teniendo cuidado de que no queden atrapadas burbujas de aire debajo del sellador para lo cual nos ayudaremos con una sonda para extender el producto, y debemos asegurarnos que el sellador recorrerá todos los surcos que queremos cubrir (principales, accesorios, vestibulares y palatinos) por lo que es fundamental conocer esta parte de la anatomía dental. Al extender el **sellador evitamos que quede relieve** del mismo, cumpliendo así nuestro objetivo de **dejar una superficie plana sin rebasar los límites superficiales**, ya que de lo contrario quedaría un reservorio.

### 8. Polimerización con la lámpara de luz halógena:

Durante 30 segundos y siempre usando gafas protectoras.

### 9. Evaluación del sellador:

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL**  
**M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

Con una sonda de exploración se comprobará que el sellador ha quedado bien retenido y que **no existen** zonas con déficit de material o burbujas ni sobre-elevaciones superficiales, circunstancias todas que pueden hacer fracasar el sellador.

**Posibles riesgos:**

- Contaminación por saliva del diente a intervenir lo que conllevara a la inadecuada aplicación del sellante
- Alteración de la oclusión al quedar el sellante en forma excesiva
- Inadecuada aplicación del sellante por no seguir los pasos en el orden en que estos deben de ir (ácido, adhesivo, sellante).

**REMISIÓN A ODONTOLOGÍA**

Serán remitidos al servicio de odontología los pacientes

- Cuya última consulta sea igual o mayor a 6 meses.
- Pacientes que no hayan asistido a consulta odontológica.
- Pacientes que requieren de profilaxis antibiótica y acuden a la consulta de higiene oral sin recibir tratamiento.
- Pacientes a los cuales la higienista identifique, o sospeche de algún tipo de condición que requiera la intervención de un odontólogo.
- La remisión clínica debe escribirse en letra legible, sin abreviaturas y contener todos los datos del paciente.

¿Cómo se realiza la remisión?

1. Se abre historia clínica.
2. Se diligencia motivo de consulta.
3. Diríjase al ítem de REFERENCIAS.
4. Se desplegará el menú Nueva Interconsulta, seleccione la opción odontología general, realice su remisión especificando el motivo.
5. Guarde e imprima la remisión.
6. Explique al paciente con qué fin le entrega la remisión y pídale que solicite cita.



Icono del lápiz y papel (paso 3)



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL  
M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

Seleccione interconsulta a odontología general (paso 4).

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Lindhe, Jan. ( 1998 ).Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 3<sup>rd</sup>. edition.
- Loe, H, Theilade, E and Jensen, S.B., Experimental gingivitis in man. Journal of Periodontology. No.36,1965,117-87.
- Cancro, L.P. and Finchman ,S., The expected effect on oral health of dental plaque control through mechanical removal. Periodontology 2000,Denmark,Vol.8, Junio 1995,60-74.
- Genco,R.Newman,M., Annals of Periodontology , World Workshop in periodontics, Virginia, Vol1,No1,Nov.1996,443-490
- O` leary ,T.JThe impact of research on scaling and root planing, Journal of Periodontology,Vol.57.1986,69-75.
- Pattison,G., Pattison,A.M., Periodontal Instrumentation,Reston Publishing Company,Inc, Reston,Virginia, E.U.1979,145-150.
- Caffesse,R Mota, L.FMorrison, TThe rationale for periodontal therapy, Periodontology 2000,Vol.9,1995,7-13.
- Gonzalez,J.M., Ferro,M.B Reevaluación de la terapia periodontal, Universitas Odontológica, Vol.6,No.12,Nov., 1987, 95-103.
- Cortellini, P., Pini Prato, G. &Tonnetti,M (1.993 ). Periodontal Regeneration of human infrabony defects. Effect of oral hygiene on long-term stability. Journal of Clinical Periodontology 21, 606-610
- Brunsvold,M.A. & Mellonig,J. ( 1993 ). Bone Grafts and Periodontal Regeneration. Periodontology 2000,80-91



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL  
M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

- Bernimoulin, J.P., & Curilivic, Z 1977. Gingival recession and tooth mobility . Journal of Clinical Periodontology 4, 208-219
- Bruno, J.F. 1994. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry 7 (6)43-57
- A surgical procedure to eliminate rotational relapse. American Journal of Orthodontics 60,128-141
- Cortellini, P., Pini Prato, G & Tonetti, M 1996. Periodontal Regeneration of human intrabony defects with bioabsorbable membranes. A controlled clinical trial. Journal of Periodontology 67,217-223
- Soft tissue conditioning for the surgical therapy of peri-implantitis: A 12 -month prospective study. Monje A, Blasi G, Nart J, Urban IA, Nevns M, Wang HL. Int J Period Rest Dent 2020.
- The critical buccal thickness revisited: An experimental study in the Beagle Dog. Monje A, Chappuis V, Monje F, Muñoz F, Wang HL, Buser D Int J . Oral Max Imp 2019.
- Mechanical and biological complications after implantoplasty- A systematic review. Stavropoulos A, Bertl K, Eren S, Gotfredsen K. Clin oral implants Res. 2019
- Patient -Centered perspectives and Understanding of peri implantitis. Insua A, Monje A, Wang HL, Engelhard M. J periodontol 2017.
- Location of unaccessible implant surface areas during debridement in simulated peri-implantitis therapy. Valerie Steiger Ronay, Andres Martin. BMC Oral health 2017.
- Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Jan Lindhe. 5ª Edición.
- Soft tissue management at implant sites Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Soft tissue management at implant sites. J Clin Periodontol 2008.
- Soft tissue management in oral implantology: A review of surgical techniques for shaping an esthetic and functional peri-implant soft tissue structure. Fouad Khoury, DMD Arndt Hoppe, DMD





**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HIGIENE ORAL  
M-COE-OG-PT-002 VI 01-03-2022**

- Modified Roll Technique for Localized Alveolar Ridge Augmentation. David Sharf, Dennis Tarnow. Volume 12 No 5, 1992 .
- Stefano Parma- Benfenati, Marisa Roncati, Carlo Tinti, Treatment Of Peri-Implantitis: Surgical Therapeutic Approaches Based On Peri-Implantitis Defects , J Periodontics restorative Dent 2013;33: 627-633
- MISCH Carl E. Implantología contemporánea. Madrid: Mosby-Doyma; 1995.
- DIAGO Peñarrocha Miguel, CARBO Guarinos Juan, BIELSA Sanchís José María. Implantología oral. Editorial Lexus; Barcelona, España; 2010.
- Esthetic management of the upper labial frenum: A novel frenectomy technique. Sukhchain B, Mahalinga Bhat, Subraya Bhat, Thomas. Quintessence International: 2006;37: 819-823.
- Aguana, karina cohen, lucia d. padrón, lucia b. Diagnóstico de caninos retenidos y su importancia en el tratamiento ortodóncico, revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría -junio 2011.
- Guía de práctica clínica en salud oral, Higiene Oral, Bogotá, d.c. 2010