GUÍA TÉCNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA DENTAL Y PERIODONTITIS

I. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbilidad por la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis, mejorando el estado de salud y calidad de vida de los adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores y gestantes, a través de la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento.

II. OBJETIVO

El objetivo de la presente Guía de Práctica Clínica (GPC) es establecer criterios técnicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis en adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores y gestantes.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica debe ser aplicada en los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS), de las Gerencias Regionales de Salud (GERESAS) o las que hagan sus veces a nivel regional, siendo referencial para los establecimientos del Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú y establecimientos de salud privados.

IV. PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA DENTAL Y PERIODONTITIS

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
K050 K051	**Enfermedades gingivales inducidas por placa dental** - Gingivitis aguda - Gingivitis crónica
K052 K053	**Periodontitis** - Periodontitis aguda - Periodontitis crónica

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

5.1.1 **Bioflim bucal (biopelicula):** el Biofilm bucal es una película sobre las superficies dentarias que promueve la salud a través de un equilibrio entre los microorganismos que la conforman y el huésped.[1]

5.1.2 **Curetas gracey:** Son utilizadas para eliminar la placa dental dura en la zona supra e infragingival, también se utiliza para alisar la raíz, obteniendo superficies de cemento pulidas y eliminación del cemento necrótico. Están diseñadas y anguladas según las áreas dentales a tratar, existen varios tipos de ellas.[11]

5.1.3 **Examen periodontal básico:** Instrumento por el cual se realiza una exploración periodontal en pacientes mayores de 18 años, utilizando la sonda periodontal y divide la dentición completa en sextantes, se toma como criterios la profundidad de la bolsa periodontal y se le registra una puntuación. También el nivel de placa dental y sangrado [7,11]

5.1.4 **Examen periodontal simplificado:** Instrumento por el cual se realiza una exploración periodontal en pacientes menores de 18 años, utilizando la sonda periodontal, se examinan 6 piezas dentarias (1.6, 1.1, 2.6, 3.1, 3.6, 4.6) se toma como criterios la profundidad de la bolsa periodontal, se le registra una puntuación. También el nivel de placa dental y sangrado. [7,11]

5.1.5 **Gingivitis inducida por placa dental:** La gingivitis inducida por placa es una respuesta inflamatoria de los tejidos gingivales que resultan de la acumulación de placa bacteriana en el margen gingival y por debajo de ella.[1]

Las enfermedades gingivales pueden ser inducidas por placa dental y no inducidas por placa dental. La presente guía de práctica clínica (GPC), se enfoca en enfermedades gingivales inducidas por placa dental, las cuales se dividen en tres grupos:

A. Gingivitis inducida únicamente a placa dental.

B. Gingivitis inducida únicamente a placa dental mediada por factores locales y sistémicos.

b.1 Condiciones sistémicas

b.1.1 Hormonas esteroideas

- Pubertad
- Ciclo menstrual
- Embarazo
- Anticonceptivos orales

b.1.2 Hiperglicemia

b.1.3 Leucemia

b.1.4 Tabaco

b.1.5 Malnutrición

b..2 Factores orales de acumulación de placa dental

b.2.1 Márgenes prominentes de restauración subgingival

b.2.2 Xerostomía

C. Alargamiento gingival influenciado por medicación.[1]

5.1.6 **Periodontitis:** Es la inflamación gingival acompañada de la pérdida del tejido de soporte y hueso alveolar; también provoca la destrucción progresiva del ligamento

periodontal y hueso alveolar acompañado con la pérdida de la inserción al cemento, lo que finalmente ocasiona la pérdida de la pieza dentaria.[1]

La presente guía de práctica clínica solo se enfoca, según la clasificación en:

A. Periodontitis.

B. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémica.[1]

5.1.7 **Placa dental:** También llamado placa bacteriana, es una película que se encuentra sobre las piezas dentarias, la cual no se ha removido entre días y semanas, produciendo un desequilibrio entre los microorganismos, ocasionando el inicio de la gingivitis.[1]

5.1.8 **Salud gingival y periodontal:** Es la condición de salud de las encías que pueden presentarse de dos formas:

A. Salud clínica en un periodonto intacto: Condición donde existe ausencia de sangrado al sondaje, eritema, edema y síntomas del paciente. No existe pérdida de soporte evidenciada clínicamente.[1]

B. Salud clínica en un periodonto reducido: Condición en la cual el paciente tiene antecedente de enfermedad periodontal, ha perdido soporte óseo y presenta recesión; sin embargo, a la evaluación tiene valores de placa dental y sangrado que indican salud clínica.[1]

5.1.9 **Sesión educativa:** Enseñanza impartida por el personal de salud, mediante metodología comunicacional dirigida a la población incluye material audiovisual y técnica grupal (sociodrama) fomentando así el análisis, el dialogo y reflexión sobre un tema identificado, con el fin de orientar a los involucrados sobre el cuidado de la salud bucal.

5.1.10 **Sesión demostrativa:** Enseñanza impartida por el personal de salud, mediante metodología comunicacional dirigida a la población para que aprenda dialogando, practicando y mostrando como se hace, incluye uso de material tipo maquetas y otros elementos útiles para la demostración directa y explicativa.

5.1.11 **Sonda periodontal:** Es un instrumento que permite realizar el diagnóstico de estado periodontal del paciente y realizar la evolución, comparando con valores iniciales.[11]

5.2 ETIOLOGÍA

Sobre las superficies dentarias encontramos una película llamada biofilm bucal (biopelícula), el equilibrio entre los microorganismos existentes en el bioflim bucal y la respuesta del huésped, promueve la salud gingival y periodontal; este equilibrio se denomina bajo el término de simbiosis. Se pueden dar cambios en el biofilm bucal (colonización y recolonización) por la aparición de nuevas bacterias ocasionando un desequilibrio llamado disbiosis, que, dependiendo de la respuesta del huésped, desencadenará una gingivitis o se extenderá hasta una periodontitis.[2]

La etiología de la enfermedad periodontal es multifactorial, donde el biofilm bucal (biopelícula) en disbiosis que es llamada placa dental, se ha identificado como el principal factor etiológico de las enfermedades periodontales (gingivitis inducida por placa dental y periodontitis). Sin embargo, para que la enfermedad se manifieste y desarrolle existen factores genéticos, epigenéticos, conductuales, medioambientales, factores locales y sistémicos, los cuales pueden modificar tanto los componentes microbianos como los componentes del huésped contribuyendo a que esta alteración ocasione la enfermedad.[2]

5.3 FISIOPATOLOGÍA

La presencia de placa dental acompañado de la falta de higiene bucal, favorece al crecimiento de especies bacterianas que son capaces de influir en su entorno a través de señales químicas provocando una respuesta excesiva del huésped desarrollando una inflamación gingival (gingivitis), fomentando la proliferación de patógenos tales como

Porphyromonas gingivalis; esto se denomina, "disbiosis incipiente" y es donde encontramos la presencia de la gingivitis.

La "disbiosis incipiente" no resuelta, puede desencadenar una respuesta del huésped inapropiada y excesiva, caracterizada por el aumento de citoquinas y especies reactivas de oxígeno, causando un stress oxidativo y la presencia de metaloproteinasas en la matriz. Todo lo antes mencionado resuelve en un daño colateral del tejido periodontal, que conlleva a la presencia de la periodontitis.[2,3,4]

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La prevalencia y severidad de las enfermedades periodontales en América Latina han sido tema de investigación durante muchos años; cabe resaltar que se cuenta con poca evidencia debido a limitados estudios; siendo la mayoría de los datos provenientes principalmente de países como Chile y Brasil. Se han desarrollado diversos índices en diferentes estudios epidemiológicos, entre los cuales destaca, por su simplicidad y fácil aplicación, el Índice de Tratamiento Periodontal Comunitario (IPCNT).

Los datos epidemiológicos del Ministerio de Salud según el segundo estudio nacional de salud bucal del 2012 al 2014 en el cual fueron evaluados 14,000 escolares de 3 a 15 años de edad de 574 instituciones educativas de zona rural y urbana de diferentes regiones del Perú, revelaron una prevalencia de 49.2% de enfermedad periodontal, según el índice de Schour y Massler para el grupo de 3 a 9 años y según el índice de necesidad de tratamiento para edades entre 10 a 15 años la prevalencia de periodontitis fue de 52,5%.[5]

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Los factores de riesgo conocidos en la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis podrían agruparse en: medio ambiente, estilo de vida y predisposición genética; cada uno de estos grupos de factores puede conferir para ocasionar una mayor susceptibilidad al inicio y posterior progresión de la enfermedad.[6]

Asimismo, se debe comprender que no todos los individuos que presenten factores de riesgo desarrollan la enfermedad, ni todos los que presentan la enfermedad tienen los mismos factores de riesgo. También existen otros factores que se deben tomar en cuenta como son:

- Factores locales, los cuales influyen directamente en la retención de placa dental como el uso de aparatos ortodónticos, obturaciones desbordantes, entre otros,
- Factores sistémicos que exacerban los cuadros inflamatorios o contribuyen a la liberación de citoquinas inflamatorias que activan la destrucción del tejido periodontal; como, por ejemplo, los cambios hormonales que se dan durante la pubertad y el embarazo, el uso de medicación como los anticonvulsivantes y enfermedades como la diabetes no controlada.[7]

5.5.1 Medio ambiente

Se ha descrito que la presencia o ausencia de factores medioambientales contribuyen a la presencia y severidad de la enfermedad periodontal. Dentro de estos factores se incluyen al nivel socio-económico, educación, accesibilidad a los establecimientos de salud y hábitos de higiene. La población de más alto nivel socio económico y que ha tenido más accesibilidad a la educación presenta menos prevalencia y severidad de la enfermedad con respecto a los grupos de menor nivel socio-económico.[8]

5.2.2. Estilos de vida

En los individuos con factores de riesgo según estilo de vida, se encuentran los hábitos de higiene, ya que la falta de higiene aumenta la cantidad de placa dental, que es la principal causa para el inicio de la inflamación de los tejidos periodontales, por lo tanto, es de suma importancia evitar el acúmulo de éste mediante los hábitos de higiene oral que son instalados a través de la cultura de cada individuo por influencia familiar.[9]

Se ha demostrado bajo evidencia científica que el consumo de tabaco contribuye a la destrucción de los tejidos de soporte, ya que el paciente fumador tiene alteraciones en la respuesta inmunológica, menor aporte de oxígeno en los tejidos y vasoconstricción periférica; lo cual contribuye a que la enfermedad pase inadvertida, ya que en ellos no se presenta el único signo temprano de las enfermedades periodontales que es el sangrado gingival.[4,10]

5.2.3. Factores hereditarios y pre existentes

La influencia de factores genéticos en la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis no está establecida. Se ha identificado genotipos del huésped que influyen en la respuesta inmunológica, así como la presencia de las formas más severas de enfermedad periodontal en grupos familiares donde se manifiesta la aparición temprana de la enfermedad (periodontitis agresiva).[4]

Actualmente en la nueva clasificación de la enfermedad periodontal se ha utilizado los factores de riesgo (paciente fumador y pacientes con diabetes mellitus) como descriptores para calificar al paciente. El conocimiento de cómo los factores de riesgo afectan la periodontitis (mayor gravedad y extensión a una edad más temprana) y la respuesta al tratamiento (menores grados de mejoría en los resultados indirectos y tasas más altas de pérdida de dientes durante la terapia periodontal de apoyo), indican que los factores de riesgo deben considerarse en la clasificación de la periodontitis.[33]

Se ha propuesto varios mecanismos que relacionan la periodontitis con múltiples enfermedades sistémicas. Las bacterias ubicadas en la bolsa periodontal pueden obtener acceso a la corriente sanguínea a través del epitelio ulcerado. Los mediadores inflamatorios del periodonto pueden ingresar al torrente sanguíneo y activar las proteínas hepáticas de fase aguda, como la proteína C reactiva (PCR), que amplifican aún más los niveles de inflamación sistémica. La periodontitis contribuye a la carga inflamatoria general del individuo que está fuertemente implicada en la enfermedad arterial coronaria, el accidente cerebrovascular y la diabetes tipo II.[33]

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico de las enfermedades periodontales más prevalentes, gingivitis inducida por placa dental y periodontitis, son la combinación de varios signos y síntomas comunes, como la inflamación de los tejidos gingivales, sangrado al sondaje y movilidad dentaria patológica. La gingivitis inducida por placa dental se caracteriza por la inflamación sin pérdida de inserción, mientras que la periodontitis puede presentar dichos signos, además de la perdida de soporte que se expresa mediante el nivel de inserción clínica, la presencia de bolsas periodontales profundas, movilidad dentaria, supuración y lesiones de furcación.[4]

6.1.1 Signos y síntomas

Se debe tener en cuenta que no todos los signos y síntomas pueden ser registrados en el mismo paciente.

Cuadro N° 1: Signos y síntomas de la Gingivitis inducida por placa dental y periodontitis. [1,11]

Enfermedad	Signos	Síntomas
Gingivitis inducida por placa dental	• Cambio de color de la gingiva, se torna rojo eritematoso. • Aumento de volumen de la gingiva. • Sangrado gingival al estímulo del cepillado. • Sangrado gingival espontáneo (en estadios avanzados y agudos). • Presencia de placa bacteriana.	• Dolor • Halitosis
Periodontitis	• Pérdida de inserción clínica • Presencia de placa bacteriana • Inflamación de la gingiva con aumento de profundidad de sondaje • Migración apical de margen gingival • Aumento de espacios interdental y movilidad dentaria • Se debe tener en cuenta que los pacientes consumidores de tabaco no tienen presencia de signos de inflamación y sangrado	• Dolor • Halitosis • Dificultad para comer

Fuente: Elaboración propia - Dirección de Salud Bucal

6.1.2. Interacción cronológica

La inflamación gingival se considera un requisito previo necesario para el posterior desarrollo de la periodontitis y pérdida de inserción progresiva alrededor de los dientes; el manejo de la gingivitis es por lo tanto una estrategia preventiva primaria clave para la periodontitis y una estrategia preventiva secundaria para la recurrencia de la periodontitis.[1]

La transición de gingivitis inducida por placa dental a periodontitis podría variar de semanas a años, también se debe considerar la presencia de factores de riesgo existentes en el individuo que pueden ocasionar una respuesta excesiva del

huésped. La clasificación de la enfermedad va depender de la extensión y severidad de la misma. La población adulta es la más prevalente a padecer gingivitis inducida por placa dental o periodontitis, sin embargo, los pacientes adolescentes y jóvenes también podrían padecerla.[4]

Se ha demostrado que en pacientes de 15 a 45 años que no han recibido alguna instrucción preventiva en el cuidado de la salud gingival y periodontal, conforme va avanzando la edad se evidencia pérdida de inserción, acompañado de la pérdida de piezas dentarias. En pacientes de 15 años la taza de pérdida era de (0.13 mm) por año, cuadriplicando a (0.5 mm) por año conforme iba acercándose a los 30 años de edad. En relación a la pérdida de piezas dentarias, a los 20 años y más, la mortalidad dental aumentó dramáticamente, de modo que, entre 25 y 30 años de edad, la tasa de mortalidad fue aproximadamente 1.5 piezas dentarias por año, entre 35 y 40 años de edad aumentó a 2.3 de piezas dentarias por año; y cuando se acercó a los 40 años todos los dientes en su mayoría fueron perdidos, por lo que se evidencia que la edad tiene relación con el progreso de la enfermedad.[32]

6.1.3 Gráficos, diagramas y fotografías

Figura N°1: Paciente en salud periodontal, sin inflamación gingival, sin profundidad al sondaje ni pérdida de soporte ósea interproximal.

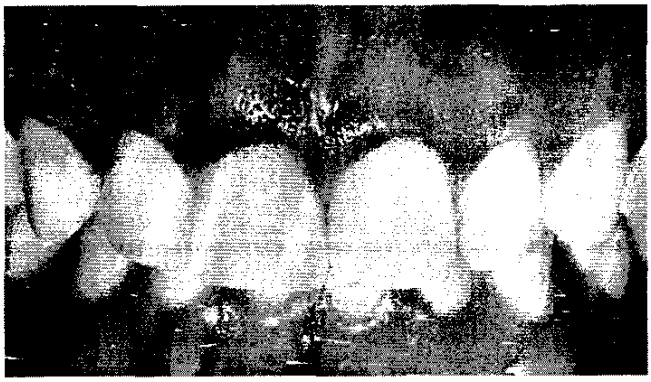


Figura N°2: Gingivitis inducida por placa dental: Paciente sin factores predisponentes (restauraciones desbordantes o sobrecontorneadas). Al examen clínico se puede apreciar la encía marginal edematosa y eritematosa en piezas 13,12 y 11. No presenta profundidades al sondaje >3.5mm.

Figura N°3 y 4: Gingivitis inducida por placa dental mediada por factores de riesgo (apiñamiento dentario, coronas mal selladas)

Apiñamiento dentario

Coronas mal selladas

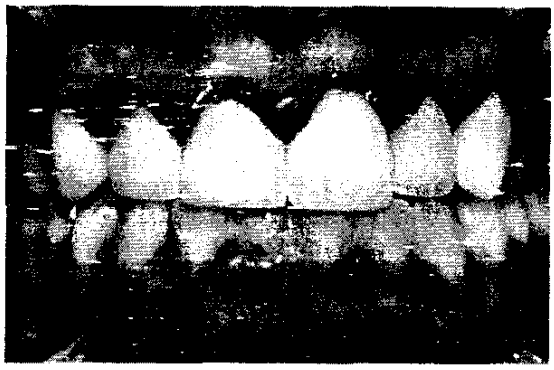


Figura N°5: Periodontitis: paciente con diagnóstico de periodontitis. Presente factores predisponentes como apiñamiento dental, acumulo de placa, sangrado al sondaje, profundidades al sondaje mayor a 6mm; al examen radiográfico se evidencia reabsorción ósea severa.

6.2 DIAGNÓSTICO

Se deber realizar el registro de la historia clínica ya que es importante para evaluar la historia del paciente y el riesgo a la enfermedad periodontal, debido a los malos hábitos de higiene oral, tabaquismo o presencia enfermedades sistémicas como la diabetes. Todos los pacientes deben de pasar por una evaluación periodontal al menos una vez al año para la detección de la enfermedad en un estadio temprano.[7]

En mayores de 18 años, se realiza mediante el examen periodontal básico (EPB) con la sonda periodontal de la OMS (Organización Mundial de la Salud), donde se evalúa todas las piezas dentarias, para así determinar la presencia de la enfermedad (ver anexo 1).

En pacientes menores de 18 años, se recomienda el examen periodontal básico simplificado (EPBs), en este examen se realiza la evaluación de seis piezas dentarias (1.6, 1.1, 2.6, 3.1, 3.6, 4.6) (ver anexo 1)

Antes de realizar la evaluación, es importante preguntarle al paciente si tiene algún síntoma, tales como: encías sangrantes, dientes con movilidad y mal aliento; ya que puede indicar la presencia de enfermedad periodontal.[7]

Se deberá realizar el examen periodontal completo en los siguientes casos:[7]

- En el examen periodontal básico (EPB) o examen periodontal simplificado (EPBs), la puntuación registrada sea: código EPB 3, código EPB 4, o código EPB * (asterisco) que indica furcación.
- El paciente padezca de enfermedad periodontal avanzada.
- Pacientes que se encuentren en fase de mantenimiento de la periodontitis.

6.2.1 Criterios de diagnóstico

Para realizar un diagnóstico adecuado de deben tomar en cuenta parámetros clínicos que se registran en el examen periodontal básico (EPB) y el examen periodontal básico simplificado (EPBs), son los siguientes:

- El índice de O'Leary para determinar la presencia de placa dental (ver anexo 2)
- El índice de sangrado al sondaje (ver anexo 3)
- Restauraciones sobreobturadas
- Profundidades de sondaje entre 4-5 mm y profundidades de sondaje de 6 mm a más.

Mediante los criterios clínicos antes mencionados se puede identificar características en el estado del tejido periodontal, los cuales son clasificadas mediante códigos EPB 1, 2, 3, 4 y el signo asterisco (*) respectivamente, según el hallazgo (Ver anexo 4). Por intermedio de este criterio clínico se puede determinar el abordaje más adecuado.[7] (ver flujograma N°2)

6.2.2 Diagnóstico diferencial

6.2.2.1 Gingivitis inducida por placa dental:

El diagnóstico diferencial de las enfermedades gingivales inducidas por placa dental está relacionado directamente a enfermedades gingivales no inducidas por placa dental, entre ellas tenemos:

1. Lesiones originadas por bacterias específicas:
    a. Neisseria gonorrea
    b. Treponema pallidum
    c. Lesiones asociadas a especies estreptocócicas
    d. Otras variedades

2. Enfermedad gingival de origen viral:
    a. Infecciones por herpes
        1) Gingivoestomatitis primaria
        2) Herpes oral recurrente
        3) Varicela-zoster
    b. Otras

MINISTERIO DE SALUD DG G. Rosell

MINISTERIO DE SALUD DGIESP Dirección de Salud Bucal GINA BUSTAMANTE REATEGUI V°B° DIRECTORA EJECUTIVA

3. Enfermedad gingival de origen fúngico:
    a. Infecciones por cándida
    b. Eritema gingival lineal
    c. Histoplasmosis
    d. Otras
4. Lesiones gingivales de origen genético:
    a. Fibromatosis gingival hereditaria
    b. Otras
5. Manifestaciones gingivales de ciertas condiciones sistémicas:
    a. Desordenes mucocutáneos:
        1) Liquen plano
        2) Penfigoide
        3) Pénfigo vulgar
        4) Eritema multiforme
        5) Lupus eritematoso
        6) Inducido por drogas
        7) Otros
    b. Reacciones alérgicas:
        1) Materiales dentales
            a) Mercurio
            b) Níquel
            c) Acrílico
            d) Otros
        2) Reacciones atribuibles
            a) Dentífricos
            b) Enjuagues bucales
            c) Aditivos del chicle
            d) Alimentos y aditivos
        3) Otros
6. Lesiones traumáticas (latrogénicas, accidentales, incidentales):
    a. Químicas
    b. Físicas
    c. Térmicas
7. Reacciones a cuerpo extraño.
8. Otras no especificadas.[1]

6.2.2.2 Periodontitis:

El diagnóstico diferencial entre la periodontitis y la periodontitis agresiva, es que en la periodontitis agresiva hay un desarrollo rápido y progresivo de la enfermedad, en el

caso no se trate a tiempo podría llevar a la perdida prematura de las piezas dentarias.[1,2]

Grado de Recomendación*	Recomendación	Nivel de evidencia*
Diagnostico		
B	Para el diagnóstico periodontal en adolescentes de 12 a 17 años se recomienda el examen periodontal básico simplificado (EPBs), en seis dientes (1.6,1.1,2.6,3.1,3.6,4.6) y en mayores de 18 años el examen periodontal básico (EPB) en todas las piezas dentarias.[11]	**2++**

*el grado de recomendación y el nivel de evidencia se encuentra explicado en el anexo 8 y 9

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 De patología clínica

Examen visual

El examen visual se realiza mediante la evaluación de la presencia y cantidad de la placa dental por intermedio del índice de O'Leary, el cual se puede determinar con la ayuda del revelador de placa dental (ver anexo 2).

Examen táctil

El examen táctil se realiza mediante el uso de la sonda periodontal estandarizada de la OMS, el cual nos permitirá evaluar las profundidades de bolsa, así como el sangrado al sondaje mediante le índice de sangrado.[6] (ver anexo 3)

6.3.2 De imágenes

El objetivo principal del examen radiográfico en periodoncia es proporcionar información para la ayuda diagnóstica y la planificación del tratamiento. Las radiografías permiten al cirujano dentista evaluar el nivel de hueso alveolar, observar el espacio del ligamento periodontal, la región periapical, identificar el cálculo subgingival y las restauraciones defectuosas; también ayudan a evaluar la longitud de la raíz, la morfología, el soporte óseo restante de los dientes afectados periodontalmente y la afectación de la furcación de las piezas molares.[12,13] De acuerdo a lo planteado en el examen periodontal básico y el simplificado, se deben tomar radiografías cuando se presenten puntajes mayores a código EPB 3 (ver anexo 3). Las radiografías ideales para la evaluación periodontal son las periapicales y las de aleta de mordida.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Manejo según nivel de complejidad

El objetivo de la prestación y organización de los servicios de salud es evitar y reducir la morbilidad de la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis por lo tanto se hace necesaria la prevención y la identificación temprana de estas patologías para realizar el manejo adecuado y la referencia cuando sea necesario, son atendidas por el cirujano dentista o especialista en periodoncia según las consideraciones clínicas para el diagnóstico de la enfermedad periodontal (ver anexo 4).

6.4.1.1 Primer nivel de atención

En los establecimientos del primer nivel de atención que cuenten con un cirujano dentista o cirujano dentista especialista en periodoncia, se deberá realizar a los

adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, la evaluación de la salud periodontal mediante el examen periodontal básico (EPB) o el examen periodontal básico simplificado (EPBs) según corresponda y se realizará las intervenciones de prevención o tratamiento según lo indica en las consideraciones clínicas para el diagnóstico de la enfermedad periodontal (ver anexo 4)

En el caso que en el examen periodontal básico (EPB) o el examen periodontal básico simplificado (EPBs), se identifiquen códigos EPB 4 y *(asterisco), deberán ser referidos al segundo o tercer nivel de atención según capacidad resolutiva.

En los establecimientos de salud del primer nivel de atención donde que no se cuente con cirujano dentista, el personal de salud deberá sospechar de la posibilidad diagnóstica si al evaluar o al preguntar confirma la presencia de signos como:

- sangrado de las encías
- movilidad en lo dientes
- encías inflamadas

En el caso existan cualquiera de estos signos, el personal de salud deberá realizar la referencia inmediata al establecimiento de salud que cuente con cirujano dentista en un plazo no mayor de 48 horas. Especial cuidado debe tenerse en las gestantes, las cuales deben ser referidas, asegurándose de la atención por el cirujano dentista, en consideración de que la gingivitis puede asociarse a la presentación de partos prematuros.

6.4.1.2 Segundo y Tercer nivel de atención

En los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención, el cirujano dentista o cirujano dentista especialista en periodoncia, deberá realizar a los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, la evaluación de la salud periodontal mediante el examen periodontal básico (EPB) o el examen periodontal básico simplificado (EPBs) y realizar las intervenciones según lo indicado en las consideraciones clínicas para el diagnóstico de la enfermedad periodontal (ver anexo 4)

Si en el examen periodontal básico (EPB) o el examen periodontal básico simplificado (EPBs) se identifiquen los códigos EPB 4 y * (asterisco) (ver anexo 4), deberán ser atendidos por el cirujano dentista especialista en periodoncia en el segundo y tercer nivel de atención respectivamente.

6.4.2 Medidas generales y preventivas

La atención al paciente está evolucionando desde un enfoque principalmente restaurativo hacia un enfoque más preventivo y de largo plazo. Dicho enfoque se basa en el factor de riesgo y cumple con las necesidades específicas de los pacientes individualmente. La evaluación de los riesgos existentes, implica el uso del juicio clínico y el conocimiento del paciente identificados en la historia clínica, por parte del cirujano dentista tratante.[11]

Se debe tener en cuenta antes de realizar cualquier medida preventiva, el objetivo de la intervención realizándolo de la siguiente manera: **(hablar-instruir-practicar-plan-apoyo)**:

- ✓ **Hablar** con el paciente sobre las causas de la enfermedad periodontal y discutir cualquier dificultad que tenga para la eliminación efectiva de la placa dental.
- ✓ **Instruir** al paciente sobre las mejores formas de realizar la eliminación de la placa dental.
- ✓ Pedirle al paciente que **practique** la limpieza de sus dientes con la supervisión del cirujano dentista y que realice la limpieza interdental.

MINISTERIO DE SALUD DG G. Rosell

MINISTERIO DE SALUD - DGIESP Dirección de Salud Bucal GINA BUSTAMANTE REÁTEGUI V°B° DIRECTORA EJECUTIVA

- ✓ Establecer un **plan** que especifique cómo el paciente incorporará la higiene oral en su vida diaria.
- ✓ Proporcionar **apoyo** al paciente mediante el seguimiento en visitas posteriores.[11]

Las siguientes actividades preventivas se pueden realizar en todos los niveles de atención:

6.4.2.1 Instrucción de higiene oral:

Es la enseñanza individual realizada por el cirujano dentista, de la técnica de higiene oral según habilidad y desarrollo del usuario externo; mediante el uso de cepillo, pasta e hilo dental, incluye la detección de placa dental por intermedio del uso del índice de O'Leary (ver anexo 2).

Se debe instruir al paciente sobre las mejores maneras de realizar la remoción efectiva de la placa dental, esto debe incluir una demostración práctica y pedirle al paciente que practique la limpieza de sus dientes delante del cirujano dentista; se debe aprovechar este momento para enseñar las aéreas donde se encuentra mayor acúmulo de placa dental, para así realizar un cepillado dental más afectivo y fomentar el uso del hilo dental. [1,11]

6.4.2.2 Asesoría Nutricional para el control de enfermedades bucales:

Asesoramiento realizado por el cirujano dentista, en la elección de alimentos y hábitos dietéticos como parte de la prevención, tratamiento y el control de las enfermedades del sistema estomatológico.

La elección de la alimentación debe tener como prioridad las frutas, verduras y agua, evitando la ingesta alimentos con elevado contenido de azúcar como golosinas, galletas, entre otros y bebidas azucaras como jugos y gaseosas.

6.4.2.3 Profilaxis dental:

Remoción de la placa bacteriana de la superficie dental mediante la utilización de equipo rotatorio de baja velocidad, realizado por el cirujano dentista.

6.4.2.4 Promoción de la salud:

Mediante esta actividad se debe promover y sociabilizar acciones educativas con la finalidad de fomentar prácticas y entornos saludables que constituyan a la higiene oral, como la forma más importante de prevenir la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis. Los cirujanos dentistas y el personal de salud, mediante sesiones educativas y demostrativas, deben ser capaces de comunicar adecuadamente a la población, instruyendo, motivando y educando sobre la importancia de la higiene bucal en su salud general (ver anexo 6 y 7).

MINISTERIO DE SALUD DG
G. Rosell

6.4.2.5 Comunicación social:

En coordinación con la Oficina General de Comunicaciones se desarrollarán estrategias de comunicación masiva para la prevención de las enfermedades gingivales y periodontales a través de medios de comunicación, redes sociales y plataformas web, buscando concientizar a gran escala en la importancia del cuidado de los dientes y las encías. [11]

MINISTERIO DE SALUD - DGIESP
Dirección de Salud Bucal
GINA BUSTAMANTE REÁTEGUI
V°B°
DIRECTORA EJECUTIVA

Grado de Recomendación*	Recomendación	Nivel de evidencia*
	Prevención	
B	Los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores deben cepillarse los dientes al menos dos veces al día y de preferencia después de cada comida, para prevenir gingivitis inducida por placa dental y periodontitis.[17,18]	1+
B	Los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con espacios interproximales amplios, deben utilizar cepillos interdentales para la eliminación de la placa blanda y prevenir la gingivitis inducida por placa dental.[19]	1+
B	En adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores solo se recomienda la utilización de gluconato de clorhexidina al 0.12%, cuando el dolor limita la remoción de la placa dental mediante el cepillado diario, en esos casos la dosis será dos veces al día por medio minuto durante una semana; para prevenir la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis.[20]	1+

*el grado de recomendación y el nivel de evidencia se encuentra explicado en el anexo 8 y 9

Cuadro N°2: Manejo de gingivitis inducida por placa dental y periodontitis.[11,15]

Manejo de gingivitis inducida por placa dental: consejo para casa
• Cepillarse los dientes y la lengua por lo menos dos veces al día como mínimo 2 minutos con una pasta dental con flúor. • Utilizar una pasta dental que contenga flúor (mayor a 1000 ppm F) con la técnica de "escupir pero no enjuagarse" durante la limpieza de los dientes. • Uso de hilo dental cuando exista contacto entre dientes, realizarlo cada noche antes del cepillado nocturno. • Si hay espacios entre los dientes, utilizar cepillos interproximales. • Para completar los consejos para casa, se puede ver el anexo 6 y 7

Manejo de gingivitis inducida por placa dental y periodontitis por cirujano dentista
• Visitar al odontólogo por lo menos dos veces al año. • Realizar el examen periodontal básico a pacientes mayores de 18 años.

- Realizar el examen periodontal básico simplificado a pacientes menores de 18 años.
- Explicar al paciente los factores de riesgo para así poder controlarlos y tener buenos resultados.
- Dar indicaciones al paciente de higiene oral, mediante el cepillado de los dientes y uso del hilo dental antes de acostarse; se debe hacer el seguimiento de este hábito en cada cita.
- Explique al paciente qué tratamiento le va realizar, qué implica y qué beneficios potenciales tiene para que sea un tratamiento exitoso. Qué implica la estabilización de la enfermedad y reducir el riesgo de la perdida de piezas dentarias. También explique cuáles pueden ser las consecuencias de que no se realiza ningún tratamiento.
- Utilizar los resultados como, por ejemplo, tener encías no sangrantes, aliento más fresco y la preservación de sus dientes; ya que puede significar más para algunos pacientes, a diferencia que una discusión sobre las profundidades de exploración y la pérdida ósea.
- Explique al paciente su papel en la mejora de la salud periodontal, deje claro que la periodontitis es una enfermedad crónica que debe ser tratada y requiere un compromiso de por vida.
- Explicar al paciente que tiene el hábito de fumar, el efecto que puede tener en su salud oral y salud general (ver anexo 5).
- Antes de cualquier intervención, asegurarse que el paciente se encuentra sistemáticamente estable.
- Realizar instrucción de higiene oral y asesoría nutricional para el control de enfermedades bucales.
- Realizar profilaxis dental y si el paciente lo requiere realizar el destartraje dental.
- Para el manejo de la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis se debe tener en consideración la lista de recomendaciones (ver anexo 10)

Fuente: Elaboración propia - Dirección de Salud Bucal

6.4.2 Terapéuticas

Tanto la prevención de enfermedades periodontales, como el mantenimiento de los tejidos periodontales y sobre todo en el tratamiento inicial se basan en la capacidad y disposición del paciente para realizar y mantener un tratamiento eficaz en la eliminación de placa dental. Esto puede requerir un cambio en el comportamiento del paciente en relación a la higiene oral, así como comportamientos en el estilo de vida como, por ejemplo, el uso de tabaco y la dieta.[11]

El tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis se dará en el primer nivel de atención; en el caso se diagnostique código EPB 04 y código EBP * furcación según los criterios diagnósticos antes mencionado, será referido para a la atención por un especialista en periodoncia, al segundo y tercer nivel de atención según capacidad resolutiva.

Se debe tener en cuenta aquellos pacientes que presentan factores de riesgo sistémicos, ya que en estos casos se deberá realizar la interconsulta con el médico cirujano correspondiente para el control de los mismos, se conoce que existe asociación entre la enfermedad periodontal, las enfermedades sistémicas, condiciones específicas y hábitos, como los siguientes:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Diabetes mellitus.
- Tabaquismo.
- Gestación.[1]

En el tratamiento de la inflamación de los tejidos gingivales, se requiere identificar que no esté agravada por factores sistémicos, malos hábitos, medicación o malnutrición. Los pacientes que presentan gingivitis inducida por placa dental serán instruidos en el uso del cepillo dental, pasta dental y cepillos interproximales. Es necesario en esta instrucción demostrarle al paciente, mediante el uso del índice de O'Leary, los sitios dónde se acumula la placa dental, para que así la limpieza de las piezas dentarias sea más eficiente.[15] (ver anexo 2)

En pacientes que consuman tabaco, es importante tomar unos minutos para plantear el problema del consumo de tabaco, como parte de una breve intervención para alentar al paciente a considerar dejar de fumar, se debe discutir el efecto que fumar puede tener sobre su salud y en las personas que lo rodean (ver anexo 5).

6.4.2.1 Tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental

- Explicar al paciente que una gingivitis inducida por placa dental no tratada es un factor de riesgo para la presencia de periodontitis, la cual puede llevar a que pierda las piezas dentarias.
- Remover la placa supra gingival, cálculo dental y depósitos de placa subgingivales mediante la utilización de instrumentos manuales tipo Gracey.
- Asegurarse que los factores retentivos de placa dental sean corregidos, como por ejemplo las restauraciones desbordantes.
- En los casos donde haya presencia de inflamación aguda en los tejidos gingivales y exista la limitación del paciente para realizar la remoción mecánica de la placa dental del sector posterior de la cavidad bucal, se indicará el uso de clorhexidina al 0.12% por medio minuto, cada 12 horas por 7 días, se utilizará inmediatamente después del cepillado dental.
- El paciente debe ser reevaluado para evidenciar la presencia de placa dental y sangrado, utilizando el índice de O'Leary y el índice de sangrado (ver anexo 2 y 3), de esa manera compararlo con los valores iniciales, para poder determinar la evolución del paciente.
- El tratamiento activo finaliza cuando el nivel de higiene es compatible con salud clínica, se recomienda que la placa dental no sea superior al 20% de las superficies e índice de sangrado al 10%. [1,11]

6.4.2.2 Tratamiento del agrandamiento gingival inducido por drogas (en presencia de placa dental)

- Actualizar la historia clínica del paciente.
- Realizar los pasos indicados en el ítem 6.4.2.1 "Tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental".
- En casos moderados o severos, cuando el alargamiento gingival impida la adecuada remoción de placa dental o interfiera con la función de la cavidad oral, se debe realizar la interconsulta con el médico cirujano, informando la situación debido a la medicación y posteriormente al cirujano dentista especialista en periodoncia. El primero lo evaluará y posteriormente el cirujano dentista especialista en periodoncia, si es necesario, podrá plantear alguna intervención quirúrgica.

MINISTERIO DE SALUD DG G. Rotelli

MINISTERIO DE SALUD - DGIESP Dirección de Salud Bucal GINA BUSTAMANTE REATEGUI V°B° DIRECTORA EJECUTIVA

- El paciente debe ser reevaluado para evidenciar la ausencia de agrandamiento gingival, la presencia de placa dental y compararlo con los valores iniciales, de esa manera se podrá determinar la salud gingival.[1,11]

6.4.2.3 Tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental asociada al embarazo

Es importante tener en consideración que el tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental en gestante es de suma importancia, ya que se ha demostrado bajo evidencia científica la relación que existe entre la gestación y la enfermedad periodontal, causando parto prematuro y bajo peso al nacer; esto se da debido a la presencia de bacterias que se encuentran en las enfermedades periodontales y a consecuencia de esta la presencia de agentes inflamatorios. (Ver flujograma N°1)

- Realizar los pasos indicados en el ítem 6.4.2.1 "Tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental".
- La paciente gestante en tratamiento de gingivitis inducida por placa dental, requiere controles más frecuentes durante su periodo de gestación.
- La paciente debe ser reevaluada para el control de la presencia de placa dental y sangrado, se registrará y evaluará para compararlos con valores iniciales, y de esa manera determinar la salud gingival. [28,29]
- Explicar a la paciente que la inflamación gingival se resolverá una vez él bebe haya nacido o luego de terminar con el periodo de lactancia, además de tener en cuenta que la higiene oral sea adecuada, el índice de placa dental sea menor al 20% y el índice de sangrado menor al 10%.

Importante: Existen ciertas enfermedades gingivales poco frecuentes que no responden a los tratamientos convencionales antes planteados, donde la extensión y severidad de la enfermedad es inconsistente con la cantidad de placa dental, en estos casos se recomienda derivar de manera urgente al especialista en periodoncia.[1]

6.4.2.4 Tratamiento de la periodontitis

Se debe tomar en cuenta en el tratamiento de la periodontitis, la instrucción de higiene oral y la eliminación de los factores retentivos de placa dental (restauraciones desbordantes) como se da en el tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental; sin embargo, el debridamiento incluye las superficies dentarias supragingival, subgingival y radicular.

- El tratamiento se realizará mediante la técnica de raspado y alisado radicular con curetas específicas o tipo Gracey, las cuales están diseñadas y anguladas según las áreas y superficies a tratar 1/2, 7/8, 11/12 y 13/4. En el cual la cureta 1/2 será utilizada para el sector anterior, la 7/8 para las caras libres posteriores, la 11/12 para las caras mesiales de piezas posteriores y la 13/14 para distal de piezas posteriores.
- Es importante realizar la eliminación de los factores retentivos de placa dental.[15]
- Algunos pacientes experimentan dolor y mucho sangrado en la instrumentación. El uso de anestesia local puede ayudar a los pacientes a la tolerancia al tratamiento de la periodontitis.
- Informe al paciente que él / ella puede experimentar cierta incomodidad y sensibilidad después del tratamiento, también puede presentar recesión gingival como resultado de la curación de los tejidos.
- El paciente fumador o con enfermedades sistémicas deberá ser notificado previamente sobre la relación existente entre la enfermedad periodontal y la condición que presenta. Se le debe informar al paciente que el éxito del

MINISTERIO DE SALUD DG G. Rosell

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Salud Bucal GINA BUSTAMANTE REÁTEGUI Vºbº DIRECTORA EJECUTIVA DGIESP

tratamiento, dependerá del control de la enfermedad sistémica que padece y la eliminación de los hábitos nocivos como el consumo de tabaco.

- En pacientes gestantes se recomienda realizar el tratamiento inmediatamente después de haber realizado el diagnostico; en los casos donde sea necesario, se utilizará anestesia local, se recomienda que sea después del primer trimestre de gestación.
- La paciente gestante debe ser reevaluada para determinar el nivel de placa dental y debe ser revaluada con valores iniciales; dependiendo de la habilidad para el control de placa dental se establece las citas de mantenimiento, la cual se recomienda que sean en intervalos de 3 meses.
- La reevaluación post tratamiento de raspado y alisado radicular se realizará a los 30 días. El tratamiento activo termina cuando en la reevaluación, las profundidades de sondaje no son mayores a 3mm, el sangrado al sondaje es menor al 10% y la placa dental al 20%.
- De acuerdo a los signos y síntomas se realizará el debridamiento de las superficies dentarias y se reforzará la instrucción de higiene oral. Se recomienda que la frecuencia de las citas de mantenimiento para el primer año sea cada 3 meses.[12]

Grado de Recomendación*	Recomendación	Nivel de Evidencia*
Tratamiento		
D	Para la eliminación de placa blanda y calcificada en pacientes con periodontitis, se puede realizar utilizando instrumentos manuales tipo Gracey. Los cuales son 1/2 para el sector anterior, 7/8 para las caras libres posteriores, 11/12 para las caras mesiales de piezas posteriores y 13/14 para distal de piezas posteriores.[21,22]	4
B	Para el tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis, no es necesario el uso de terapia con antibióticos sistémicos como coadyuvante de la terapia mecánica.[14,24]	1+
C	Los pacientes fumadores con gingivitis inducida por placa dental y periodontitis, se les debe instruir sobre el efecto del tabaco en la salud oral, indicándoles el riesgo del mismo para lograr los mejores resultados terapéuticos.[25,26]	2++
C	En pacientes diabéticos se debe realizar el tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis, con el fin de mejorar el control glucémico y disminuir la inflamación sistémica que esta provoca.[27]	2++
B	La gestante debe ser evaluada para descartar gingivitis inducida por placa dental o periodontitis. La gestante que presente gingivitis inducida por placa dental y periodontitis debe ser tratada inmediatamente.[28,29]	1

*el grado de recomendación y el nivel de evidencia se encuentra explicado en el anexo 8 y 9

MINISTERIO DE SALUD DG G. Rosell

MINISTERIO DE SALUD - DIGESA Dirección de Salud Ambiental GINA BUSTAMANTE REÁTEGUI

6.4.2.5 Mantenimiento contra la presencia de la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis

La clave para la prevención y el tratamiento exitosos de las enfermedades periodontales es la instauración de los hábitos de higiene por parte del paciente; en pacientes que han tenido un episodio de enfermedad periodontal, ya sea gingivitis o periodontitis, debe mantener el seguimiento respectivo por el cirujano dentista, reforzando regularmente la importancia de la eliminación efectiva de la placa dental y realización de tratamientos preventivos.

En pacientes sin antecedentes previos de periodontitis, este régimen de mantenimiento profesional preventivo es más corto. Por otro lado, en pacientes que han recibido tratamiento previo para periodontitis, el mantenimiento por el cirujano dentistas se denomina terapia periodontal de apoyo, el cual requiere un mayor tiempo en cada cita para realizar el seguimiento adecuado y de manera efectiva para evitar la recidiva de la enfermedad.

En pacientes sin antecedentes de periodontitis en las visitas de mantenimiento:

- Realizar el examen periodontal básico o examen periodontal básico simplificado. (ver anexo 1)
- Retire la placa supra-gingival y el cálculo dental, si es necesario, los depósitos sub-gingivales.
- Si el paciente consume tabaco, darle la información de lo perjudicial que puede ser para la enfermedad periodontal y su salud en general (ver anexo 5)
- Corregir los factores de retención de placa local, por ejemplo, retire las restauraciones sobresalientes o modifique el diseño de las prótesis dentales.
- Mediante el uso de la placa reveladora resalte las áreas del paciente donde se detectan depósitos de placa supra-gingivales. (ver anexo 2)
- Explique al paciente qué significa esto para él / ella y programe la próxima cita en base a en el nivel de riesgo.[11]

En pacientes con antecedentes de periodontitis en las visitas de mantenimiento:

- Realizar examen periodontal básico. (ver anexo 1)
- Asegúrese de que se realice un examen periodontal completo anualmente en los siguientes casos:
  - En pacientes que obtuvieron puntajes EPB 4 en cualquier sextante al inicio y en pacientes que obtuvieron un puntaje de EPB 3 en más de un sextante.
  - Cuando el paciente obtuvo una puntuación de EPB 3 en un solo sextante.
- Si el paciente consume tabaco, darle la información de lo perjudicial que puede ser para la enfermedad periodontal y su salud en general (ver anexo 5)
- Se recomienda realizar el índice de placa dental, indicar al paciente la importancia de los hábitos de higiene, ya que, debido al antecedente de periodontitis, el paciente es altamente susceptible a la recidiva de la enfermedad, incluso en presencia de cantidades muy pequeñas de placa dental y presencia de sangrado (ver anexo 3 y 2).
- Corregir los factores de retención de la placa local, por ejemplo, eliminar las restauraciones sobresalientes o prótesis dentales.
- Lleve a cabo la instrumentación de la superficie radicular en sitios con una profundidad de sondeo de ≥ 4 mm donde se encuentre placa subgingival.
- Explique al paciente qué significa esto para él / ella y programe la próxima cita en base a en el nivel de riesgo.[11]

MINISTERIO DE SALUD DG G. Rosell

MINISTERIO DE SALUD - DGIESP Dirección de Salud GINA BUSTAMANTE REÁTEGUI DIRECTORA EJECUTIVA

Grado de Recomendación*	Recomendación	Nivel de evidencia*
	Mantenimiento	
B	Los pacientes que han recibido tratamiento periodontal deben visitar al odontólogo cada 3 meses para evitar la recidiva de la enfermedad periodontal.[30,31]	1
B	En pacientes que se encuentren en mantenimiento periodontal, se les debe realizar el control de los niveles de placa dental, inflamación gingival, sangrado, y la profundidad del sondaje; también eliminar los factores retentivos de placa dental, desbridamiento supragingival y subgingival, para evitar la recidiva de la enfermedad periodontal.[27,30]	1

*el grado de recomendación y el nivel de evidencia se encuentra explicado en el anexo 8 y 9

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

En la gingivitis inducida por placa dental no se han reportado efectos adversos, así mismo, el tratamiento de esta condición no significa ningún riesgo para los pacientes con enfermedades sistémicas y pacientes en gestación.

En la periodontitis crónica se puede presentar sensibilidad dentaria y pérdida de soporte que causan resultados antiestéticos; así como retracción gingival y espacios interdentales amplios. Debemos informar a los pacientes que presentan bolsas profundas e inflamación aguda, que cuando la inflamación remita habrá una contracción de los tejidos, que pueden dejar efectos adversos como los antes mencionados. En el caso se utilice anestésicos con vasoconstrictor, se debe tener en cuenta los pacientes que presenten hipertensión arterial y aquellos que llevan medicación con antiplaquetarios.[1]

6.4.4 Signos de Alarma

En los estadios leves y moderados de la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis, pueden no dar signos de alarma en la mayoría de los casos, sin embargo, hay que tener en cuenta que la presencia de sangrado gingival se considera como un signo que podría reflejar la presencia de enfermedad periodontal. Es importante señalar que en los pacientes fumadores el sangrado gingival podría estar ausente debido al efecto vasoconstrictor como consecuencia del tabaquismo[1,11]

En las formas más severas de periodontitis, se puede presentar movilidad dentaria, migraciones dentarias, halitosis, supuración y dificultad para masticar.[11]

6.4.5 Criterios de Alta

Los criterios para el alta de la gingivitis inducida por placa dental se dan con la resolución del proceso inflamatorio, se utilizan los instrumentos diagnóstico para realizar la verificación (anexo 2 y 3) que es utilizado en la reevaluación se debe evidenciar, menos de 20% de superficie con placa dental y menos del 10% de sangrado, estos parámetros son considerados como nivel de higiene compatible con salud; también se toma en cuenta la ausencia de factores retentivos de placa dental.

Sin embargo, para la periodontitis por ser una enfermedad crónica, los pacientes no reciben el alta, sino que una vez que no presentan profundidades de sondaje mayores a 3mm (milímetros) y sangrado menor al 10%, entran a la fase de mantenimiento y así evitar la recidiva de la enfermedad. Es importante mencionar que el sangrado al sondaje gingival es el determinante crítico de la enfermedad, ya que luego del tratamiento

periodontal puede desarrollarse en la pieza dental un epitelio largo de unión que puede presentar profundidades mayores a 3 mm (milímetros) pero en ausencia de sangrado el diagnosticado será compatible con salud.[1,11]

6.4.6 Pronóstico

El pronóstico dependerá del control de los factores etiológicos, sistémicos, hábitos y habilidad del paciente en el control de la placa dental, además de ser acompañado con un adecuado mantenimiento periodontal; el pronóstico es más favorable en ausencia de movilidad dental y lesiones de furcación.[1]

6.5 COMPLICACIONES

Dentro de las complicaciones post tratamiento en los pacientes con periodontitis, podemos encontrar:

- Sangrado
- Hipersensibilidad dentinaria
- Lesiones en la mucosa durante la instrumentación (aftas)

La enfermedad se puede reagudizar por el cierre de la bolsa periodontal en la parte más coronal (inadecuado debridamiento subgingival) presentándose un absceso periodontal que pueda traer consigo una pérdida de soporte a mayor velocidad y dolor. La principal complicación tardía debido al no tratamiento de las patologías periodontales es la pérdida de piezas que pueden llevar al edentulismo afectando de sobremanera la calidad de la vida del individuo. [1]

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

La referencia y contrarreferencia se realizará tomando en cuenta lo siguiente:

- Aquellos pacientes que en el examen periodontal básico presentan código EPB 4 o código EPB * (furcaciones) (ver anexo 4), deben ser referidos al cirujano dentista especialista en periodoncia del segundo o tercer nivel de atención según capacidad resolutiva.
- Aquellos pacientes que al terminar la terapia inicial en la reevaluación presenten profundidades de sondaje mayores a 3mm (milímetros) acompañados de sangrado.
- En gingivitis o agrandamiento gingival que persiste a pesar del tratamiento convencional descrito en el ítem 6.4.2, los signos como la inflamación y el sangrado pueden ser un signo de leucemia no diagnosticada, tanto en niños como en adultos, considere la referencia urgente a un médico.[11]
- Posteriormente los pacientes referidos por los motivos antes mencionados, y cuyo problema de gingivitis esté en tratamiento o haya remitido, serán contrarreferidos al primer nivel de atención o a su establecimiento de origen, para dar el seguimiento adecuado y determinar las medidas de mantenimiento para evitar la recidiva.

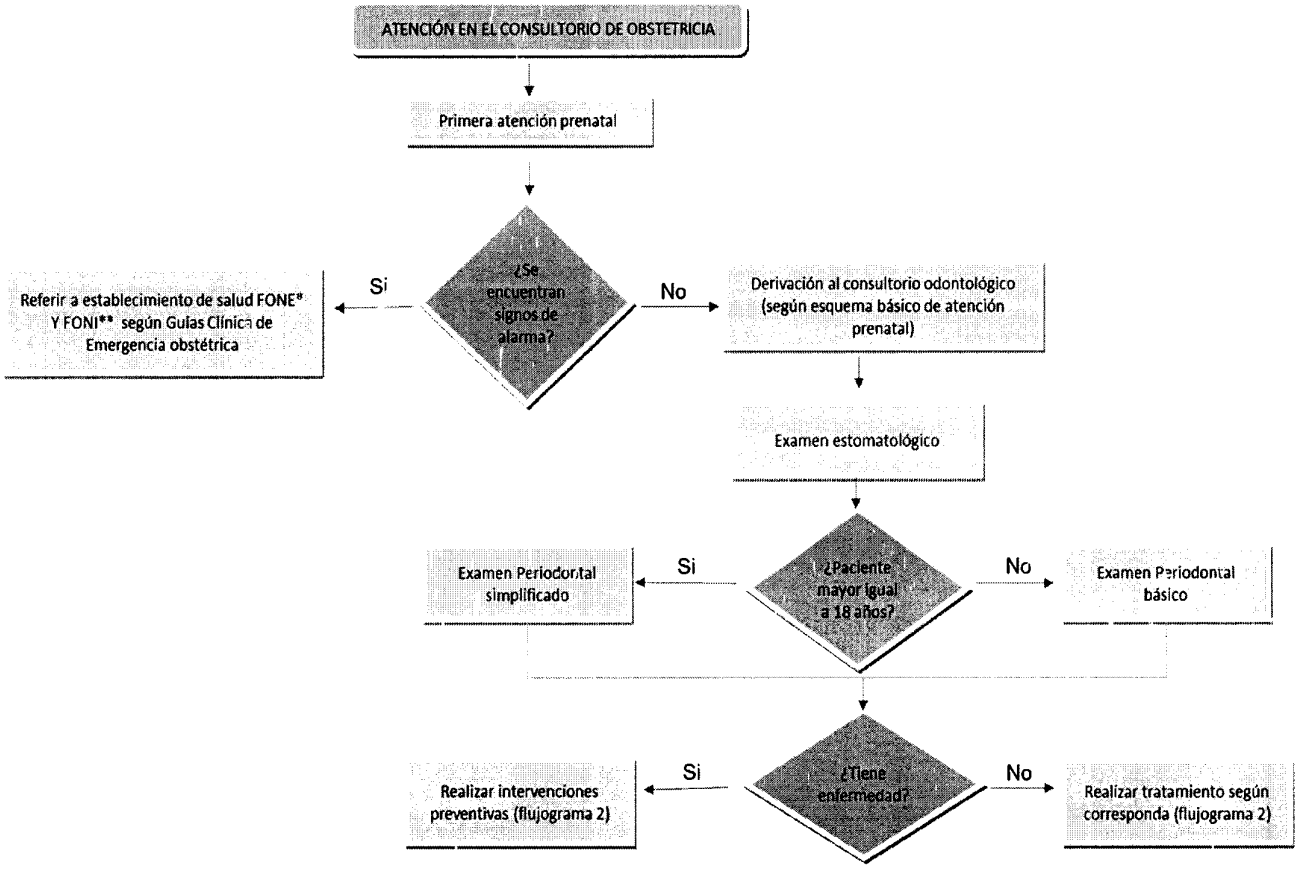
MINISTERIO DE SALUD DG G. Rosell

6.7 FLUJOGRAMA

Flujograma de atención del paciente con diagnóstico de gingivitis inducida por placa dental y periodontitis

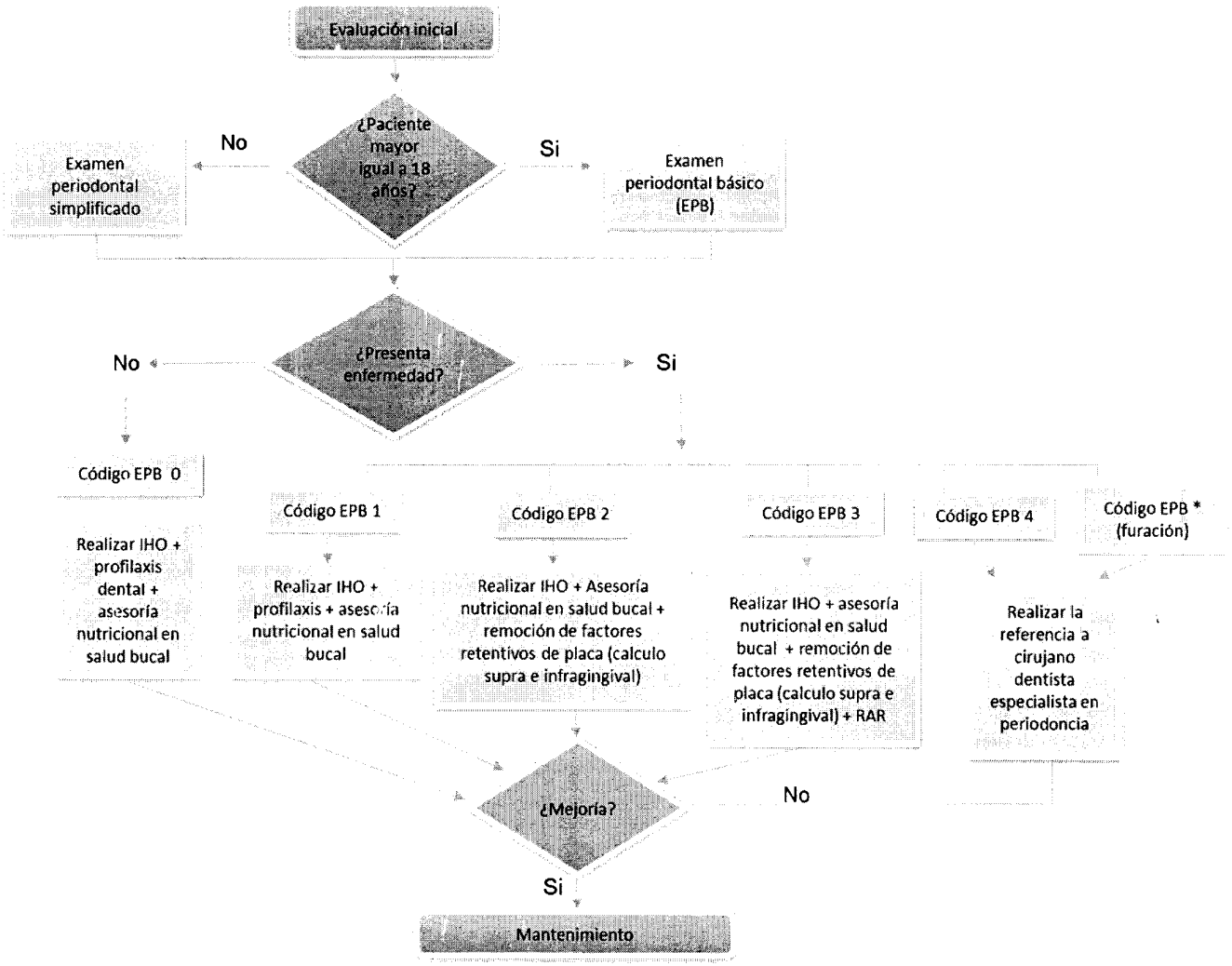
MINISTERIO DE SALUD - DGIESP Dirección de Salud Bucal GINA BUSTAMANTE REATEGUI V°B° DIRECTORA EJECUTIVA

Flujograma N°1 : Atencion a la Gestante



**Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales*
***Funciones obstétricas Neonatales intensivas*

Flujograma N° 2: Atención en la Consulta de Estomatología



MINISTERIO DE SALUD
DG
G. Rosell

MINISTERIO DE SALUD - DGIESP
Dirección de Salud Bucal
GINA BUSTAMANTE REÁTEGUI
V°B°
DIRECTORA EJECUTIVA

VII. ANEXO

- Anexo 1: Instrumento para el diagnóstico: Examen periodontal básico (EPB) y Examen periodontal básico simplificado
- Anexo 2: Instrumento para el diagnóstico: Índice de Placa O'Leary
- Anexo 3: Instrumento para el diagnóstico: Índice de sangrado (Ainamo modificado)
- Anexo 4: Tabla de consideraciones clínicas para el diagnóstico de enfermedad periodontal
- Anexo 5: Consideraciones para pacientes con hábito de fumar
- Anexo 6: Consideraciones para la sesión educativa
- Anexo 7: Consideraciones para la sesión demostrativa
- Anexo 8: Niveles de evidencia científica según SIGN 138
- Anexo 9: Grados de recomendación según SIGN 138
- Anexo 10: Lista de recomendaciones

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA EL DIAGNÓSTICO:
EXAMEN PERIODONTAL BÁSICO (EPB)[7]
(uso del cirujano dentista)

Examen periodontal básico (EPB)	- Se realiza con la sonda diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) - La cavidad oral se divide en seis sextantes y se hace el sondaje de manera circunferencial por la cara vestibular y palatino o lingual. - Se realiza la evaluación en todas las piezas dentarias y se registra el código de seis piezas dentarias, uno por sextante y se apunta el código de la pieza que tuvo el puntaje más alto. - Un sextante evaluado deberá contener al menos dos dientes. Las observaciones realizadas en un diente se incluyen dentro del registro del sextante adyacente. - En los individuos jóvenes el margen gingival puede estar situado varios milímetros coronales a la unión amelocementaria. Esto se tomará en cuenta al proponer tratamiento para sextantes con puntuación 3 y 4.[10]
Examen periodontal básico simplificado (EPBs)	- Se realiza con la sonda diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) - Para los adolescentes de 12 a 17 años el examen periodontal básico se realiza en seis dientes, por lo que se denomina EPB simplificado, las piezas dentarias son la 1.6, 1.1, 2.6, 4.6, 3.1, 3.6. -

1 EPB piezas:(1.7 - 14) EPBs pieza: (1.6)	2 EPB piezas: (1.3 – 2.3) EPBs pieza: (1.1)	3 EPB piezas: (2.4 –2.7) EPBs pieza: (2.6)
4 EPB piezas: (4.7 – 4.4) EPBs pieza: (4.6)	5 EPB piezas: (4.3 – 3.3) EPBs pieza: (3.1)	6 EPB piezas: (3.4 – 3.7) EPBs pieza: (3.6)

ANEXO 2

INSTRUMENTO PARA EL DIAGNÓSTICO:
ÍNDICE DE PLACA O´LEARY[7]
(uso del cirujano dentista)

Índice de placa (O´Leary)	- Se aplicará revelador de placa (pastillas reveladoras o violeta de genciana) a todas las superficies dentarias de los pacientes. Luego que el paciente se enjuague con agua una sola vez se registrarán las áreas teñidas de todas las superficies (tres por vestibular y una por palatino/lingual) y registrarán en la ficha respectiva. Se procederá a sacar el porcentaje total de áreas teñidas. Únicamente se registra la presencia de placa en la unión dentogingival de los dientes; los dientes que no existen deben tacharse de la ficha.

Índice de Placa - (O´Leary) (IP)

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

IP: N° total de segmentos con placa x 100
N° total de segmentos presentes en boca

MINISTERIO DE SALUD DG G. Rosell

MINISTERIO DE SALUD - DGIESP Dirección de Salud Ocular GINA BUSTAMANTE REÁTEGUI V°B° DIRECTORA EJECUTIVA

ANEXO 3

INSTRUMENTO PARA EL DIAGNÓSTICO:
ÍNDICE DE SANGRADO (AINAMO MODIFICADO)[7]
(uso del cirujano dentista)

Índice de sangrado (Ainamo modificado) (IS)	- Se pasa la sonda periodontal a través de la zona crevicular de cada uno de los dientes y se va anotando en sus unidades gingivales si sangra o no (calificación dicotómica), pintando el espacio. Se debe esperar entre 15 y 30 segundos, para su lectura.[7]

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

IS: $\frac{\text{N° de puntos sangrantes en boca}}{\text{N° total de superficies exploradas}} \times 100$

ANEXO 4

TABLA DE CONSIDERACIONES CLÍNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL[7]
(uso del cirujano dentista)

Código EPB	Signos visibles	Necesidad de Examen periodontal	Necesidad de Tratamiento
0	No hay bolsas >3.5mm, sin cálculos ni restauraciones sobrecontorneadas, no hay sangrado al sondaje	Examen periodontal básico	No requiere tratamiento
1	No hay bolsas >3.5mm, sin cálculos ni restauraciones sobrecontorneadas, pero sí hay sangrado al sondaje (banda negra visible)	Examen periodontal básico	Instrucción de higiene oral – IHO (Odontólogo general)
2	No hay bolsas >3.5mm, sí presenta cálculos supra o subgingival y restauraciones sobrecontorneadas (banda negra visible)	Examen periodontal básico	IHO, remoción de factores retentivos de placa, incluye cálculo o sarro supra y subgingival (Odontólogo general)
3	Profundidad al sondaje de 3.5 - 5.5mm (banda negra parcialmente visible, indicando bolsa de 4-5mm)	Examen periodontal básico y radiografías periapicales	IHO, remoción de factores retentivos de placa, incluye cálculo o sarro supra y subgingival y RAR (Odontólogo general)
4	Profundidad al sondaje >5.5mm (banda negra dentro de la bolsa, indicando bolsa de 6mm a mas)	Examen periodontal completo con radiografías periapicales	Tratamiento más complejo Especialista en periodoncia
*	Furcación	Examen periodontal completo con radiografías periapicales	Tratamiento más complejo Especialista en periodoncia

ANEXO 5
CONSIDERACIONES EN PACIENTES CON HÁBITO DE FUMAR[11]

Puntos a tratar con pacientes que consumen tabaco, sabía que:

- Un cigarrillo contiene > 4000 sustancias químicas, incluidas sustancias cancerígenas como el alquitrán.
- El humo del cigarrillo contiene monóxido de carbono, un gas venenoso que reduce la capacidad de la sangre para transportar oxígeno por el cuerpo.
- La nicotina es una droga extremadamente adictiva que aumenta la frecuencia cardíaca y la actividad del sistema nervioso central.
- Fumar está relacionado con cáncer de pulmón, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, obstrucción crónica, enfermedad pulmonar, cáncer oral, enfermedad de las encías, problemas de fertilidad, problemas de la piel, arrugas y mal aliento.
- Las personas que fuman tienen un sentido reducido de gusto y olor en comparación con los no fumadores.
- Los niños expuestos al humo de segunda mano tienen un mayor riesgo de asma, infecciones de oído, respiratorias y síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS).
- Los adultos no fumadores expuestos al humo de segunda mano tienen un mayor riesgo de enfermedad cardíaca y cáncer de pulmón.

¿Cuáles son los beneficios de dejar de fumar?

- A los pocos días de dejar de fumar, la frecuencia cardíaca disminuye, el monóxido de carbono y los niveles de oxígeno vuelven a niveles similares a los que se ven en los no fumadores, los niveles de nicotina en la sangre desaparecen y el sentido del gusto y el olfato del paciente se agudizarán.
- En unas semanas: la función pulmonar del paciente comenzará a mejorar, la tos y la brevedad de la respiración disminuirá y su complexión mejorará.
- A largo plazo, los síntomas de la bronquitis crónica mejoran, los riesgos de desarrollar cáncer gástrico y las úlceras duodenales disminuyen, los riesgos de desarrollar cáncer de pulmón, otros cánceres y enfermedades cardiovasculares; disminuirá el sufrir accidentes cerebro vascular.
- Dejar de fumar puede generar ahorros sustanciales.

MINISTERIO DE SALUD DG G. Rosell

MINISTERIO DE SALUD - DGIESP Dirección de Salud Bucal GINA BUSTAMANTE REÁTEGUI V°B° DIRECTORA EJECUTIVA

ANEXO 6

CONSIDERACIONES PARA LA SESIÓN EDUCATIVA[7,11,14,15]

SESIÓN EDUCATIVA

- ✓ Se debe conversar con relación al consumo de tabaco (ver anexo 5)
- ✓ Se le debe explicar al paciente que la salud bucal es muy importante ya que la boca es por el medio donde nos alimentamos, también se relaciona a actividades sociales como la comunicación (hablar) por ese motivo las enfermedades bucales no tratadas, pueden tener un gran impacto sobre la calidad de vida de una persona.
- ✓ Indicar al paciente la importancia de hábitos saludables como una alimentación balanceada, acompañada de una higiene bucal adecuada, ya que de esa manera se puede prevenir enfermedades de la cavidad bucal.
- ✓ Se debe recomendar al paciente ingerir una dieta balanceada que contenga cereal, granos, vegetales, frutas, lácteos, carnes y leguminosas; evitando consumir alimentos azucarados como golosinas, galletas, gaseosas, jugos azucarados, entre otros.
- ✓ Se le debe indicar al paciente que el sangrado de las encías no es normal, que el sangrado indica la presencia de enfermedad periodontal.
- ✓ Se le debe indicar al paciente que la enfermedad periodontal no tratada puede llevar a la perdida de piezas dentarias, lo que conlleva a problemas para la alimentación, habla, autoestima, por lo tanto, en la salud general.
- ✓ Si la paciente es gestante, indicar que debe visitar al odontólogo durante el primer trimestre de gestación, si la paciente gestante indica que tiene sangrado o inflamación en las encías, referir en un plazo no menor de 48 horas a un odontólogo, ya que él bebe puede presentar riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.
- ✓ Recomendar a los pacientes que sufran de enfermedades sistémicas, como la diabetes o enfermedades cardiovasculares, la visita lo antes posible al odontólogo ya que puede agravar la enfermedad ya existente.
- ✓ Recomendar visitar al odontólogo por lo menos dos veces al año

➢ *En esta sesión se puede utilizar material audiovisual para fortalecer el aprendizaje.*

MINISTERIO DE SALUD DG G. Rossi

MINISTERIO DE SALUD - DGIESP Dirección de Salud Bucal GINA BUSTAMANTE REATEGUI V°B° DIRECTORA EJECUTIVA

ANEXO 7

CONSIDERACIONES PARA LA SESIÓN DEMOSTRATIVA[7,11,14,15]

SESIÓN DEMOSTRATIVA

Higiene bucal

- ✓ Indique al paciente, mediante el uso de material de apoyo, que debe realizar el cepillado dental por todas las superficies de los dientes, de forma ordenada empezando con los dientes del maxilar superior y después con el maxilar inferior, asegurándose que todos los restos alimenticios sean removidos, no se debe olvidar de lavar la lengua.
- ✓ El cepillado dental no debe ser menor a 2 minutos, debe ser dos veces al día, sobre todo antes de dormir.
- ✓ Indicar al paciente el uso del hilo dental, tomando un tramo del rollo, enrollándolo entre los dedos, introduciéndolo suavemente entre los dientes, se debe realizar de forma ordenada, empezando con los dientes del maxilar superior y después con el maxilar inferior.
- ✓ El uso del hilo dental debe ser diariamente, cada noche antes del cepillado, en el caso existan espacios amplios entre los dientes, utilizar cepillo interproximal.
- ✓ Pídale al paciente que ahora practique en la maqueta y realice la limpieza como se le indico.
- ✓ Recomendar al paciente que utilice una pasta dental que contenga flúor, mayor a 1000 ppm (partes por millón), no debe enjuagarse, solo se escupe el exceso.
- ✓ Recomendar al paciente cuando adquiera una pasta dental, debe revisar los ingredientes para asegurarse que contenga la cantidad de flúor adecuada, mayor a 1000 ppm (partes por millón).
- ✓ Recomendar al paciente que utilice cepillo de cerdas suaves y la dosis adecuada de pasta dental, del tamaño de una alverjita.
- ✓ Recomendar al paciente que debe cambiar el cepillo dental cada 3 meses o cuando se vean las cerdas desgastadas, el cepillo de se debe mantener en un lugar ventilado y protegido para evitar su contaminación.
- ✓ Recomendar visitar al odontólogo por lo menos dos veces al año

➢ *En esta sesión se puede utilizar material como hilo dental y maqueta para la demostración directa, y así fortalecer el aprendizaje*

MINISTERIO DE SALUD DG G. Rossi

MINISTERIO DE SALUD - DGIESP Dirección de Salud Bucal GINA BUSTAMANTE REÁTEGUI V°B° DIRECTORA EJECUTIVA

ANEXO 8

NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA SEGÚN SIGN 138

NIVEL DE EVIDENCIA	DESCRIPCIÓN
1++	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados, o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas o ensayos clínicos con bajo riesgo de sesgo.
1	Meta-análisis, revisiones sistemáticas o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohorte o casos-controles de alta calidad.
2+	Estudios de cohorte o caso-control bien conducidos con bajo riesgo de confusión o sesgo y probabilidad moderada de que la relación sea causal.
2	Estudios de cohorte o caso-control con alto riesgo de confusión o sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos. Por ejemplo: reportes o series de casos.
4	Opinión de experto.

ANEXO 9

GRADOS DE RECOMENDACIÓN SEGÚN SIGN 138

GRADO DE RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN
A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado clasificado como 1++, y directamente aplicable a la población objetivo; o un cuerpo de evidencia que consiste principalmente en estudios clasificados como 1+, directamente aplicable a la población objetivo, y que demuestra consistencia global con los resultados.
B	Un cuerpo de evidencia que incluye estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población objetivo, y que demuestra consistencia global con los resultados; o evidencia extrapolada de estudios clasificados como 1++ o 1+
C	Un cuerpo de evidencia que incluye estudios clasificados como 2+, directamente aplicable a la población objetivo, y que demuestra consistencia global con los resultados; o evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2+.
Punto de buena práctica clínica	
BP	La mejor práctica recomendada basada en la experiencia clínica del grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica.

ANEXO 10

LISTA DE RECOMENDACIONES
(uso del cirujano dentista)

Grado de Recomendación	Recomendación	Nivel de evidencia
	Diagnostico	
B	Para el diagnóstico periodontal en adolescentes de 12 a 17 años se recomienda el examen periodontal básico simplificado (EPBs), en seis dientes (16,11,26,31,36,46) y en mayores de 18 años el examen periodontal básico (EPB) en todas las piezas.[11]	2++

Grado de Recomendación	Recomendación	Nivel de evidencia
	Prevención	
B	Los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores deben cepillarse los dientes al menos dos veces al día y de preferencia después de cada comida, para prevenir gingivitis inducida por placa dental y periodontitis.[17,18]	1+
B	Los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con espacios interproximales amplios, deben utilizar cepillos interdentales para la eliminación de la placa blanda y prevenir la gingivitis inducida por placa dental.[19]	1+
B	En adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores solo se recomienda la utilización de gluconato de clorhexidina al 0.12% cuando el dolor limita la remoción de la placa dental mediante el cepillado diario, en esos casos la dosis será dos veces al día por medio minuto durante una semana; para la prevenir la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis.[20]	1+

Grado de Recomendación	Recomendación	Nivel de Evidencia
	Tratamiento	
D	Para la eliminación de placa blanda y calcificada en pacientes con periodontitis, se puede realizar utilizando instrumentos manuales tipo Gracey. Los cuales son ½ para el sector anterior, 7/8 para las caras libres posteriores, 11/12 para las caras mesiales de piezas posteriores y 13/14 para distal de piezas posteriores.[21,22]	4

B	Para el tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis, no es necesario el uso de terapia con antibióticos sistémicos como coadyuvante de la terapia mecánica.[14,24]	**1+**
C	Los pacientes fumadores con gingivitis inducida por placa dental y periodontitis, se les debe instruir sobre el efecto del tabaco en la salud oral, indicándoles el riesgo que presentaría para lograr los mejores resultados terapéuticos.[25,26]	**2++**
C	En pacientes diabéticos se debe realizar el tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis, con el fin de mejorar el control glucémico y disminuir la inflamación sistémica que esta provoca.[27]	**2++**
B	La gestante debe ser evaluada para descartar gingivitis inducida por placa dental o periodontitis. La gestante que presente gingivitis inducida por placa dental y periodontitis debe ser tratada inmediatamente.[28,29]	**1**

Grado de Recomendación	Recomendación	Nivel de evidencia
	Mantenimiento	
B	Los pacientes que han recibido tratamiento periodontal deben visitar al odontólogo cada 3 meses, para evitar la recidiva de la enfermedad periodontal.[30,31]	**1**
B	En pacientes que se encuentren en mantenimiento periodontal, se les debe realizar el control de los niveles de placa dental, inflamación gingival, sangrado, y la profundidad del sondaje; también eliminar los factores retentivos de placa dental, desbridamiento supragingival y subgingival, para evitar la recidiva de la enfermedad periodontal.[27,30]	**1**

MINISTERIO DE SALUD
DG
G. Rosell

MINISTERIO DE SALUD - DGIESP
Dirección de Salud Bucal
GINA BUSTAMANTE REÁTEGUI
V°B°
DIRECTORA EJECUTIVA

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1) G Caton J, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, S Kornman K, L Mealey B, Papapanou PN, Sanz M, S Tonetti M. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol. 2018 Jun;45 Suppl 20:S1-S8. doi: 10.1111/jcpe.12935. PubMed PMID: 29926489.

2) Meyle J, Chapple I (2015). Molecular aspects of the pathogenesis of periodontitis. Periodontol, **Vol 69:** 7–17.

3) Papapanou P, Lindhe J. (2009). Epidemiología de las enfermedades periodontales. En: Lindhe J, Lang NP. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. **Vol 1**.129-162.

4) Kinane D, Stathopoulou P, Papanou P (2017). Periodontal diseases. Nat Rev Dis Primers. **Vol 3**: 1-14.

5) Ministerio de Salud. 2012-2014. II Estudio Nacional de Salud Bucal. Perfil Epidemiológico de Salud bucal en el año escolar de 3 a 15 años. Perú

6) Lang NP, Suvan JE, Tonetti MS (2015 Apr;42). Risk factor assessment tools for the prevention of periodontitis progression a systematic review. J Clin Periodontol. Suppl, **Vol 16**:S59-70.

7) SDCEP Oral Heath Assesment and Review (May-2012). Dental Clinical Guidence. Version 1.0. Escocia

8) Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W (2014). Global burden of severe periodontitis: a systematic review and meta-regression. J Dent Res, **Vol 93(**11):1045-53

9) Botero J, Kuchenbecker C, Duque A, Jaramillo A, Contreras A. (2000 - 2015). Periodontal disease in children and adolescents of Latin America. Periodontology; **Vol 67**:34-57.

10) Oppermann RV, Haas AN, Rösing CK, Susin C (2000 2015). Epidemiology of periodontal diseases in adults from Latin America. Periodontol, **Vol 67**: 13–33.

11) Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (2014). Prevention and Treatment of Periodontal Diseases in Primary Care Dental Clinical Guidence. United Kingdom.

12) Meyle J, Chapple I. (2015) Molecular aspects of the pathogenesis of periodontitis. Periodontology 2000, **Vol 69:** 7 – 17.

13) Heaton B, Dietrich T. (2012) Causal theory and the etiology of periodontal diseases. Periodontology 2000, **Vol. 58**, 26-36.

14) Ministerio de Salud (2017). Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Caries dental en niñas y niños, Perú

15) Smiley CJ, Tracy SL, Abt E, Michalowicz BS, John MT, Gunsolley J, Cobb CM,Rossmann J, Harrel SK, Forrest JL, Hujoel PP, Noraian KW, Greenwell H,Frantsve-Hawley J, Estrich C, Hanson N (Jul 2015). Evidence-based clinical practice guideline on the nonsurgical treatment of chronic periodontitis by means of scaling and root planing with or without adjuncts. J Am Dent Assoc, **Vol 146**(7):525-35.

16) Ide M, P. P. (14 de noviembre de 2013). Epidemiology of association between maternal periodontal: sistematic review. Journal of Clinical Periodontology

17) Needleman I, Nibali L, Di Iorio A (2015). Professional mechanical plaque removal for prevention of periodontal diseases in adults – systematic review update. J Clin Periodontol, **Vol 42** (Suppl. 16): S12–S35. doi: 10.1111/jcpe.12341.

18) Riley P, Lamont T (2013). Triclosan/copolymer containing toothpastes for oral health. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. Art. No.: CD010514. DOI: 10.1002/14651858.CD010514.pub2.

19) Poklepovic T, Worthington HV, Johnson TM, Sambunjak D, Imai P, Clarkson JE, Tugwell P

(2013). Interdental brushing for the prevention and control of periodontal diseases and dental caries in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12. Art. No.: CD009857. DOI:10.1002/14651858.CD009857.pub2Serrano 2015.

20) Serrano J, Escribano M, Roldán S, Martín C, Herrera D (2015). Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: a systematic review and meta-analysis.J Clin Periodontol, **Vol 42** Suppl 16:S106-38. doi: 10.1111/jcpe.12331

21) Needleman L, Nibali L, Di Lorio A. (2015). Professional mechanical plaque removal for prevention of periodontal diseases in adults- systematic review update. J Clin Periodontol. Apr;42 Suppl 16:12-35.

22) Manresa C, Sanz – Miralles E, Twigg J, Bravo M. (2018) Supportive periodontal therapy for maintaining the dentition in adults treated for periodontitis. Cochrane Database Syst Rev. Jan 1;1-59.

23) Kawar N, Gajendrareddy PK, Hart TC, Nouneh R, Manjar N, Alrayyes S (2011). Periodontal disease for the primary care physician. Dis Mon, **Vol 57**:174-183.

24) Cionca N, Giannopoulou C, Ugolotti G, Mombelli A (2009). Amoxicillin and metronidazole as an adjunct to full-mouth scaling and root planing of chronic periodontitis. J Periodontol, **Vol 80**(3):364-371.

25) Chambrone L, Preshaw PM, Rosa EF, et al (2013). Effects of smoking cessation on the outcomes of non-surgical periodontal therapy: a systematic review and individual patient data metaanalysis.Journal of Clinical Periodontology, **Vol 40**(6):607-615.

26) The Scottish Government (2010). The Healthcare Quality Strategy for NHS. Scotland

27) Lamster IB, Lalla E, Borgnakke WS, Taylor GW (2018). The relationship between oral health and diabetes mellitus, **Vol 139**;19S-24S.

28) Michalowicz BS, Gustafsson A, Thumbigere-Math V, Buhlin K (2013). The effects of periodontal treatment on pregnancy outcomes. J Clin Periodontol, **Vol 40** (Suppl. 14): S195–S208

29) Da Salvi H, Miron C. Santos N (2017). Effect of intra pregnancy nonsurgical periodontal therapy on inflammatory biomarkers and adverse pregnacy outcomes: a systemic review with meta-analysis. Systematic Reviews. Bio Med Central, **Vol 6**:197

MINISTERIO DE SALUD DG
G. Rosell

MINISTERIO DE SALUD - DGIESP
Dirección de Salud Bucal
GINA BUSTAMANTE REATEGUI
V°B°
DIRECTORA EJECUTIVA

30) Trombelli L, Franceschetti G, Farina R. (2015) Effect of professional mechanical plaque removal performed on a long-term, routine basis in the secondary prevention of periodontitis: a systematic review. J Clin Periodontol; Suppl 42;16: 221– 236.

31) Shanbhag S, Dahiya M, Croucher R (2012). The impact of periodontal therapy on oral health-related quality of life in adults: a systematic review. J Clin Periodontol, **Vol 8**: 725-35

32) Löe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E.(1986). Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. J Clin Periodontol. **Vol:** 13(5):431-45.

33) Maurizio S. Tonetti, Henry Greenwell, Kenneth S. Kornman (2017). Staging and grading of periodontitis: framework and proposal of a new classification and case definition. J Periodontol. 2018 **Vol** 89 (suppl 1):S159–S172.

MINISTERIO DE SALUD

No. 324-2019/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 05 de ABRIL del 2019

Visto, el Expediente N° 18-032031-001 que contiene la Nota Informativa N° 759-2018-DGIESP/MINSA y el Informe N° 22-2018-CSR-DSABU-DGIESP/MINSA de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la Ley precitada dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva. Asimismo, el articulo 4-A incorporado a la Ley de Drganización y Funciones del Ministerio de Salud, a través de la Ley N° 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud, dispone que el Ministerio de Salud, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, modificado por la Ley N° 30895, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud: formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; y, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el

Z. TOMAS

O. COSAVALENTE

M. Santillán R.

S. YANCOURT

G. Rosell

P. TOPIA

órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de Salud Pública, entre otros, en materia de Salud Bucal;

Que, asimismo, los literales a), b) y d) del artículo 64 del precitado Reglamento establecen como funciones de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública el coordinar, proponer y supervisar las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños, entre otros, en materia de Salud Bucal; proponer, evaluar y supervisar la implementación de políticas, normas, lineamientos y otros documentos normativos en materia de intervenciones estratégicas de Salud Pública; así como, proponer, conducir, supervisar y evaluar el planeamiento y/o modelo de las acciones de las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños a la salud, en coordinación con los órganos competentes del Ministerio de Salud; así como con los gobiernos regionales;

R. TAPIA

Que, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en el marco de sus competencias, ha elaborado la propuesta de documento normativo denominado Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Gingivitis inducida por Placa Dental y Periodontitis", con el objetivo de establecer los criterios técnicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental y periodontitis en adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores;

O.COSAVALENTE

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Que, mediante el Informe N° 971-2018-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

N. Santillán R.

Con el visado del Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaria General, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

S. YANCOURT

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA y Decreto Supremo N° 032-2017-SA;

SE RESUELVE:

G. Rosell

Artículo 1.- Aprobar la Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Gingivitis inducida por Placa Dental y Periodontitis", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, en el marco de sus funciones, la difusión, monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la presente Guía Técnica.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

ELIZABETH ZULEMA TOMÁS GONZÁLES
Ministra de Salud