

CONTROL DE PLACA E HIGIENE BUCODENTAL

Resumen de los resultados del 1^{er} WORKSHOP IBÉRICO

Autores: *Carolina Manau, Ión Zabalegui, Blas Noguero, Juan C. Llodra, Helena Rebelo, José J. Echevarría, Pedro Martínez-Canut, Mariano Sanz*

Introducción

Las prácticas de higiene oral mecánica son la piedra angular de la prevención y el control de las dos enfermedades orales más prevalentes, la caries y las enfermedades periodontales. Actualmente, la higiene oral mecánica se suplementa frecuentemente con agentes químicos antibacterianos para aumentar su acción antibacteriana, pero sigue siendo imprescindible para mantener una buena salud de la cavidad oral.

El objetivo del 1^{er} WORKSHOP IBÉRICO SOBRE CONTROL DE PLACA E HIGIENE BUCODENTAL era poner al día la relevancia del control de placa supragingival mecánico sobre la base de la evidencia científica disponible. Para ello se reunió a un gran número de expertos académicos y clínicos de España y Portugal y se revisaron los principales temas relacionados con esta cuestión. El patrocinio de los Laboratorios ORAL-B hizo posible este esfuerzo conjunto en una reunión auspiciada por la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, con la colaboración de la Sociedad Portuguesa de Periodoncia y la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, celebrada en San Lorenzo de El Escorial del 20 al 22 de noviembre de 2002.

El workshop se organizó en las cuatro sesiones siguientes:

SESIÓN A. Epidemiología – Salud bucodental en España y Portugal.

SESIÓN B. Control mecánico de la placa.

SESIÓN C. Cepillos eléctricos – Diseño, propiedades, ventajas y efectos secundarios.

SESIÓN D. Aspectos de salud pública del control mecánico de placa.

Dentro de cada una de las sesiones se discutieron las revisiones de los temas relacionados, encargadas a diferentes autores, y a partir de ellas se elaboraron una serie de preguntas que fueron contestadas de forma consensuada por todos los participantes del workshop, así como una serie de recomendaciones clínicas y de investigación.

Los artículos de revisión, preguntas, respuestas y recomendaciones se recogen en un libro, cuyo editor es el Prof. Mariano Sanz Alonso, y que ha sido igualmente subvencionado por Laboratorios Oral-B.

A continuación se presenta un resumen muy condensado de los contenidos del 1^{er} WORKSHOP IBÉRICO SOBRE CONTROL DE PLACA E HIGIENE BUCODENTAL.

Sesión A:

Epidemiología – Salud bucodental en España y Portugal

Directores: Blas Noguero, Juan Carlos Llodra.

Ponentes: César Mexía de Almeida, José Manuel Almerich, Manuel Bravo, Vicente Fuenmayor.

Autores de las revisiones: César Mexía de Almeida, José Manuel Almerich, Manuel Bravo, Pedro Buitrago, Javier Cortés, Joao Paulo Firmino, Vicente Fuenmayor, Juan Carlos Llodra.

Participantes: Pedro Buitrago, Javier Cortés, Joao Paulo Firmino, Julio Galván, Gladys Gómez, Ernesto Smyth.

Epidemiología de la caries en España y Portugal

Los índices de caries de la población infantil en España han experimentado un descenso notable en los últimos 15 años. En la última encuesta realizada en el año 2000, el 57% de los niños de 12 años estaban libres de caries, y el CAOD a esta edad era 1,12, mientras que en 1993 era de 2,29. Los índices de caries también han disminuido en

los adolescentes de 15 años, y los grupos de edad de 35-44 años y de 65-74 años, cuando se comparan las encuestas nacionales de 1993 y 2000.

En Portugal los estudios realizados sobre caries en población infantil desde 1984 a 1999 revelan una franca disminución de la prevalencia y gravedad de la caries tanto en dentición temporal como permanente. A los 12 años, el porcentaje de niños libres de caries ha pasado de 14% a 47%, y el CAOD a esta edad ha descendido de 3,47 a 1,50.

Los índices de caries utilizados en las encuestas mencionadas de España y Portugal, así como en todos los estudios epidemiológicos en el ámbito mundial (CAO y co) presentan algunas limitaciones que es necesario considerar antes de extraer conclusiones. Las más importantes son: respecto al componente C o c (caries no tratadas), la no inclusión de las lesiones de caries incipientes y de las caries ocultas bajo un esmalte aparentemente sano, que sólo se diagnosticarían radiológicamente. Por lo que hace al componente O u o (caries obturadas), al contabilizar las obturaciones se asume que la obturación ha sido realizada tras un diagnóstico de presencia de caries. Sin embargo, esto depende en muchos casos de criterios profesionales diferentes sobre cuando es necesario obturar. Lo mismo sucede con el componente A de ausentes debido a caries.

Por otra parte la proporción creciente de sujetos sin caries, especialmente en población infantil, hace que el CAO o el co, que son una media poblacional, no reflejen adecuadamente la distribución del problema, por lo que es necesario incluir datos de porcentaje de individuos sin caries, porcentaje de dientes afectados sobre el

total de dientes presentes en la muestra, e índices de gravedad en función del estadio de las lesiones presentes. Otra sugerencia es utilizar índices que reflejen la salud en lugar de la enfermedad, como el índice funcional dental o el índice de salud dental.

Epidemiología de las enfermedades periodontales en España y Portugal

Por lo que respecta a las enfermedades periodontales, en España se ha observado un aumento de los adolescentes libres de gingivitis, y una disminución del porcentaje de adultos de 35-44 años y de 65-74 años con bolsas periodontales moderadas o profundas. En Portugal, en 1990, el 79% de los niños de 12 y 15 años necesitaban enseñanza de higiene oral por presentar sangrado al sondaje y/o presencia de cálculo.

Las encuestas mencionadas en España y Portugal se han realizado utilizando el índice CPITN, excepto la última llevada a cabo en España que utilizó el CPI. La necesidad de un índice sencillo para valorar el estado periodontal llevó a la OMS a adoptar el CPITN para los estudios epidemiológicos desde principios de los 80, y este índice se ha utilizado ampliamente, de modo que se ha convertido en un punto de referencia para establecer comparaciones entre poblaciones y en el tiempo. No obstante, el CPITN es únicamente un índice de necesidades de tratamiento, y no de estado de salud periodontal, y presenta de muchas limitaciones por ser un registro parcial, sobrestimar las necesidades de tratamiento en personas jóvenes e infravalorarlas en los adultos mayores, dificultades pa-

ra utilizarlo en menores de 20 años, y su inutilidad como marcador de actividad, pronóstico o evaluación de la progresión de la enfermedad periodontal. A partir de 1997, la OMS ha adoptado una modificación del CPITN, el CPI, que incorpora la medición de la pérdida de inserción periodontal, lo cual mejora en cierto grado la calidad de los resultados.

Hábitos y costumbres higiénicas de la población de España y Portugal

Las últimas encuestas epidemiológicas realizadas en España y Portugal sobre hábitos y costumbres higiénicas de la población indican que existe una elevada proporción de la población que precisa mejorar su higiene oral, aunque se observa una tendencia favorable cuando se comparan con encuestas anteriores. En España, según diferentes encuestas sobre hábitos higiénicos, entre el 80 y el 90% de la población declara cepillarse diariamente, sin embargo estos datos no se corresponden con las necesidades de cuidados higiénicos observadas, ni con las ventas de cepillos dentales y otros productos para la higiene oral. Esto indica que la higiene oral se realiza de forma inadecuada, y que los cepillos se utilizan durante mucho más tiempo del recomendado. De acuerdo con las ventas de cepillos, en España el consumo es de 0,8 por habitante y año, lo que indica que se cambia en cepillo cada 15 meses como media. El uso diario de la seda dental, o de otros medios de higiene interproximal, es infrecuente.

En Portugal, en 1999, el 84% de los niños de 12 años, y el 58% de los niños de 6 años se cepillaban los dientes al menos una vez al día. Respecto

a la población adulta, se cepillan dos veces al día el 32% de los adultos de 35-44 años y el 20% de los adultos de 65-74 años. El consumo de cepillos y pasta de dientes es de 0,6 y 188 ml por persona y año.

Es necesario el esfuerzo conjunto de los profesionales dentales, la industria, las autoridades sanitarias y los medios de comunicación para promover una mejoría de los hábitos higiénicos en España y Portugal.

Principales conclusiones de la sesión A:

Epidemiología de las enfermedades orales causadas por placa:

- Se ha observado una importante reducción de los índices de caries en las poblaciones infantiles de España y Portugal, que ha ido acompañada de un considerable aumento de los índices de restauración. No obstante existen grupos de población que acumulan la mayor parte de la enfermedad. En el año 2000, un 12,7% de los niños de 12 años acumulaba el 50% de todas las caries observadas.
- En la población adulta de España la caries ha disminuido ligeramente, pero los índices de restauración han experimentado una mejoría evidente y ha disminuido el porcentaje de desdentados.
- En España las encuestas epidemiológicas sobre enfermedad periodontal en adultos indican un aumento de individuos periodontalmente sanos, pero las características de los índices utilizados hacen que no se pueda afirmar que exista una disminución de las periodontitis.

- Las clases sociales más desfavorecidas presentan mayores niveles de caries y necesidades de tratamiento periodontal, y menores índices de restauración.

Evaluación crítica de los índices periodontales y de caries más comúnmente utilizados:

- Los índices de caries utilizados en encuestas epidemiológicas tienden a subestimar el componente de caries y encuentran predeterminado el componente de obturación y ausencia.
- Los índices de enfermedades periodontales utilizados en las encuestas epidemiológicas tienden a sobreestimar la prevalencia y gravedad de las enfermedades en los jóvenes y subestimarlas en los individuos de más edad, y no informan sobre la extensión y gravedad de la afectación periodontal.

Hábitos y costumbres higiénicos de la población de España y Portugal:

- El consumo de productos de higiene oral de España y Portugal está entre los más bajos de Europa.
- En España el 83,5% de la población se cepilla al menos una vez al día, y el 60,8 dos o más veces. En Portugal el 43,1% se cepilla dos veces al día.

Sesión A: principales recomendaciones

- Realizar un estudio epidemiológico de adultos en Portugal.
- Realizar un metanálisis con la información epidemiológica disponible en España y Portugal.
- Homogeneizar la metodología de las encuestas epidemiológicas en España y Portugal.
- Incorporar en los próximos estudios epidemiológicos y encuestas nacio-

nales de salud variables sobre hábitos higiénicos y utilización de servicios.

- Incluir cohortes menores de 35 años en los estudios periodontales y ampliar la información recogida en los de caries.
- Fomentar los hábitos saludables a través de acciones de educación sanitaria.
- Reconocer el papel de la industria en la promoción de la salud oral, e implicar a la Administración, la profesión organizada y las sociedades científicas en esta tarea.
- Desarrollar nuevos índices para las enfermedades periodontales.
- Aportar datos que permitan conocer la distribución de la caries en las poblaciones.
- Aportar datos de distribución de la caries por superficies dentarias.
- Incluir cohortes menores de 35 años en los estudios periodontales para reflejar mejor la prevalencia de la enfermedad.

Sesión B: Control mecánico de la placa

Directores: Helena Rebelo, José Javier Echeverría

Ponentes: Francisco Alpiste, David Herrera, Cristina Batista Romao

Autores de las revisiones: Francisco Alpiste, Encarna Domínguez, Francisco José Gil, David Herrera, Helena Rebelo, Silvia Roldán, Cristina Batista Romao

Participantes: Luis Antonio Aguirre, Pilar Baca, Pedro Bullón, Antonio Gómez, Aníbal González, Gerardo Moreu, Victoriano Serrano, Nuria Vallcorba.

Métodos de cepillado y diseño de cepillos manuales

Los estudios realizados para evaluar los diferentes métodos y diseños de los cepillos manuales pueden ser *in vitro* o *in vivo*. Los primeros suelen analizar la penetración interproximal del cepillo, pero sus resultados deben ser confirmados por estudios *in vivo*, preferentemente de larga duración para compensar el efecto novedad. Muchos de los estudios en sujetos se han hecho en poblaciones no representativas, como estudiantes de odontología, o el cepillado ha sido realizado por profesionales, por lo que no permiten llegar a conclusiones sobre el efecto real del cepillo o el método de cepillado a largo plazo en la población general. Uno de los pocos resultados consistentes es la eficacia limitada del cepillado manual en las zonas interdentes, y su menor eficacia por lingual respecto a vestibular.

Hay evidencia limitada de que los cepillos de cerdas no paralelas son más eficaces que los convencionales, así como los cepillos de cabezal doble o triple mejoran la higiene por lingual. Ninguna técnica de cepillado parece ser claramente superior a las demás.

Variables tales como el grado de motivación y conocimientos sobre salud oral del individuo, el tiempo y presión utilizados al cepillarse, la habilidad manual, y las características anatómicas individuales son más importantes que el diseño del cepillo o la técnica de cepillado para determinar la eficacia del cepillado.

Control de placa interdental

El cepillado manual apenas controla la placa en la zona interdental, mientras que la gingivitis papilar es

más frecuente que la marginal, y la periodontitis comienza y es más agresiva por interdental. Todo ello parece indicar la necesidad de técnicas e instrumentos específicos para mejorar la higiene interproximal, como la seda dental, los palillos, las puntas de goma, los cepillos interproximales y el cepillo eléctrico interdental.

El control de la placa interdental mediante la seda dental, que es el sistema más común, está poco extendido entre la población, ya que es percibido como difícil y cuesta bastante tiempo hacerlo. Los cepillos interdentes son mejor aceptados, pero sólo se pueden usar en espacios interdentes abiertos. Todas las sedas dentales parecen ser igualmente efectivas, excepto las de malla con enhebrador en espacios cerrado. En espacios abiertos funcionan mejor los cepillos interdentes que las sedas.

Los métodos de higiene interdental reducen considerablemente los índices de placa y mejoran la gingivitis. No está demostrado científicamente que actúen en la prevención de la aparición de caries y periodontitis, pero sí que son eficaces para prevenir la gingivitis y en el control de la periodontitis.

Efectos adversos del control mecánico de la placa bacteriana

Los efectos adversos del control mecánico de la placa se pueden llegar a producir sobre los tejidos duros y blandos. En los tejidos duros puede producirse abrasión por fricción mecánica, erosión por procesos químicos o físicos donde el cepillado sería un factor coadyuvante, y abfracción o defectos en cuña en la unión amelocementaria. La abrasión es la lesión más directamente relacionada con el con-

trol mecánico de placa, y depende del tipo de cepillo, la técnica y frecuencia del cepillado, y la composición del dentífrico. En los tejidos blandos, las técnicas inadecuadas de higiene oral pueden provocar abrasión gingival (ulceraciones), recesión gingival, formación traumática de surcos en las papilas por seda dental, etc. Con frecuencia, las lesiones sobre los tejidos duros y la recesión gingival provocan problemas de hipersensibilidad dentinaria.

También se ha demostrado en algunos casos bacteriemias transitorias tras el control mecánico de placa, pero en general sin consecuencias sobre la salud general.

Principales conclusiones de la sesión B

Métodos de cepillado y diseño de cepillos manuales

- En ausencia de instrucción de técnica de cepillado no existen diferencias entre los diferentes tipos de cepillos manuales, con excepción de algunos cepillos con penachos no paralelos o los de cabezal doble o triple.
- Tampoco ninguna técnica de cepillado ha demostrado ser mejor que otra en la reducción de los índices de placa y gingival.
- En ausencia de patología, no hay estudios que justifiquen la recomendación del cambio de técnica de cepillado habitual por una técnica específica de cepillado.

Control de la placa interdental. Evidencia de su importancia en el mantenimiento de la salud bucodental

- El uso conjunto de cepillado manual y diferentes sistemas de higiene interproximal mejora el control de la

placa interdental respecto al cepillado manual sólo (efecto adicional entre 2,5-57%).

- Respecto a la prevención de gingivitis, el efecto adicional oscila entre 2,5-43%.
- En la prevención de la periodontitis no hay evidencia científica suficiente, aunque el efecto de la higiene interdental sobre la placa y la gingivitis justifican su uso.
- En la prevención de la caries y la halitosis, no hay evidencia disponible. Efectos adversos del control mecánico de la placa bacteriana
- El control mecánico de la placa puede dar lugar a la aparición de recesión y abrasión gingival, abrasión dentaria e hiperestesia dentinaria. A nivel sistémico, puede producir bacteriemias.
- Los efectos adversos del control mecánico de placa son frecuentes pero generalmente de carácter leve y están en relación con la presión y frecuencia de cepillado y las características de los filamentos del cepillo.

Sesión B: principales recomendaciones clínicas

- Sería importante mejorar, a través del cepillado, el control de la placa cercana al margen gingival, mediante nuevos diseños de cepillos y/o técnicas de cepillado, especialmente en pacientes periodontales.
- Para obtener la máxima eficacia en el control de la placa es necesario individualizar la técnica de cepillado y tipo de cepillo de acuerdo a las características anatómicas, patológicas, psicológicas y clínicas del individuo.
- Sería necesario definir la magnitud

de la mejoría en el control de placa y gingivitis requerida para considerar recomendable un nuevo diseño de cepillo o técnica de cepillado.

- Sería deseable estimular el uso de sistemas de higiene interdental en la población por su papel preventivo de la gingivitis
- Los procedimientos de higiene interdental son muy recomendables en la prevención secundaria de la periodontitis.
- En personas con espacios interdentes cerrados se puede recomendar la seda dental.
- En personas con espacios dentales abiertos se recomienda el uso de cepillos interdentes.
- Para minimizar los efectos adversos del cepillado, el profesional debe dar recomendaciones sobre técnica de cepillado manual y calidad de los cepillos.

Sesión B: principales recomendaciones para la investigación

- Se precisan ensayos clínicos aleatorizados para estudiar la efectividad de las técnicas de cepillado y los tipos de cepillos, siguiendo la normativa de la ADA para estudios de productos de higiene oral.
- Es necesario realizar estudios donde se diferencie la eficacia/efectividad de los cepillos dentales en función de la presencia o ausencia de instrucciones para la higiene oral, y validar los datos preliminares sobre los nuevos diseños de cepillos.
- Son necesarios estudios sobre el uso de las técnicas de higiene interdental en las poblaciones de España y

Portugal con metodología validada para analizar su situación real.

- Serían deseables estudios prospectivos para aclarar el papel de los procedimientos de higiene interdental en la prevención primaria de la periodontitis y caries, para permitir definir los individuos que más se beneficiarían de su uso.
- Para evaluar la efectividad de los procedimientos de higiene interdental serían deseables ensayos clínicos aleatorizados con una duración mínima de seis meses, siguiendo las mismas recomendaciones que en el caso de la evaluación de productos para el control químico de placa.
- Sería conveniente diseñar sistemas de control de placa que permitieran reducir los efectos adversos, sin perder eficacia ni efectividad.

Sesión C: Cepillos eléctricos. Diseño, propiedades, ventajas y efectos secundarios

Directores: Mariano Sanz, Pedro Martínez-Canut.

Ponentes: Juan Blanco, Alberto Sicilia.
Autores de las revisiones: Pilar Batalla, Juan Blanco, Blanca Cabezas, Montserrat Gallego, Alberto Sicilia, Gabriel Villaverde.

Participantes: Gil Alcoforado, Miguel Carasol, Ricardo Faria, Isabel Martínez, Isabel Poiars, Arturo Sánchez.

Eficacia de los cepillos eléctricos en la prevención primaria bucodental

La metodología de los estudios sobre cepillos eléctricos es muy heterogénea, pero la mayoría de los que comparan los cepillos eléctricos con los manuales muestran que la eliminación de placa supragingival es mayor con los eléctricos, especialmente en zonas de difícil acceso, sobre todo en interproximal. Esta eficacia en el control de placa mejora si se instruye a los individuos en el uso del cepillo eléctrico. Además, el tiempo necesario para la eliminación de placa se acorta considerablemente cuando se compara con los cepillos manuales. Los cepillos eléctricos de movimiento contra-rotatorio y oscilante-rotatorio presentan los mejores resultados en términos de reducción de gingivitis y de placa supragingival. Respecto a efectos adversos, los cepillos eléctricos no se muestran más agresivos que los manuales.

Eficacia de los cepillos eléctricos en la reducción de la gingivitis en la terapéutica de soporte gingival

Tan sólo se han encontrado cinco estudios aleatorizados, con metodología correcta y realizados en pacientes en tratamiento periodontal de soporte que comparasen cepillos eléctricos y manuales en el control de la gingivitis; de ellos tres eran a largo plazo (seis meses o más) y dos eran a dos meses. En los estudios a corto plazo no se detectaron diferencias significativas entre ambos tipos de cepillos. Sin embargo, los tres estudios a largo plazo detectaron un efecto positivo de los cepillos eléctricos sobre el sangrado y la inflamación gingival, con diferencias significativas respecto a la mejoría detectada en el grupo

control que utilizaba cepillos manuales. En los tres estudios a largo plazo, dos utilizaban cepillos contra-rotacionales. No se detectaron mayores alteraciones de los tejidos blandos en los pacientes que utilizaron cepillos eléctricos.

Principales conclusiones de la sesión C

Eficacia de los cepillos eléctricos respecto a los manuales en la reducción de la placa supragingival

- En prevención primaria, los cepillos eléctricos muestran significativamente mayor reducción de placa que los cepillos manuales a corto y largo plazo.
- En prevención secundaria (post-tratamiento periodontal) la reducción de placa es significativamente mayor para los cepillos eléctricos que para los cepillos manuales.

Eficacia de los cepillos eléctricos respecto a los cepillos manuales en la reducción de la gingivitis

- En prevención primaria los cepillos eléctricos muestran significativamente mayor reducción de gingivitis que los cepillos manuales a corto y largo plazo.
- En prevención secundaria (post-tratamiento periodontal) los cepillos eléctricos muestran significativamente mayor reducción de gingivitis que los cepillos manuales.

Eficacia de los cepillos eléctricos en relación a sus características

- Los cepillos con mecanismo de acción rotatorio-oscilante o contra-rotacional son superiores a los cepillos manuales en la reducción de placa y gingivitis. Los cepillos con mecanismo de acción vibratorio

aportan resultados dispares. Los cepillos eléctricos alimentados por pilas, no han demostrado ventajas respecto a los cepillos manuales.

Utilidad de los CE en los espacios interproximales

- Los cepillos eléctricos son superiores a los cepillos manuales en la eliminación de la placa interproximal; incluso un estudio encuentra ventajas al cepillo eléctrico contra-rotacional frente al cepillado manual combinado con la seda dental. En espacios interdentes abiertos, no hay estudios sobre la eficacia comparativa de los cepillos eléctricos respecto a los cepillos manuales.

Efecto de los CE en la reducción de la caries dental

- No existen estudios que muestren la eficacia del uso de los cepillos eléctricos en la prevención de la caries dental.

Efectos adversos de los cepillos eléctricos respecto a los cepillos manuales

- Los efectos adversos de los cepillos eléctricos son similares a los que pueden observarse en el caso de los cepillos manuales.

Sesión C: principales recomendaciones clínicas

Podría justificarse el uso de cepillos eléctricos (oscilantes-rotatorios y contra-rotacionales) en la prevención y control de la gingivitis, así como en pacientes en mantenimiento periodontal.

- En individuos que muestren buenos niveles de control de placa con cepillos manuales no está justificada la modificación de sus métodos de higiene.

- Los cepillos eléctricos pueden ser especialmente útiles en individuos con limitaciones para una higiene oral adecuada: falta de motivación o de destreza manual, discapacitados, cepillado manual iatrogénico, etc.
- Los profesionales deben proveer la necesaria educación en el uso de los cepillos eléctricos previamente a su utilización.
- El uso de cepillos eléctricos no excluye las medidas de higiene interdental convencionales.
- Se aconseja utilizar mecanismos de control de tiempo para asegurar la mayor efectividad del cepillado, que se alcanza con un mínimo de dos minutos.

Sesión C: principales recomendaciones para investigación

Las futuras investigaciones clínicas sobre la efectividad de los cepillos eléctricos deberían considerar mejoras en su diseño y utilizar protocolos adecuados, incluyendo una duración mínima de seis meses, el uso de gingivitis como variable respuesta principal, homogeneización de los índices de placa y gingivitis (se recomienda el Turesky y el sangrado al sondaje) y descripción detallada de las características basales de la población de estudio.

- Se precisa una mayor evaluación de los cepillos eléctricos de alta vibración y los alimentados por pilas.
- Son necesarias más investigaciones para evaluar la efectividad de los cepillos eléctricos en la prevención primaria y secundaria de caries y periodontitis, en la higiene interdental de espacios cerrados y abiertos, en grupos específicos de

pacientes y en las reacciones adversas al cepillado en pacientes de riesgo.

Sesión D: aspectos de salud pública del control mecánico de placa

Directores: Carolina Manau, Ion Zabalegui.

Ponentes: Elías Casals, Berta Legido, Guillermo Machuca.

Autores de las revisiones: Elías Casals, Agustín Casas, Berta Legido, Guillermo Machuca.

Participantes: Acacio Couto, Eduardo Estefanía, Rosario Garcillán, Catalina Martínez, Pedro Mir, Miguel Pinto, Carles Subirà, José M^a Tejerina.

Aspectos específicos del control de placa en niños, disminuidos y ancianos

El estímulo precoz del control de placa en niños depende principalmente de la motivación de los padres y educadores, que deben incitar a los niños a realizar ellos mismos su higiene oral desde que tengan la habilidad suficiente para hacerlo, supervisándolos adecuadamente. La higiene interdental sólo es necesaria en niños con especial riesgo de caries o enfermedad periodontal, y los cepillos eléctricos sólo presentan ventajas en niños portadores de ortodoncia o en aquellos que precisan ser cepillados por otras personas.

En los disminuidos psíquicos la prevalencia de placa, gingivitis y caries sin tratar es elevada, y precisan de planes especiales dirigidos a sus cuidadores

para controlar los factores de riesgo. Los cepillos eléctricos presentan ventajas en esta población cuando son utilizados por terceras personas.

El aumento de longevidad de la población pone aun más de relieve la necesidad de unas buenas prácticas de higiene oral en los ancianos. En principio el anciano con buena salud no tiene necesidades especiales con respecto al adulto más joven, pero los ancianos frágiles o institucionalizados precisan de la ayuda y motivación de sus cuidadores para mantener una higiene correcta.

Educación y motivación para el control de placa mecánico

Los programas educativos sobre higiene oral tendrán características diferentes dependiendo en gran parte de la edad de los sujetos objeto de ellos. Los buenos hábitos de salud son más fáciles de establecer en la infancia, pues es más sencillo instaurar un hábito nuevo que modificar el existente. En adolescentes, la participación activa y la aceptación del grupo son elementos motivantes, mientras que en adultos el control profesional periódico parece ejercer una influencia positiva. En todos los grupos la forma de aportar la información no parece ser relevante, ya que todos los métodos son buenos a la hora de incrementar los conocimientos. Sin embargo la mera información no consigue cambiar hábitos y comportamientos, siendo necesarias para ello las técnicas de motivación.

La retroalimentación correctiva y el refuerzo de la conducta mediante la probación o por incentivos son los métodos más utilizados en la motivación para la higiene oral, y se han

conseguido resultados prometedores también con las técnicas de aprendizaje activo y estrategias de motivación basadas en los intereses, valores y opiniones de salud del individuo.

Control profesional de placa. Efectividad en la prevención de enfermedades orales y evaluación económica

Diversos estudios han demostrado que las profilaxis profesionales periódicas, incluyendo motivación para la higiene oral y uso de productos fluorados pueden reducir la incidencia de caries y gingivitis y controlar la progresión de la periodontitis. No obstante no se puede dar una norma estándar respecto a la frecuencia de profilaxis necesaria para conseguir dichos resultados, ya que depende de las características de cada individuo y de su nivel de riesgo de caries y enfermedades periodontales.

La eficiencia de las profilaxis periódicas en la prevención de la caries depende fundamentalmente de la susceptibilidad del paciente a esta enfermedad, ya que al ser un procedimiento que requiere un tiempo considerable de atención individualizada, su coste en relación al resultado es elevado en personas con bajo riesgo de caries. Por lo que respecta a la eficiencia de las profilaxis en la prevención de las enfermedades periodontales, la bibliografía es casi inexistente, aunque puede asumirse que dependerá también del nivel de riesgo de los individuos que las reciben.

Principales conclusiones de la sesión D

Control de placa en niños, disminuidos y ancianos

NIÑOS

- Es imprescindible la motivación de padres y educadores para estimular el control de placa en los niños.
- El cepillado individual debe ser realizado por el niño desde edades tempranas, aunque con la supervisión de padres y educadores en los primeros años.
- La higiene interdental sólo es necesaria en niños muy susceptibles a la caries o la enfermedad periodontal.
- Los cepillos eléctricos sólo presentan ventajas en niños portadores de aparatología ortodóncica, o cuyos dientes han de ser cepillados por otra persona.

DISMINUIDOS

- Su control de placa requiere la participación o supervisión de padres y cuidadores, que han de recibir programas educativos específicos.
- La modificación del mango del cepillo o los cepillos eléctricos facilitan el cepillado, pero las ventajas de los cepillos eléctricos sólo se manifiestan cuando los dientes del discapacitado son cepillados por otra persona.

ANCIANOS

- El control de placa dependerá de los hábitos previos y capacidades actuales y del cuidado preventivo profesional.
- En ancianos independientes, los cambios relacionados con la edad exigen más tiempo y mecanismos más especializados para una buena higiene oral.
- En ancianos con destreza manual limitada, la modificación de los mangos de los cepillos, o los cepillos eléctricos pueden facilitar el cepillado.

- La mayoría de los ancianos institucionalizados precisa asistencia de sus cuidadores para una correcta higiene oral.

Educación y motivación para el control de placa

- Los programas educativos de higiene oral sólo mantienen los cambios de conducta a largo plazo mediante el refuerzo continuado y las técnicas de motivación.
 - El éxito de los programas educativos depende de: su instauración precoz, participación de padres y educadores, factores socio-ambientales, refuerzo positivo y control profesional periódico.
 - Todos los vehículos de transmisión de la información e instrucción en higiene oral son válidos. Las técnicas psicológicas de motivación son prometedoras, pero la evidencia es limitada.
 - Los medios de comunicación de masas pueden mejorar los conocimientos de la población pero no consiguen cambios de hábitos o comportamientos.
- Control profesional de placa
- Las profilaxis profesionales frecuentes incluyendo educación para la HO y uso de productos fluorados reducen la incidencia de caries, gingivitis y pérdida de inserción periodontal.
 - No se puede establecer una pauta universal sobre la frecuencia de profilaxis profesionales, que depende de las necesidades individuales de cada persona.
 - El coste-efectividad de las profilaxis profesionales depende de: riesgo de enfermedad de los individuos o grupos que las reciben, coste del personal que las lleva a cabo, y

conurrencia de otras actividades preventivas.

Sesión D: principales recomendaciones clínicas

- Promocionar el inicio de los hábitos de higiene oral desde la erupción de los dientes temporales.
- Adaptar las técnicas de higiene oral a las capacidades individuales de disminuidos y ancianos, con el apoyo de sus cuidadores.
- Incluir la educación e instrucción para la higiene oral en las revisiones dentales periódicas, utilizando técnicas de motivación.
- Considerar las profilaxis profesionales como un programa de prevención individual que debe incluir examen oral, educación para

la salud, limpieza profesional de los dientes, aplicación de flúor, sellados de fisuras e individualización de la periodicidad de las profilaxis.

Sesión D: principales recomendaciones para investigación

- Realizar estudios nacionales sobre discapacitados en España y Portugal.
- Crear una base de datos epidemiológicos actualizada en ambos países.
- Realizar estudios a largo plazo sobre la eficacia de los programas educativos.
- Realizar estudios nacionales sobre hábitos higiénicos en España y Portugal.
- Realizar estudios sobre la periodicidad

y coste-efectividad de las profilaxis profesionales.

Sesión D: principales recomendaciones de salud pública

- Comenzar precozmente la instauración del hábito de cepillado en los niños.
- Educar a la población para recibir profilaxis profesionales con la frecuencia adecuada a sus necesidades.
- Mejorar la formación de los profesionales de la salud dental y cuidadores de disminuidos y ancianos en educación para la salud oral y la prevención de enfermedades orales.
- Implicar a otros profesionales sanitarios, educadores, e industria en la educación y motivación para la salud oral.

Bibliografía

1. Almerich JM. **Hábitos y costumbres higiénicas de la población.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:53-66.
2. Alpiste F, Gil FJ, Domínguez E. **Efectos adversos del control mecánico de la placa bacteriana.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:159-79.
3. Blanco J, Batalla P, Villaverde G. **Eficacia de los cepillos eléctricos en la prevención primaria bucodental.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:193-206.
4. Bravo M, Llodra JC, Cortés J. **Epidemiología. Salud bucodental en España y Portugal.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:17-34.
5. Casals E, Manau C. **Control profesional de placa. Efectividad en la prevención de enfermedades orales y evaluación económica.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:311-41.
6. Fuenmayor V, Buitrago PJ, Firmino JP. **Valoración de la salud periodontal. Evaluación crítica de los índices utilizados.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:67-83.
7. Herrera D, Roldán S. **Control de placa interdental. Evidencia de su importancia en el mantenimiento de la salud bucodental.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:117-58.
8. Legido B, Casas A. **Educación y motivación para el control de placa mecánico.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:277-310.
9. Llodra JC, Bravo M. **Evaluación crítica de los índices utilizados.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:47-52.
10. Mexía de Almeida C. **Epidemiología de las enfermedades bucodentales en Portugal.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:35-46.
11. Rebelo H, Romao C. **Método de cepillado y diseño de cepillos manuales.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:95-116.
12. Sicilia A, Gallego M, Cabezas B. **Eficacia de los cepillos eléctricos en la reducción de gingivitis durante la terapéutica de soporte gingival.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:207-21.
13. Machuca G. **Aspectos específicos del control de placa en: niños, disminuidos y ancianos.** En Sanz M, editor. 1º Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:233-76.