

GUIA DE PERIODONTITIS CRONICA



**PALMA SALUD IPS
LTDA**

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

1. ALCANCE:

Con la presente guía, se pretende dar pautas para el manejo de LA PERIODONTITIS CRONICA en los pacientes atendidos en el servicio de odontología; de PALMA SALUD IPS LTDA.

La PERIODONTITIS, se encuentran entre los principales motivos de consulta en nuestra institución. La guía clínica contiene los elementos técnicos y con evidencia científica para el adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento para una atención segura.

OBJETIVOS:

- ▮ Brindar a odontólogos e higienistas parámetros que permitan unificar criterios con el fin de facilitar el diagnóstico y tratamiento adecuado de la periodontitis crónica.
- ▮ Prestar servicios de odontología con calidad técnica y científica.
- ▮ Identificar oportunamente las lesiones periodontales crónicas con herramientas que permitan evitar la progresión de la enfermedad y lograr mejorar la salud oral de la población.

RESPONSABLES

- ▮ Odontólogos, Higienistas orales, Auxiliares de consultorio odontológico.

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	CAMBIOS	VERSION
Mayo de 2014	Creación de Guía	1
Mayo de 2018	Modificación de logo, actualización de guía	2

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

2. NIVELES DE EVIDENCIA

Descripción de los niveles de evidencia	
Categoría de la Evidencia	Origen de la evidencia
Nivel 1	Evidencia obtenida de por lo menos un experimento clínico controlado, adecuadamente aleatorizado, o de un metaanálisis de alta calidad.
Nivel II	Evidencia obtenida de por lo menos un experimento clínico controlado, adecuadamente aleatorizado, o de un metaanálisis de alta calidad, pero con probabilidad alta de resultados falsos positivos o falsos negativos.
Nivel III.1	Evidencia obtenida de experimentos controlados y no aleatorizados, pero bien diseñados en todos los otros aspectos.
Nivel III.2	Evidencia obtenida de estudios analíticos observaciones bien diseñados tipo cohorte concurrente o casos y controles, preferiblemente multicéntricos y/o de más de un grupo de investigación.
Nivel III.3	Evidencia obtenida de cohortes históricas (retrospectivas), múltiples series de tiempo, o series de casos tratados
Nivel IV	Opciones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica no cuantificada, o en informes de comités de expertos.
Grados de recomendación	
A	Existe evidencia satisfactoria (por lo general nivel I) que sustenta la recomendación para la condición/enfermedad/situación bajo consideración. En situaciones muy especiales, este grado se puede aceptar con evidencia derivada de niveles II ó III cuando el evento es mortalidad, especialmente ante una enfermedad previamente fatal (hipertensión maligna).
B	Existe evidencia razonable (por lo general nivel II, III.1 ó III.2) que sustenta la recomendación para la condición/enfermedad/situación bajo consideración.
C	Existe poca o pobre evidencia (por lo general nivel III.3 ó IV) que sustenta la recomendación para la condición/enfermedad/situación bajo consideración.
D	Existe evidencia razonable (por lo menos general nivel II, III.1 ó III.2) que sustenta excluir o no llevar a cabo la intervención para la condición/enfermedad/situación bajo consideración.

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

E	Existe evidencia satisfactoria (por lo general nivel I) que sustenta excluir o no llevar a cabo la intervención por la condición/enfermedad/situación bajo consideración.
----------	---

3. DEFINICIÓN

La periodontitis representa eventos moleculares y tisulares avanzados con un daño en la estructura del periodonto prácticamente irreversible; en su avance involucra regiones anatómicas y crea deformaciones estructurales severas en la unidad dentogingival y en la unidad dentoalveolar que requieren en algunas ocasiones la intervención no sólo del odontólogo general sino también del especialista.

Por razones desconocidas en algunas personas y sitios del periodonto, la lesión de la unidad dentogingival (gingivitis) se extiende a los tejidos de la unidad dentoalveolar causando pérdida de la inserción conectiva al cemento, pérdida ósea y profundización del surco gingival (bolsa), en este grado de daño, la enfermedad se diagnostica como periodontitis.

▮ Los códigos de diagnóstico de la CIE 10 para la periodontitis son:

K052	PERIODONTITIS AGUDA.
K053	PERIODONTITIS CRONICA.

3.1. Epidemiología

En Colombia existen dos estudios nacionales de morbilidad bucal; uno realizado en 1966 en el cual se evidenció un porcentaje del 88% de la población con enfermedad periodontal, con un índice de Russell de 1.5 que significa un estado de enfermedad periodontal inicial y otro en 1977 con un porcentaje de enfermos del 94.7% con un índice de Russell de 1.1 que significa un estado de enfermedad periodontal incipiente.

3.2. Etiología

La placa microbiana es la causa principal de los diferentes tipos de enfermedades periodontales, esta microbiota bucal es una de las que presenta mayor

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

complejidad en el organismo, se han identificado entre 300-400 especies y de éstas se han reconocido entre 30-40 especies periodontopatogénicas.

La etiología de la enfermedad es multifactorial, y se debe a una interrelación huésped-parásito, actualmente no es bien clara la patogénesis de la destrucción periodontal.

3.3. Factores de Riesgo:

En las enfermedades periodontales debemos considerar cuatro factores que han sido descritos en la literatura con diferentes niveles de evidencia, estos factores son:

- ▮ Diabetes
- ▮ Genéticos
- ▮ Estrés
- ▮ Hábitos: Cigarrillo

Además de estos, hay un sin número de entidades sistémicas, funcionales, locales y generales que demuestran manifestaciones a nivel.

La enfermedad periodontal puede llevar a complicaciones sistémicas, tales como a la enfermedad cardiovascular y al nacimiento prematuro de niños de bajo peso. Nivel de evidencia III2.

4. SIGNOS Y SÍNTOMAS:

A medida que los tejidos se van destruyendo comienza la retracción de los mismos. Así, el surco gingival normal se irá elevando viéndose ya parte de las raíces dentarias lo que provoca mucha sensibilidad en las piezas e incluso dolor. Cuando ya se han formado las bolsas periodontales los síntomas aumentan de forma que el dolor puede llegar a ser severo y puede haber abscesos importantes apareciendo fiebre, edema en las encías y deformidad facial. Los dientes presentarán movilidad. Si el cuadro progresa, la enfermedad del hueso hace que los dientes pierdan su punto de anclaje y caigan.

Clínicamente Observamos:

- ▮ Gingivitis generalizada.

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

- ▣ Hipersensibilidad dentinal.
- ▣ Hemorragia gingival espontánea o provocada.
- ▣ Halitosis fétida y desagradable.
- ▣ Presencia de cálculos sub y supragingivales.
- ▣ Formación de bolsas periodontales.
- ▣ Al presionar hay salida de material purulento.
- ▣ Encía inflamada y edematizada.
- ▣ Hay movilidad dental de leve a severa dependiendo de la enfermedad.

5. AYUDAS DIAGNÓSTICAS

5.1. Examen Clínico: Observación visual y palpación: Los hallazgos durante el examen clínico se consideran colectivamente, y no se manejan como observaciones independientes, debido a que su correlación mejora el porcentaje de evidencia. Este examen incluye los siguientes parámetros:

* **Rubor:** Su presencia indica que los tejidos están enfermos, sin embargo, no está fuertemente asociada con el progreso de la periodontitis. Observado independientemente tiene un bajo valor diagnóstico positivo para enfermedad periodontal.

* **Supuración:** Tiene mayor asociación con el progreso de la periodontitis que el rubor gingival; como hallazgo clínico único es un mal indicador para predecir el progreso de la periodontitis.

* **Sangrado al sondaje:** La presencia de sangrado al sondaje es un importante factor predictivo de riesgo para la pérdida de inserción en surcos profundos. Su ausencia tiene un alto valor predictivo de salud. Si los tejidos sangran o no, depende de una variedad de factores, entre éstos están el índice gingival empleado, la forma y el grosor de la sonda, la angulación al explorar, la presión al insertar la sonda, la higiene bucal previa al sondaje y la repetición de la exploración en el mismo sitio con intervalos cortos de tiempo.

* **Movilidad dentaria:** El incremento en la movilidad es un signo común de lesiones en el periodonto. La movilidad dentaria puede ser causada por una variedad de factores distintos de la periodontitis tales como el movimiento

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

ortodóntico, las cargas funcionales fuertes y la pérdida de hueso secundaria a lesiones de origen endodóntico, por esto, debe correlacionarse con hallazgos de otros exámenes como ayuda diagnóstica.

* **Placa supragingival:** La placa supragingival es una de las variables que ha sido relacionada con la periodontitis. La mayoría de los estudios indican que la presencia de placa supragingival tiene un bajo nivel predictivo positivo para el diagnóstico de la periodontitis en el sentido de que la placa se correlaciona más con la experiencia de la enfermedad que con la actividad de la misma. Cuando se utilizan los indicadores agrupados mejora el valor predictivo.

5.2. Profundidad Sondeable y el Nivel Clínico de Unión en el Surco Gingival:

Las mediciones de profundidad sondeable representan una aproximación clínica útil para conocer la profundidad de las bolsas periodontales. En realidad indican la localización de la resistencia del tejido blando al ser explorado por la sonda periodontal, midiendo más que dimensiones el tono de los tejidos periodontales.

La principal importancia clínica de las bolsas periodontales, es que, son un hábitat más propicio para los supuestos patógenos periodontales y son sitios potencialmente imposibles de limpiar por parte del paciente y aún del profesional. Como consecuencia, la presencia de bolsas profundas podría incrementar el riesgo para el progreso de la periodontitis.

El nivel clínico de unión en el surco gingival es el único parámetro clínico que detecta progresión de la enfermedad periodontal debido a que representa una aproximación clínica del daño en el tejido conectivo. En pacientes tratados, las mediciones secuenciales del nivel de unión a intervalos determinados, por la presencia de factores de riesgos, son confiables para determinar la actividad o detección de la enfermedad tratada, en especial en pacientes susceptibles y en sitios específicos como dientes anclajes de prótesis.

5.3. Examen Radiográfico:

Las radiografías proporcionan estimativos útiles de daño pasado en las estructuras periodontales, pero no identifican sitios con destrucción periodontal en progreso. Se recomiendan observaciones radiográficas longitudinales, por lo menos de dos

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

exámenes, para determinar si ha ocurrido un cambio en el nivel de hueso de soporte.

Las radiografías convencionales son de gran utilidad para la detección de defectos óseos angulares los cuales deben ser tratados y mantenidos adecuadamente. Es importante que todas las observaciones radiográficas sean confirmadas clínicamente.

Radiográficamente la pérdida de la continuidad de la cresta ósea interproximal se ha descrito como uno de los primeros signos de periodontitis; aunque también se ha observado ausencia de lámina dura en muchos casos de salud periodontal, concluyéndose que su ausencia no necesariamente implica enfermedad, pero su presencia sí es signo de salud periodontal en los individuos que la poseían antes de la enfermedad.

Basados en la evidencia, se recomienda el examen básico completo, puesto que suministra elementos para un diagnóstico correcto en la mayoría de los casos de periodontitis. (Recomendación grado A).

6. CLASIFICACIÓN DE LA PERIODONTITIS

El termino periodontitis de comienzo temprano o periodontitis juvenil debería ser descartado ya que este tipo de periodontitis puede ocurrir a cualquier edad y no necesariamente se restringe a menores de 35 años. El termino periodontitis agresiva es usado ahora ya que no se restringe tanto a la edad.

6.1. PERIODONTITIS AGRESIVA:

Características de la periodontitis agresiva

- ▮ Paciente clínicamente sano (no enfermedades sistémicas)
- ▮ Progreso rápido (pérdida ósea y de inserción)
- ▮ Componente familiar (antecedentes de enfermedad periodontal)

Características Secundarias:

- ▮ Cantidad de depósitos microbianos inconsistente con la severidad de la destrucción de los tejidos periodontales.

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

- ▮ Elevadas proporciones de *Aa* (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*) y en algunas poblaciones *Pg* (*Porphyromonas gingivalis*) puede estar elevada.
- ▮ Elevados niveles de PGE₂ y IL-1β .

Periodontitis Agresiva Localizada

- ▮ Comienzo de la pubertad
- ▮ Gran cantidad de anticuerpos en respuesta a agentes infecciosos
- ▮ Patrón incisivo/primer molar con pérdida de inserción interproximal en al menos dos dientes permanentes, en los cuales uno de ellos es el primer molar. Involucra no más de dos dientes diferentes al primer molar y el incisivo.

Periodontitis Agresiva Generalizada

- ▮ Generalmente afecta personas menores de 30 años pero pueden ser mayores.
- ▮ Pobre cantidad de anticuerpos en respuesta a un agente infeccioso.
- ▮ Naturaleza episódica pronunciada de destrucción ósea y pérdida de inserción.
- ▮ Pérdida de inserción interproximal generalizada afectando al menos tres dientes permanentes diferentes al primer molar y al incisivo.

6.2. ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES.

La gingivitis ulceronecrotizante NUG y la periodontitis ulceronecrotizante NUP se deberían unir y llamar enfermedades necrotizantes ya que ambas pueden ser estadios diferentes de una misma enfermedad. La diferencia entre NUG y NUP es que la primera esta delimitada en la encía y la segunda involucran el aparato de inserción.

La enfermedad puede estar asociada con el SIDA y otras enfermedades que tienen comprometido el sistema inmune.

- ▮ Características microbiológicas: los microorganismos implicados son: *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Borrelia vincenti*, y espiroquetas pequeñas.
- ▮ Características del huésped: pacientes bajo estrés con hábito de fumar e higiene oral pobre.

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

7. TRATAMIENTO:

El odontólogo general en el primer nivel de atención debe realizar el diagnóstico, y programar las actividades de control de placa y detartraje supragingival que permitan restablecer un ambiente periodontal para luego en la fase de tratamiento curativo controlar los factores locales que favorecen la acumulación de placa (obturaciones desadaptadas, caries activas: zonas de empaquetamiento de alimentos, aparatología ortodoncia o prótesis). El tratamiento definitivo lo debe realizar el odontólogo especialista en periodoncia, a través del programa de odontología especializada particular o por remisión desde PALMA SALUD IPS LTDA.

La única entidad que autoriza valoración y tratamiento con periodoncista es la Fundación Medico Preventiva.

Los pacientes que ameritan remisión son:

- ▮ Los pacientes con diagnóstico de periodontitis o aquellos con enfermedad gingival o periodontal con compromiso sistémico tales como enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, embarazo de alto riesgo, pacientes con discrasias sanguíneas, SIDA y diabéticos tipo I y II no controlados.
- ▮ Pacientes con estados agudos gingivales y aquellos que presenten agrandamientos gingivales asociados a medicamentos o de origen genético. Agrandamientos gingivales asociados a placa podrán ser remitidos sólo después de terminado el detartraje y realizada la reevaluación.

7.1. Terapia Periodontal:

7.1.1. No Quirúrgica, mecánica y Química (Local y Sistémica).

7.1.1.1. Terapia Mecánica al Ambiente Subgingival:

La evidencia científica demuestra que el detartraje y la limpieza radicular son un componente esencial y efectivo para el tratamiento de las enfermedades periodontales inflamatorias.

Los beneficios clínicos de estos procedimientos se deben a la remoción de la placa y cálculos subgingivales por la alteración de la flora microbiana subgingival, lo cual causa retardo en la repoblación de microorganismos patógenos.

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

Se ha demostrado que la flora bacteriana subgingival tiene su origen a partir de la placa supragingival ya que la cantidad, composición y grado de recolonización de la placa subgingival depende de la acumulación de la placa supragingival, así podemos considerar que un efectivo control de la placa microbiana supragingival, en combinación con una instrumentación profesional periódica de la placa subgingival en pacientes con periodontitis avanzada, es definitivo para un control a largo plazo de la enfermedad periodontal inflamatoria. (Recomendación grado A).

7.1.2. Análisis de los estudios sobre el efecto del detartraje y limpieza radicular:

7.1.2.1. Remoción de cálculos subgingivales:

Por muchísimo tiempo se consideró que la remoción total de los cálculos era necesaria para el éxito clínico del tratamiento periodontal, sin embargo hoy en día se considera que una porción mínima de cálculos permanece luego de varias instrumentaciones aún con procedimientos quirúrgicos y sin ellos. A pesar de esto, el éxito clínico puede presentarse en estos casos, y se atribuye a la remoción de la placa bacteriana subgingival y a la alteración de la flora que se presenta en la bolsa, llevando a la conclusión que la placa bacteriana, más que los cálculos subgingivales, es la causante de la inflamación gingival; a pesar de esto, el concepto de la masa crítica de cálculos no niega la importancia de reducir la mayor cantidad de cálculos subgingivales como sea posible. Esto es un hallazgo consistente en todos los estudios donde las observaciones de los dientes perdidos por enfermedad periodontal inflamatoria progresiva, exhiben grandes depósitos de cálculos remanentes. (Recomendación grado A).

7.1.2.2. Remoción del cemento:

Las investigaciones más recientes han empezado a cuestionar seriamente la validez de una remoción extensa de cemento y de realizar un exagerado alisado radicular, con el fin de remover las endotoxinas, estos estudios demuestran que éstos están sólo adheridas superficialmente al cemento radicular y que un 99% de ellas pueden ser removidas sólo con enjuagues y el cepillado. Por lo tanto, no es necesario el exceso de reinstrumentación antes predicado.

7.1.2.3. Desbridamiento subgingival:

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

Al hacer el análisis crítico de la revisión de la literatura se encuentra que la gran mayoría de textos sobre tratamiento periodontal, dicen que la suavidad completa de la superficie radicular es el indicador de la terminación de una buena instrumentación radicular, sin embargo, este concepto se está reevaluando y muchos autores en la actualidad cuestionan la necesidad clínica de tener una raíz completamente lisa y más bien coincidieron en el término desbridamiento subgingival, considerando éste como una limpieza radicular para la eliminación de la placa subgingival dura y blanda bien sea por una remoción de ésta o por la alteración total de la estructura de la placa subgingival.

Se sugiere que en los casos que requieran tratamiento en el ambiente subgingival es más importante una buena limpieza de la superficie radicular con desbridamiento subgingival que el realizar un exhaustivo y agresivo alisado radicular (Recomendación grado B) especialmente en la porción más coronal de la raíz en la cual se puede inducir a hipersensibilidad radicular.

7.1.2.4. Instrumentación manual vs. Instrumentación sónica/ultrasónica:

Independiente del instrumento seleccionado, se encontró que en las áreas interproximales, las bi y trifurcaciones, la unión cemento esmalte y dientes multirradiculares son los que presentan mayor cantidad de cálculos residuales.

A medida que el sondaje se incrementa los instrumentos sónicos o ultrasónicos son menos efectivos por las limitaciones en su diseño.

Cuando se comparan las curetas y los instrumentos ultrasónicos, las curetas son ligeramente más eficientes pero requieren mayor esfuerzo, tiempo y experiencia para su uso.

Los mejores resultados son probablemente obtenidos luego de combinación de instrumentos sónicos/ultrasónicos con la instrumentación manual con curetas (Recomendación grado B). Se recomienda, que teniendo en cuenta el tipo de paciente y la severidad de su enfermedad periodontal, en lo posible el detartraje supragingival y el desbridamiento subgingival se realice en toda la boca al mismo tiempo en 1 a 3 citas y no por cuadrantes modalidad que se puede utilizar para detallar algunos sitios especiales bajo anestesia local (Recomendación grado C).

7.2. Terapia Periodontal No quirúrgica, Química al Ambiente Subgingival:

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

La aplicación subgingival de químicos en las bolsas periodontales, es una estrategia que ofrece ventajas sobre la utilización de la vía sistémica; para este efecto se han descrito dos modalidades, una por autoaplicación (irrigación) y otra por el personal profesional (químicos de liberación lenta). Los Antisépticos (Clorhexidina, yodo, peróxido, fluoruro de estaño y compuestos fenólicos), los antiinflamatorios no esteroideos etc., han sido utilizados en varias concentraciones. El beneficio de la irrigación personal en la casa con agua, tiene un grado de recomendación B, al compararla con químico ya que reduce el sangrado al sondaje. Se requiere de gran habilidad del operador para lograr una buena penetración de la sustancia hasta el fondo de la bolsa para no dejar áreas sin el efecto del lavado. Al adicionar la irrigación subgingival por personal profesional a la terapia mecánica, con clorhexidina al 2% y tetraciclina al 10%, se reduce la *Porphyromonas gingivalis* con la primera y se obtuvo mayor ganancia de unión que con el procedimiento del detartraje y alisado radicular solo. (Recomendación grado B).

7.3. Oclusión en Periodoncia

Oclusión patológica (traumática): El efecto de la oclusión sobre el periodonto, sus procesos patológicos y la resolución terapéutica de los defectos creados por la enfermedad es todavía materia de discusión.

Algunos beneficios de la terapia oclusal se han reportado en las condiciones del periodonto con relación a ganancia de unión aún en compromisos de bifurcación con un nivel de evidencia II y recomendación B.

8. CONDICIONES PERIODONTALES AGUDAS

8.1. Absceso Periodontal:

Originado en agudización localizada de una periodontitis (prepuberal, juvenil y del adulto joven y del adulto).

▮ Tratamiento

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

- a) Drenaje, preferiblemente a través del surco gingival, (si el paciente tiene riesgo de sufrir endocarditis bacteriana, debe seguirse el protocolo anti-bacteremia transitoria previamente al drenaje). Por el alvéolo si se decide la exodoncia del diente.
- b) Desbridamiento subgingival, cuidando de no remover el cemento y la inserción conectiva sana.
- c) En caso de compromiso de estado general, y sí existe difusión de la infección a planos profundos, se deben formular antibióticos por 5 a 7 días y analgésicos por 3 o 4 días; como:

Adultos:

- ▮ **Amoxicilina** Cápsulas de 500 mg. 1 cada 8 horas
 - ▮ **Eritromicina:** Tabletas de 500 mg. 1 cada 6 horas (En caso de alergia a la penicilina).
 - ▮ **Clindamicina** (NO cubierta por el POS) Cápsulas de 300 mg. 1 cada 6 horas
 - ▮ **Metronidazol** Capsulas de 500 mg. 1 cada 8 horas
 - ▮ **Acetaminofén:** Tabletas 500. 500 – 1000 mg cada 4 – 6 horas
 - ▮ **Naproxeno,** Tabletas 250 y 500. 250 mg cada 6 – 8 horas
 - ▮ **Ibuprofeno,** Tabletas 400, 600. 400 mg cada 6 – 8 horas por 4 días.
- d) Evaluación de la oclusión para ajuste limitado. Posteriormente iniciar tratamiento de la periodontitis

9. CONDICIONES PERIODONTALES CRÓNICAS

9.1. Periodontitis del Adulto, con pérdida ósea inicial a moderada y avanzada:

▮ **Tratamiento:**

- a) Ambientación supragingival: Motivación para el control de placa, por reconocimiento del paciente en su propia boca del material blando (por tinción) y calcificado.
- b) Desbridamiento y obturación temporal de las cavidades cariosas, desbridamiento de la placa y cálculos supragingivales, remoción de excesos de obturaciones, remodelado de sobrecontornos, ajuste de la oclusión de

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

desarmonías mayores y corrección de la morfología oclusal para evitar el empaquetamiento alimenticio.

- c) Instrucción en materiales y métodos para higiene bucal, énfasis en los sitios en los cuales se detecta falla (por tinción).
- d) Ambientación subgingival (Evaluación de la higiene bucal Desbridamiento subgingival (detartraje y limpieza radicular) toda la boca por cita.
- e) Puede ser necesaria la terapia adjunta al ambiente sistémico en los casos avanzados con antimicrobianos, previo estudio microbiológico y antibiograma. Limpieza radicular detallada por cuadrantes bajo anestesia, según la evolución del caso y sitios específicos de lesiones periodontales avanzadas.
- f) La evaluación de los resultados de la terapia no quirúrgica, se realiza a diferentes intervalos, los cuales pueden prolongarse hasta el primer año. Al finalizar el tiempo definido individualmente, existen tres opciones para continuar:
 - ▮ Sí la condición periodontal se resolvió a este punto, el paciente continuará con una terapia preventiva para preservar esta condición saludable, programada de manera individual
 - ▮ Sí la condición periodontal, no se resolvió en el caso o en sitios particulares y se define que la terapia no quirúrgica se hizo completa, se pasará a una terapia quirúrgica particular no realizada en PALMA SALUD IPS LTDA
 - ▮ Por último, sí la condición periodontal no se resolvió por falta de compromiso del paciente con su higiene bucal o aparece deterioro de la salud general, la terapia periodontal no quirúrgica se extenderá por un período más largo.

10. PERIODONTITIS DE ESTABLECIMIENTO TEMPRANO (PREPUBERAL, JUVENIL, DEL ADULTO JOVEN).

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

▮ Tratamiento:

- a) Por la posible transmisión intrafamiliar, los demás miembros deben ser evaluados, y si es necesario, tratarlos simultáneamente.
- b) El tratamiento local de estos pacientes se semeja al descrito anteriormente, dividido en ambientación supragingival y subgingival. El desbridamiento subgingival frecuentemente se acompaña de antibióticos sistémicos previos a la terapia.
- c) La identificación bacteriana y su sensibilidad debe ser considerada. El programa de atención periódica para mantener el estado saludable individual a la cual se llegó con la terapia, es mandatorio en estos pacientes, la periodicidad del mismo se asignará según la evolución en el tiempo, se inicia con espacios desde uno a tres meses, y puede ampliarse un poco más con el tiempo.
- d) En algunos sitios, es necesario planear algunas cirugías a colgajo (APE) con el fin de lograr el desbridamiento radicular completo; procedimiento NO POS, realizado por especialista que el paciente debe asumir de forma particular.

11. PERIODONTITIS NECROTIZANTE

▮ Tratamiento:

- a) Irrigación y desbridamiento de áreas necróticas y superficies dentales (ambiente supragingival y subgingival).
- b) Terapia antibiótica sistémica y local y analgésicos, si es necesaria
- c) Tratamiento médico de manifestaciones sistémicas agravantes
- d) Enjuagues bucales para el cuidado casero
- e) Evaluación periodontal completa, luego de fase aguda y continuación con el esquema de periodontitis del adulto.

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

▮ Protocolo de atención:

- ▮ Fase de higiene oral
- ▮ Eliminar factores agravantes (traumas o de tejidos blandos)
- ▮ Anestesia tópica
- ▮ Anestesia por bloqueo
- ▮ Fase clínica (Curetaje cerrado), alisado radicular a campo cerrado.

12. METAS DEL TRATAMIENTO

Hacer de la educación en salud oral una estrategia sencilla y eficaz para prevenir las patologías orales y controlar los factores de riesgo, por el odontólogo tratante y la auxiliar de higiene oral.

La enseñanza de la técnica de cepillado debe basarse en el conocimiento actualizado de la patología oral y en las necesidades del paciente, teniendo claro que el objetivo final es la remoción de la placa bacteriana, a través del cepillado, el uso de la seda dental y las revisiones periódicas por parte del odontólogo.

13. PRONÓSTICO

El pronóstico es la predicción de la duración, curso y terminación de una enfermedad, con o sin tratamiento; debe determinarse después de hacer el diagnóstico y antes de iniciar la terapia.

Para la identificación de los factores de riesgo usted debe indagar en su paciente sobre aspectos relacionados con sus hábitos, antecedentes médicos y enfermedad actual y a través del examen clínico, evaluar factores retentivos de placa y consignar estos aspectos en la historia clínica. Recuerde que esta parte del examen es de gran importancia para poder informar al paciente sobre los factores que podrían llevarlo a presentar periodontitis en un futuro o que han influido en su estado periodontal. No olvide anotar en la historia los factores que se enumeran a continuación:

13.1. Factores Sociales

Las preguntas deben ser realizadas de manera respetuosa y objetiva.

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

▮ Estilo de vida:

Evalúe la actitud de su paciente hacia su salud y auto-cuidado (pregunte a su paciente cuándo fue su última cita odontológica (es buen signo que haya sido hace menos de un año), apariencia personal, receptividad frente a las indicaciones de salud, a quién responsabiliza de sus problemas de salud, etc.)

▮ Higiene oral:

Pregunte a su paciente:

- ▮ Con qué frecuencia se cepilla los dientes al día. Tenga en cuenta que una frecuencia baja es indicativa de un bajo auto cuidado.
- ▮ Si usa seda dental y frecuencia (diaria, semanal, cuándo siente molestia entre los dientes) Indague si usa algún elemento que reemplace la seda dental.
- ▮ Si usa otras ayudas como palillos, enjuagues, enhebradores u otros y con qué frecuencia los utiliza.

▮ Cigarrillo:

Pregunte a su paciente si se considera:

- ▮ Fumador. Ha fumado por más de 6 meses. Indique con qué frecuencia fuma (tantos/día o tantos/semana ó tantos/fin de semana, etc.)
- ▮ Exfumador. Ha fumado por más de 6 meses, pero considera que dejó el hábito.
- ▮ No fumador. No cumple con las definiciones anteriores.

▮ Alcohol:

Pregunte a su paciente si es consumidor de alcohol y la frecuencia:

- ▮ Diariamente, día de por medio, fines de semana, mensualmente.
- ▮ Cuándo bebe, ¿cuántas copas de alcohol bebe? De 1 a 2, de 2 a 4, de 4 a 6,
- ▮ más de 6.
- ▮ No bebe.

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

13.2. Factores Biológicos

▮ Historia de enfermedad periodontal en la familia:

Indague en su paciente si en su familia alguien ha sufrido de aflojamiento de los dientes, quién, hace cuánto y si ha perdido los dientes tempranamente por causa de ese aflojamiento.

▮ Estado sistémico:

Se considera riesgo para enfermedad gingival cuando la entidad sistémica presente está relacionada con la enfermedad: En gingivitis inducidas por placa bacteriana encontramos las asociadas al sistema endocrino (diabetes, embarazo); asociadas a discrasias sanguíneas (leucemia, hemofilia); inducidas por medicamentos (difenilidantoina, ciclosporina, nifedipina y anticonceptivos orales); gingivitis modificada por malnutrición (déficit de complejo B)

La candidiasis y la presencia de eritema gingival son lesiones gingivales asociadas a la presencia del Síndrome de inmunodeficiencia humano. En presencia de estos signos pregunte si en alguna ocasión se ha realizado la prueba de VIH y en caso de haberse realizado la prueba, cuál fue el resultado y hace cuánto tiempo fue el examen.

Para periodontitis los factores sistémicos asociados son diabetes no controlada, enfermedades del sistema inmune que afecten la función del neutrófilo y su recuento (neutropenias).

▮ Placa bacteriana:

Algunos puntos importantes a tener en cuenta son:

- ▮ El grosor de placa bacteriana y esto se relaciona con el tiempo que la placa ha permanecido en las superficies dentales sin ser removida.
- ▮ Observe las superficies Vestibular/Bucal, Lingual/Palatino, Mesial, Distal y en dientes posteriores, además de la superficie Oclusal.
- ▮ En menores de 3 años y en pacientes parcialmente edéntulos, valore los dientes presentes.

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

Nota: si el paciente, por ser un niño/a de mal comportamiento, una persona discapacitada o un adulto mayor, no permite una adecuada toma del índice de placa, haga una evaluación parcial de placa y consígnelo en la historia clínica.

▮ Cálculo supragingival y subgingival:

Establezca la presencia o ausencia de cálculos supra o subgingivales y anote los dientes afectados en la historia clínica.

▮ Factores retentivos de placa bacteriana:

Se considera alterado cuando se encuentra en el paciente una de las siguientes situaciones, además debe reportarse en la historia clínica en la carpeta de periodoncia en el campo de observaciones:

- ▮ Restauraciones desadaptadas: Examine las restauraciones presentes y si éstas están desadaptadas, anótelas en la historia.
- ▮ Caries activas: Examine la presencia de caries activas y cavitacionales, en especial en las áreas interproximal y anótelas como factor retentivo de placa.
- ▮ Zonas de empaquetamiento de alimentos. Utilice una seda dental entre los espacios interproximales de los dientes para establecer la presencia de espacios abiertos. Indague en el paciente la presencia de empaquetamiento en ese sitio y anótelas en la historia.
- ▮ Mal posiciones: de existir, se evalúa si favorecen la retención de placa y/o dificultan su remoción. En caso afirmativo consígnelo en la historia.
- ▮ Aparatología Ortodóncica, Ortopédica o Prótesis: la presencia de aparatología se considera factor retentivo de placa bacteriana. En caso afirmativo consígnelo en la historia clínica.

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

14. CRITERIOS DE EGRESO

En relación con la enfermedad periodontal, el marco normativo está basado en la Resolución 412 de 2000 Normas Técnicas y Guías de Atención en Salud, donde se dan las pautas de tratamiento para establecer normas para el desarrollo de actividades preventivas que permiten limitar el daño, mejorar las condiciones de salud buco-dental y mantener los niveles de salud, ya que la patología periodontal es una enfermedad prevenible.

Además, se tiene en cuenta aquí que el Acuerdo 117 de 1998 incluye la atención preventiva en salud bucal como una actividad de obligatorio cumplimiento.

Para el plan de tratamiento odontológico se incluyen las fases de higiene oral y de tratamiento curativo, en la primera fase (higiene bucal) se realizan actividades de educación y motivación en higiene así, como el reestablecimiento de un ambiente gingival y periodontal adecuado para iniciar la segunda fase o de tratamiento, para la cual el paciente debe tener un índice de placa del 15% o menor de este.

15. RECOMENDACIONES AL EGRESO

- ▮ Educación, motivación, materiales y métodos para la higiene bucal, como parte del autocuidado a nivel individual. Control de hábitos.
- ▮ Terapia periodontal química: Prescripción antibiótica, aplicación local de sustancias químicas al ambiente subgingival cuando estén indicados. Únicamente en casos resistentes con buena higiene.
- ▮ Intervención quirúrgica para acceso y visibilidad. Terapia NO POS, realizada por especialista

Según la clasificación del riesgo los pacientes se citaran a control de la siguiente manera:

De uno a tres meses: Pacientes con alto riesgo: Diabetes, hábito de fumar, discapacitados, compromiso inmunológico, enfermedad periodontal avanzada sin posibilidad de tratamiento completo, historia familiar de enfermedad periodontal, cohabitación, compromiso de bi y trifurcación por enfermedad periodontal previa, factores anatómicos hereditarios, pacientes con buena salud general pero con

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

enfermedad periodontal avanzada y sin compromiso o acatamiento y con higiene bucal deficiente.

De tres a cuatro meses: Pacientes con moderado riesgo: enfermedad periodontal moderada con buenas medidas de higiene bucal.

De seis a doce meses: paciente sano natural, enfermedad periodontal incipiente y buena higiene bucal.

16. COMPONENTE EMOCIONAL

Razones que motivan a los pacientes sobre el autocuidado

- ▮ Tener una boca más atractiva
- ▮ Eliminar malos olores (Halitosis)
- ▮ Blanquear los dientes
- ▮ Eliminar pigmentaciones

Estrés: Aún falta evidencia, pero se considera un factor importante.

Componente Nutricional:

Estado Socio-económico y Nutrición

Se necesitan más estudios longitudinales para evaluar el efecto de cualquier deficiencia nutricional sobre las enfermedades periodontales

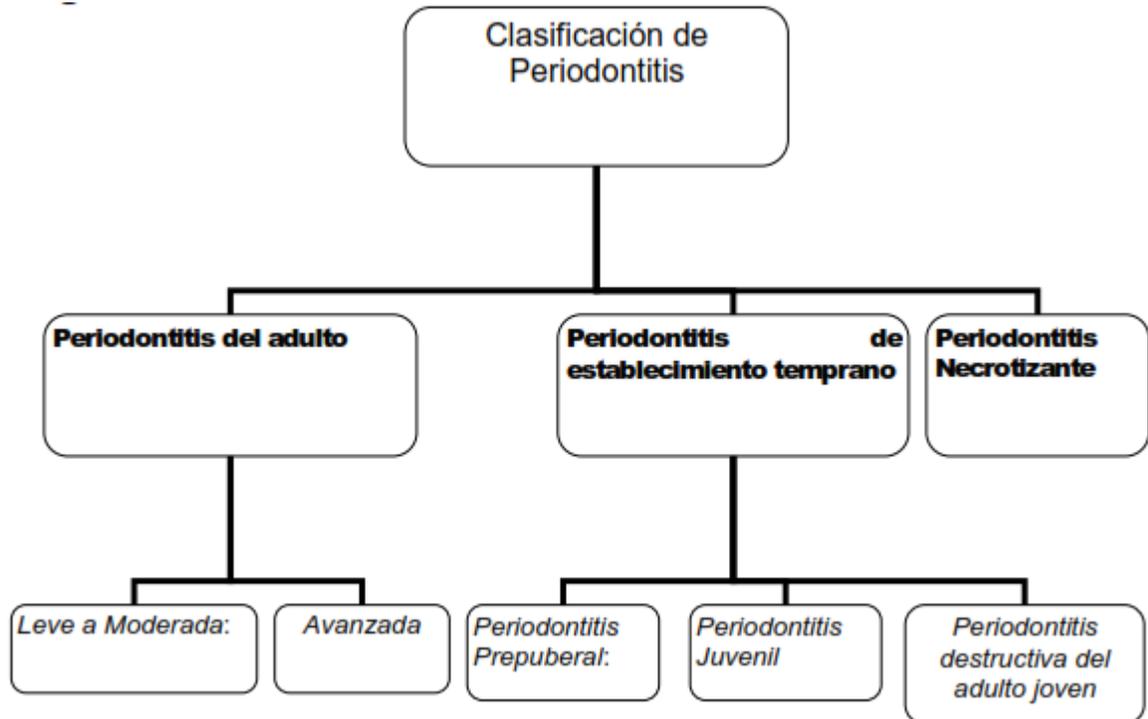
Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

17. FLUJOGRAMA: Diagnostico

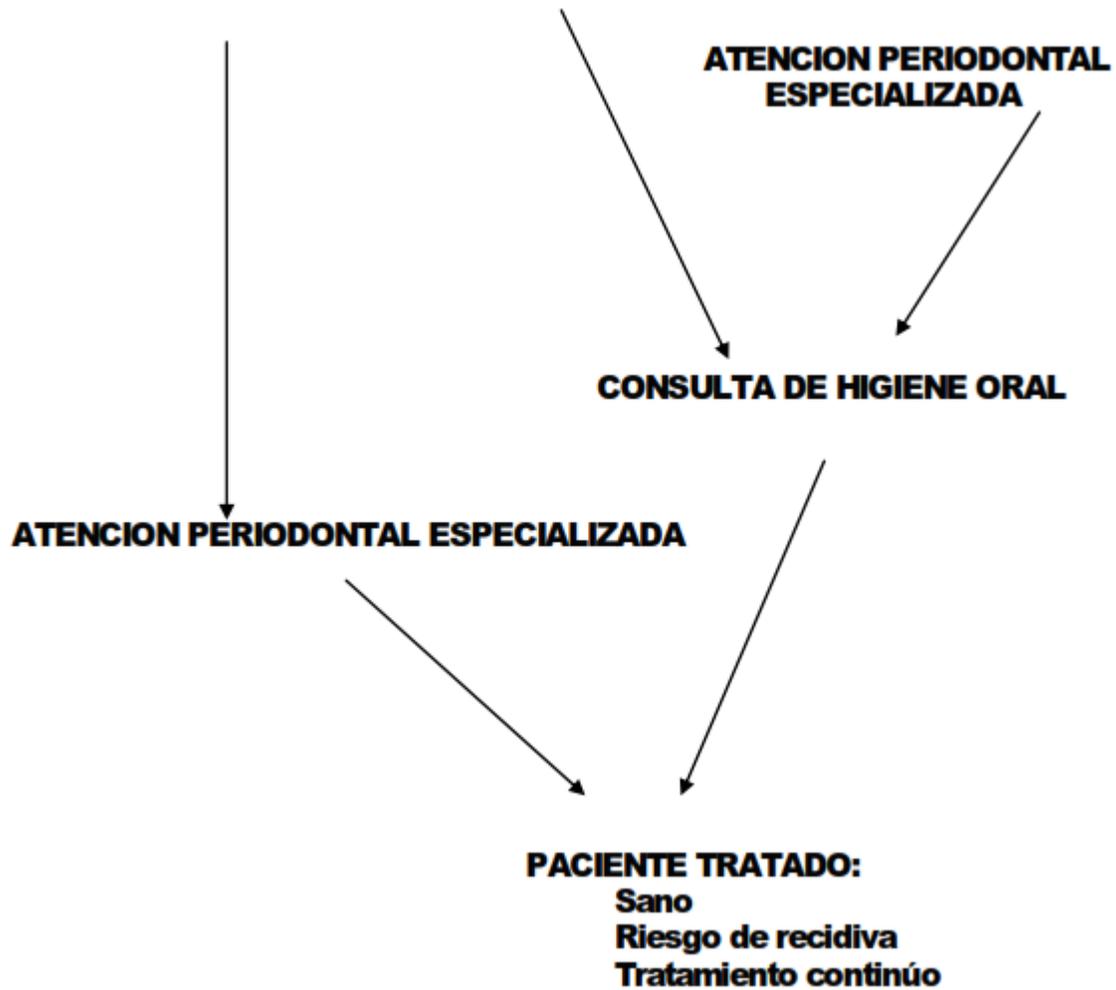


GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

Tratamiento

INGRESO

CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA



Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

18. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GUÍA:

La adherencia y aplicación de esta guía se realizara a través del comité de historias clínicas de PALMA SALUD IPS LTDA trimestralmente, la auditoria clínica anual y el análisis periódico de eventos adversos, quejas y reclamos en comité de calidad

Aprobación:

Se realiza la aprobación de las guías clínicas de acuerdo al flujo de aprobación establecido en el sistema de calidad.

Se realizará validación en consenso por parte de la INSTITUCION de las guías clínicas

Revisión y actualización:

El profesional con funciones de atención Odontológica es responsable del direccionamiento de las guías clínicas y liderará la revisión y ajustes posteriores de las mismas cada cuatro (4) años o en periodos menores de acuerdo a cambios significativos en los conceptos de evidencia clínica disponible y a la tendencia del perfil epidemiológico de la población.

Difusión y evaluación:

El Profesional de atención Odontológica e Higiene Oral de PALMA SALUD IPS, responsable del proceso de guías clínicas de atención, difundirá e implementará las guías en reuniones de los diferentes grupos de profesionales de la salud por temas asociados.

Las guías clínicas serán distribuidas en medio magnético en los computadores de cada servicio con el fin de su fácil consulta y acceso a la información requerida por parte del funcionario asistencial en el servició específico, en su defecto para aquellos servicios que no tengan la disponibilidad tecnológica se dispondrá de ellas en forma física y permitiendo de ésta manera un autocontrol en el proceso de atención.

Seguimiento:

El grupo de Auditoría Interna de PALMA SALUD IPS LTDA; hará seguimiento a la adherencia de los profesionales asistenciales de acuerdo a parámetros establecidos en la revisión de historias clínicas según instructivo del comité de Historias Clínicas y procederá a realizar el proceso de retroalimentación y mejoramiento acorde a las políticas de la organización

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

Entrenamiento:

Se incluirán las guías clínicas en el proceso de entrenamiento específico de los profesionales al ingresar a PALMA SALUD IPS LTDA.

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

BIBLIOGRAFÍA

1. LISTGARTEN, M.A. Pathogenesis of periodontitis. J. Clin. Periodontol. 1986, 13: 448-425. Citado en: Gingivitis: guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-. Bogota: El Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-, 1998.
2. MONCADA Q.A., HERAZO B.J. Morbilidad oral, estudio nacional de salud, República de Colombia. Ministerio de Salud, 1984. Citado en: Gingivitis: guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-. Bogota: El Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-, 1998.
3. LISTGARTEN, M.A. Structure of the microbial flora associated with periodontal disease and health in man. A light and electron microscopic study. J.Periodontol., 1976. 47: 1. Citado en: Gingivitis: guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-. Bogota: El Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-, 1998.
4. LOE, H. E. THEILADE, E., AND JENSEN, S.B.: Experimental gingivitis in man. J.Periodontol., 1965. 36: 177. Citado en: Gingivitis: guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-. Bogota: El Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología – ACFO-, 1998.
5. DZINK, J.L. TANNER, A.C.R., HAFFAJE, A.D. AND SOCRANSKY, S.S.: Gram negative species associated with active destructive periodontal lesions. J.Clin.periodontol., 1985.12: 648-659. Citado en: Gingivitis: guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-. Bogota: El Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología – ACFO-, 1998.

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente

GUIA CLINICA DE PERIODONTITIS CRONICA

6. KALMAR JR., ARNOLD RR. VAN DYKE. The direct interaction of Actinomycetecomitans with normal and defective (LJP) neutrophils. J. Periodontol Res. 1987; 22: 179-181. Citado en: Gingivitis: guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-. Bogota: El Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-, 1998.

7. CUTTLER CW, EKE P., ARNOLD RR, et. al. Defective neutrophil function in an insulin-dependient diabetes mellitus patients. A case report J. Periodontol 1991, 26: 394-401. Citado en: Gingivitis: guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-. Bogota: El Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-, 1998.

8. HAFFAJEE A.D., SOCRANSKY S.S., SMITH C., DIBART: Microbial risk indicators for periodontal attachment loss. J. Periodont. Res. 1991, 26: 293-296. Citado en: Gingivitis: guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-. Bogota: El Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-, 1998.

9. YALDA B., OFFENBACHER S, COLLINS JG. Diabetes as a modifier of periodontal disease expression. Periodontol 2000, 1994; 6: 37-49. Citado en: Gingivitis: guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-. Bogota: El Instituto de Seguros Sociales-ISS- y Asociación Colombiana de Facultades de odontología –ACFO-, 1998.

10. Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud

11 .Acuerdo117 de 1998 del Ministerio de Salud

12. Resolución1895 de 2000 del Ministerio de Salud

Elaborado:	Laudith Nieves	Revisado:	Glenda Pimienta	Aprobado:	Lupe Fierro
Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018	Fecha:	Mayo 2018
	Odontologo		Coordinador Medico		Gerente