

Informe técnico¹

Control de la infección en odontología

<bioseguridad><biofilm de placa dental>

Susana Piovano
spiovano@ciudad.com.ar

Segunda parte

Control de la infección dentro de las prácticas clínicas referidas a enfermedades asociadas a la placa dental.

1.- Fundamentos

Evidencia referida al estado actual en cariología

Durante los últimos 30 años, se ha producido un progreso considerable en la reducción de la caries dental en los países industrializados. La presencia de niños sin caries, una rareza en el pasado, ya no es inusual. La fluoración de las aguas de abastecimiento público, los dentífricos y los productos dentales profesionales, la mejora de la higiene oral; y un acceso mayor a los cuidados profesionales han jugado un papel de importancia en esta dramática reducción.

A pesar de ello, la caries dental sigue siendo un problema relevante. En EEUU. cerca del 20 % de los niños entre los 2 y los 4 años presentan caries detectables, y a los 17 casi un 80% de los jóvenes han desarrollado una cavidad, que es una manifestación tardía de la enfermedad caries. Al mismo tiempo, más de dos tercios de los adultos entre 35 y 44 años han perdido al menos un diente permanente a causa de esta enfermedad, y los pacientes ancianos padecen caries radicular. Además, sigue habiendo grandes segmentos de la población en los que la caries sigue siendo un problema mayor. Estas disparidades de salud detalladas en el informe "Salud oral en América", tienden a concentrarse en una minoría de niños, los económicamente no privilegiados, las personas mayores, los enfermos crónicos y la población institucionalizada, que tienen un acceso menor a la asistencia dental.

Es importante señalar que la caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible que conduce a la destrucción de las estructuras del diente mediante la acción de las bacterias formadoras de ácido presentes en la placa dental, un biofilm intraoral, en presencia de azúcar.

En las últimas décadas se han observado ciertos cambios no sólo en la prevalencia de la caries, sino también en el patrón y distribución de la enfermedad en la población. De un modo específico, se ha observado un cambio en la distribución relativa de la caries en las superficies dentales así como un retardo relativo de la progresión de las lesiones en el diente en numerosos individuos. Estos cambios tienen importantes implicaciones en el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones incipientes, la predicción del riesgo de caries y la puesta en marcha de programas efectivos de prevención y tratamiento de la enfermedad en individuos y poblaciones.

Para conseguir un progreso continuado en el control de esta enfermedad tan frecuente, se necesitarán nuevas estrategias que proporcionen una mejor asistencia para aquellos

¹ Producido para la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires

que padecen desproporcionadamente la enfermedad; que consigan mejorar la detección, la valoración del riesgo y el diagnóstico; y que introduzcan nuevos métodos que detengan o curen la lesión no cavitada y avancen en el tratamiento quirúrgico de la lesión cavitada.

A pesar del optimismo en el futuro, la conferencia de consenso y desarrollo del National Institutes of Health realizada en el año 2001 ha revisado y cuestionado la evidencia de los resultados referidos a caries dental. Numerosos estudios utilizan débiles diseños de investigación o son pequeños o pobremente descritos y en consecuencia su validez es cuestionable.

La información incompleta de la historia natural de la caries, la incapacidad de identificar con exactitud las lesiones iniciales o las lesiones que progresan activamente, y la ausencia de métodos objetivos de diagnóstico fue analizada.

Algunas de las revisiones sistemáticas de la literatura presentadas en la conferencia de consenso concluían que la mayoría de los estudios eran inadecuados, y está claro que se requiere una mayor inversión en investigación y formación para aprovechar las oportunidades actuales.

Esto no quiere decir que las técnicas diagnósticas, preventivas y terapéuticas utilizadas en la actualidad no funcionen sino que los estudios que apoyan su eficacia no cumplen los estándares científicos actuales. En efecto, dada la dramática mejoría en la reducción de la prevalencia de caries en los últimos 30 años, tanto los usuarios como los profesionales sanitarios no deben apartarse de las prácticas que probablemente han contribuido a esta mejor salud oral, incluyendo la utilización de diferentes productos fluorados, la modificación de la dieta, los selladores de fosas y fisuras, una mejor higiene oral y una asistencia regular profesional. Además, aunque estén pendientes de nuevos datos, los clínicos deben aplicar tanto las intervenciones preventivas como terapéuticas del modo en que han sido estudiadas.

Cuando la sólida confirmación de la efectividad de las nuevas y prometedoras técnicas diagnósticas, de los tratamientos no quirúrgicos de las lesiones no cavitadas y de las intervenciones quirúrgicas conservadoras de las lesiones cavitadas se consiga, los odontólogos y el público deben aceptarlas rápidamente para obtener niveles todavía mayores de salud oral. (National Institutes of Health, 2001).

Evidencia referida al estado actual en periodontología

Durante los últimos 30 años, se ha producido un progreso considerable en el entendimiento de las enfermedades gingivo-periodontales.

La epidemiología ha brindado importantes aportes al conocimiento y abordaje de la enfermedad así como al entendimiento de la historia natural de la enfermedad, analizando el comportamiento de la enfermedad en diversos grupos poblacionales, identificando factores de riesgo, identificando el papel de la periodontitis como un factor de riesgo para la condición sistémica del paciente (se ha asociado a mayor riesgo para la enfermedad cardíaca coronaria y el nacimiento prematuro de niños de bajo peso); introduciendo nuevos métodos referidos a la prevención y control de la enfermedad y planeando y evaluando los servicios de salud. (Rose L.F., 2000).

La evidencia muestra que a igual que caries dental, las enfermedades gingivoperiodontales siguen siendo un problema relevante.

Estudios realizados en Suecia, han reportado una disminución en el Índice de Placa entre los años 1973 y 1983 en todos los grupos etáreos, no observando disminución ente los años 1983 y 1993.(Hugoson A. et al,1998).

En EEUU, en un estudio epidemiológico (Brown L.J.,1996) ha sido observado que:

- 50- 60 % de los adultos tienen gingivitis
- 30 % tienen bolsas periodontales de severidad moderada
- 5-10 % tienen periodontitis severa
- 40 % de la población ha experimentado pérdida de inserción en por lo menos 4 sitios

Con el Índice de necesidad de tratamiento (CPITN) ha sido observado:En adolescentes: SS(Sangrado al sondaje) es el signo de mayor prevalencia

- En adultos de 35- 44 años: 50 % presentan sitios con PS (Profundidad al sondaje) entre 3,5 y 5,5 mm
- En adultos de 40 años: 5-15 % tienen sitios con PS > de 6 mm
- En adultos de 65- 74 años: Aumentan los sitios con PS de 6 mm o más y el número de piezas dentarias extraídas. (Pilot J.,1998)La AAP en 1998 postuló una serie de recomendaciones para la futura investigación:

Los procedimientos de diagnóstico deben ser analizados para mejorar la determinación de alto riesgo de periodontitis basado en:

Los procedimientos de diagnóstico deben ser analizados para mejorar la determinación de alto riesgo de periodontitis basado en:

1. La clasificación de enfermedades periodontales basada en la evidencia.
2. La determinación de los factores genéticos asociados con la susceptibilidad de la enfermedad.
3. La determinación y aprobación de marcadores microbiológicos que posibiliten predecir el riesgo de una futura destrucción.
4. Los ensayos clínicos aleatorizados para determinar si el uso de nuevas pruebas mejora los resultados del tratamiento.
5. La investigación de la relación entre las enfermedades periodontales y la salud sistémica.Sin embargo, aunque estén pendientes de nuevos datos, los clínicos deben aplicar tanto las intervenciones preventivas como terapéuticas del modo en que han sido estudiadas.

Diagnóstico

El diagnóstico es la conclusión diferenciada que define el estado de salud y de enfermedad y las etapas en la historia natural, entre ellas la prepatogénica de un individuo o de una comunidad. (Bordoni N.,1999)

Para realizar un diagnóstico etiológico es necesario incluir no solo el examen clínico, sino también un análisis de los factores asociados a la patogenia (Agente y medio), así como un diagnóstico del medio social y físico y de la atención de salud del paciente.(Bordoni N.,1999).

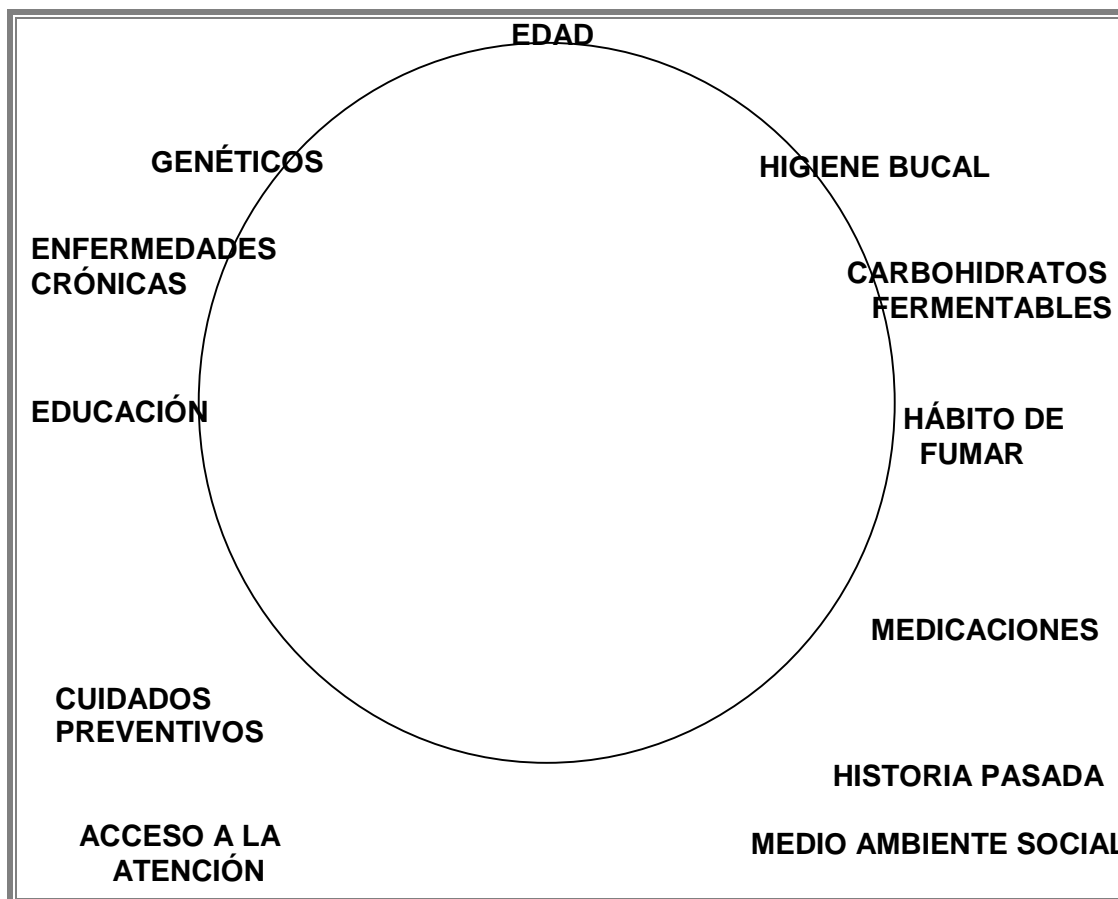
El enfoque de riesgo es el método de trabajo en el cuidado de la salud de las personas, familias y las comunidades basado en el concepto de riesgo y depende de la interacción de factores que figuran a continuación:

Enfoque de riesgo



Numerosos factores de riesgo se han asociado a caries dental y enfermedades gingivo-periodontales (Bordoni N.,1999; Page, R.C.,1997; Axelsson P.,1999) .

Factores de riesgo asociados con caries dental y enfermedades gingivo-periodontales



Adaptado de Axelsson P.,1999.

De acuerdo al siguiente orden, los pacientes son introducidos en programas de atención clínica. (Axelsson P.,1999; Piovano S.,1999 a.)

1. Historia médica y odontológica
2. Historia de factores de estilo de vida (Dieta, cigarrillo, cuidados de salud) y medio ambiente social (Educación, trabajo, familia, deportes, etc.).
3. Registro de placa
4. Registros gingivoperiodontales
5. Registro dentario
6. Estudio radiográfico
7. Estudios de laboratorio: Recuento o niveles de *Streptococcus "grupo mutans"*, Lactobacilos, Medición de flujo salival y capacidad buffer de saliva.

Detección y/o categorización de niveles de periodontopatógenos:
Actinobacillus actinomycetemcomitans, *Porphyromonas gingivalis*,
Prevotella intermedia/nigrescens).

8. Clasificación del nivel de riesgo
9. Tratamiento intensivo inicial
10. Evaluación
11. Período de mantenimiento
12. Reexaminación y terapia de apoyo

2. Evidencia científica

2.1. Evidencia referida al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades gingivo-periodontales

Las Declaraciones	La Evidencia
Hay evidencia para recomendar el cepillo dental correctamente dirigido e hilo dental en la prevención de gingivitis en adultos y niños	Ismail AI, Lewis DW. Periodic health examination, 1993 update: 3. Periodontal diseases classification, diagnosis, risk factors and prevention. <i>Canadian Medical Association Journal</i> 1993; 149(10) : 1409-1422
La etiología primaria de las enfermedades gingivo-periodontales es el biofilm de placa dental	Caton JG, Quinones CR. Etiology of periodontal diseases. <i>Current Opinion in Dentistry</i> 1991; 1 :17-28
Controlar o abandonar el hábito de fumar reducirá la enfermedad periodontal.	Ismail AI, Lewis DW. Periodic health examination, 1993 update: 3. Periodontal diseases classification, diagnosis, risk factors and prevention. <i>Canadian Medical Association Journal</i> 1993; 149 (10) : 1409-1422
Hay suficiente evidencia para recomendar uso de enjuagues de gluconato de clorhexidine al 0,12%- 0,2% por un período corto como adyuvante en el tratamiento de gingivitis y periodontitis.	Ismail AI, Lewis DW. Periodic health examination, 1993 update: 3. Periodontal diseases classification, diagnosis, risk factors and prevention. <i>Canadian Medical Association Journal</i> 1993; 149 (10) : 1409-1422 Adams D, Addy M. Mouthrinses. <i>Advances in Dental Research</i> 1994; 8 (2) : 291-301
Programas comunitarios basados en programas de educación para la salud, mejoran la salud gingival.	Sprod A J, Anderson R, Treasure E T. Literature Review. Health Promotion Wales Technical Report 20. 1996 Kay EJ, Locker D. Is dental education effective? A systematic review of current evidence. <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> 1996; 24(4) : 231-235

<p>Están disponibles los métodos de diagnóstico del estado de salud-enfermedad gingivoperiodontal .</p>	<p>Faculty of Dental Surgery. National Clinical Guidelines 1997. London: Royal College of Surgeons, 1997</p>
<p>El intervalo de la recitación para el examen periodontal, difiere entre los pacientes según el estado de higiene oral, la severidad de gingivitis, el nivel de inserción clínica periodontal y otros factores de riesgo.</p>	<p>Ismail AI, Lewis DW. Periodic health examination, 1993 update: 3. Periodontal diseases classification, diagnosis, risk factors and prevention. <i>Canadian Medical Association Journal</i> 1993; 149 (10): 1409-1422</p>
<p>Generalmente no se recomiendan los antibióticos para el tratamiento de gingivitis o periodontitis.</p> <p>Sin embargo, en infecciones como enfermedades periodontales ulceronecrotizantes, el absceso periodontal y las periodontitis agresivas puede estar indicado su administración</p>	<p>Ismail AI, Lewis DW. Periodic health examination, 1993 update: 3. Periodontal diseases classification, diagnosis, risk factors and prevention. <i>Canadian Medical Association Journal</i> 1993; 149 (10): 1409-1422</p> <p>Rams TE, Slots J. Antibiotics in periodontal therapy: an update. <i>Compendium of Continuing Education in Dentistry</i>; XIII (12): 1130-1145</p> <p>Van Winkelhoff AJ, Rams TE, Slots J. Systemic antibiotic therapy in periodontics. <i>Periodontology</i> 2000 1996; 10: 45-78</p>

Adaptado de Glenn T. Health Evidence. Bulletins Wales. Oral health. [http:// www. Hebw.uwcm.ac.uk./oralhealth](http://www.Hebw.uwcm.ac.uk/oralhealth). Chapter 1 and 2.

Los estudios referidos al tratamiento gingivo-periodontal muestran la efectividad de las medidas que se describen a continuación

Categoría de Tratamiento	Tratamiento	Potencia	Debilidad	Tipo Evidencia
<p>Tratamiento Mecánico utilizado en el tratamiento de gingivitis y periodontitis</p>	<p>R y AR con instrumentos manuales</p> <p>R y AR con instrumentos sónicos y ultrasónicos</p>	<p>Decrece la inflamación gingival entre 40 y 60 %</p> <p>Disminuye P.S.</p> <p>Mantiene o mejora el N.I.</p>		<p>Numerosos Estudios Longitudinales Cohorte y E.C.C</p>
<p>Control químico con colutorios o pastas</p>	<p>Clorhexidina</p> <p>Triclosan - copolímero</p> <p>Aceites esenciales</p>	<p>Reducción significativa de placa e inflamación gingival</p>	<p>No tiene evidencias de beneficios a largo plazo en Periodontitis excepto ser adyuvante en el control de la infección supragingival</p>	<p>E.C.C. Estudios a doble ciego</p>

Categoría de Tratamiento	Tratamiento	Potencia	Debilidad	Tipo de Evidencia
Antimicrobianos de liberación controlada	Sistemas reabsorbibles o no reabsorbibles colocados dentro de la bolsa periodontal.	Utilizado como adyuvantes de R y AR: Disminución P.S. Disminución S.S.	Unos pocos estudios han descrito alergia, eritema y muy raramente desarrollo de <i>Candida</i>	E.C.C. Estudios a doble ciego
Antimicrobianos sistémicos	Tetraciclina Metronidazol Clindamicina Espiramicina Combinación Metro - Amoxicilina	Utilizado en el tratamiento de periodontitis agresiva	No indicado en gingivitis No indicado en periodontitis crónica	Riesgo-beneficio Estudios clinicos Doble ciego Longitudinales

R y AR: Raspaje y Alisado Radicular. P.S.: Profundidad al sondaje. NI: Nivel de inserción. S.S.: Sangrado al sondaje. E.C.C.: Estudios Clínicos Controlados

Adaptado de Jeffcoat M.K. et al,1997

2.2. Evidencia referida al diagnóstico, tratamiento y prevención de caries dental

Las Declaraciones	La Evidencia
<p>Las pastas dentífricas con fluoruro son eficaces en la prevención de caries.</p>	<p>Stephen KW. Dentifrices: recent clinical findings and implications for use. <i>International Dental Journal</i> 1993; 43 (6 suppl.1): 549-553</p> <p>Stephen KW. Fluoride toothpastes, rinses and tablets. <i>Advances in Dental Research</i> 1994;8 (2): 185-189</p> <p>Johnson MF. Comparative efficacy of NaF and SMFP dentifrices in caries prevention: a meta-analytic overview. <i>Caries Research</i> 1993; 27: 328-336</p> <p>Stookey GK, DePada PF, Featherstone JDB <i>et al.</i> A Critical review of the relative anticaries efficacy of sodium fluoride and sodium monofluorophosphate dentifrices. <i>Caries Research</i> 1993; 27: 337-360</p>
<p>El fluoruro de sodio se recomienda como elemento activo en los dentífricos.</p>	<p>Johnson MF. Comparative efficacy of NaF and SMFP dentifrices in caries prevention: a meta-analytic overview. <i>Caries Research</i> 1993; 27: 328-336</p> <p>Stookey GK, DePada PF, Featherstone JDB <i>et al.</i> A critical review of the relative anticaries efficacy of sodium fluoride and sodium monofluorophosphate dentifrices. <i>Caries Research</i> 1993; 27: 337-360</p>
<p>Los barnices del fluoruro reducen caries dental y se recomiendan particularmente para el grupo de pacientes considerado de necesidades especiales.(moderado y alto riesgo)</p>	<p>Helfeustein U, Steiner M. Fluoride varnishes (Duraphat): a meta-analysis. <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> 1994; 22: 1-5</p> <p>Oral Health. Protocol for Investment in Health Gain. Welsh Health Planning Forum. Cardiff: Welsh Office NHS Directorate, November 1992</p>
<p>El fluoruro indicado para el hogar (enjuagatorios y geles) es un adyuvante en la reducción de caries dental y se recomienda para el grupos de moderado y alto riesgo</p>	<p>Stephen KW. Fluoride toothpastes, rinses and tablets. <i>Advances in Dental Research</i> 1994;8 (2): 185-189</p> <p>Oral Health. Protocol for Investment in Health Gain. Welsh Health Planning Forum. Cardiff: Welsh Office NHS Directorate, November 1992</p>
<p>Una reducción en el azúcar en la dieta está asociada con reducción en el incremento de caries</p>	<p>Rugg-Gunn AJ. Nutrition and dental health. Chapter. 6. Dental caries - the role of dietary sugars. Oxford: Oxford University Press,</p>

	1993 pp. 113-193
Sustitutos de azúcar pueden resultar beneficiosos en la reducción de caries dental.	Birkhed D. Cariologic aspects of xylitol and its use in chewing gum: A review. <i>Acta Odontologica Scandinavica</i> 1994; 52 : 116 - 127 Isogangas P, M,, kinen KK, Tiekso J, Alanen P. Long-term effect of xylitol chewing gum in the prevention of dental caries: a follow-up 5 years after termination of a prevention program. <i>Caries Research</i> 1993; 27 : 495 - 498
La promoción de salud oral es más eficaz cuando se establecen medidas educativas de acuerdo a las necesidades de los pacientes y cuando el ambiente social y físico es considerado.	Sprod AJ, Anderson R, Treasure ET. Effective Oral Health Promotion. Literature review. Technical Report 20. Cardiff: Health Promotion Wales, 1996
Los sellantes de fosas y fisuras son eficaces para prevenir caries dental.	Llodra JC, Bravo M, Delgado-Rodriguez M, Baca P, Galvez R. Factors influencing the effectiveness of sealants - a meta-analysis. <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> 1993; 21(5) : 261-8 Ripa LW Sealants revisited: an update of the effectiveness of pit-and-fissure sealants. <i>Caries Research</i> 1993; 27(Suppl 1) : 77-82
Los criterios de prevención de caries dental en los niños están disponibles.	Faculty of Dental Surgery. National Clinical Guidelines 1997. London: Royal College of Surgeons, 1997
El examen clínico regular se recomienda para el descubrimiento temprano de caries. Las radiografías están indicadas para observar las caries no visibles en el examen clínico. El intervalo entre los sucesivos exámenes clínicos y los estudios radiográficos varían según la susceptibilidad individual.(nivel de riesgo)	Angmar-Mansson B, ten Bosch JJ. Advances in methods for diagnosing coronal caries - a review. <i>Advances in Dental Research</i> 1993; 7(2) : 70-79 Jendresen MD, Allen EP, Bayne SC, Donovan TE, Hansson TL, Klooster J, John CK. Annual review of selected dental literature: report of the Committee on Scientific Investigation of the American Academy of Restorative Dentistry. <i>Journal of Prosthetic Dentistry</i> 1994; 72 : 39-77
El examen clínico regular y radiografías se recomienda para el cuidado continuo de la dentición restaurada	Oral Health. Protocol for Investment in Health Gain. Welsh Health Planning Forum. Cardiff: Welsh Office NHS Directorate, November 1992
El examen dentario es visual y táctil. Nuevos métodos de diagnóstico caries están en desarrollo.	Oral Health. Protocol for Investment in Health Gain. Welsh Health Planning Forum. Cardiff: Welsh Office NHS Directorate,

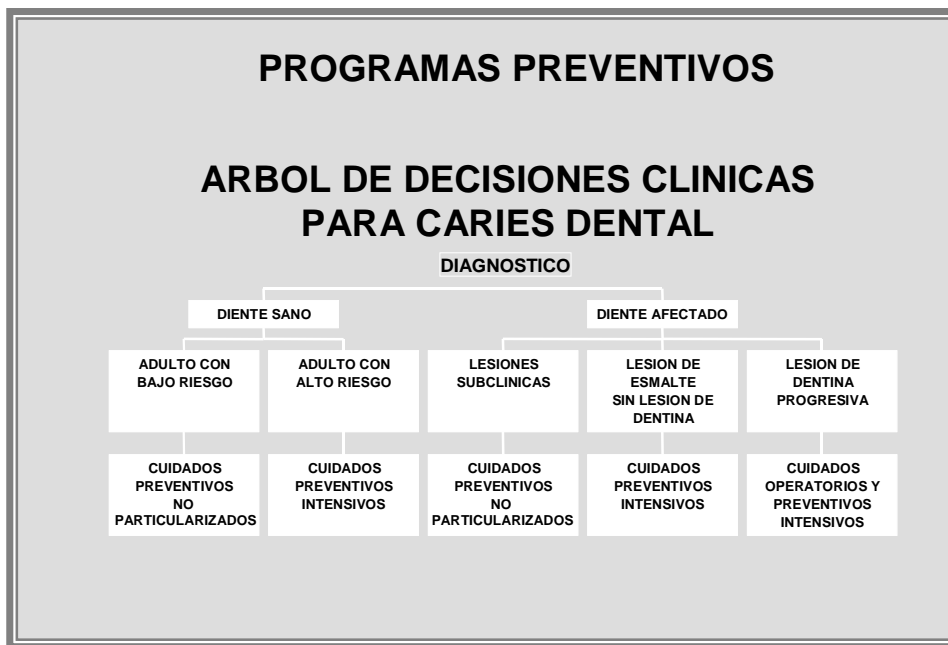
	November 1992 Angmar-Mansson B, ten Bosch JJ. Advances in methods for diagnosing coronal caries - a review. <i>Advances in Dental Research</i> 1993; 7(2) : 70-79
El diagnóstico de caries proximales puede mejorar utilizando transiluminación con fibra-óptica o el método de separación lenta.	Verdonschot EH, Bronkhorst EM, Wenzel A. Approximal caries diagnosis using fiber-optic transillumination: a mathematical adjustment to improve validity. <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> 1991; 19 : 329-32 Angmar-Mansson B, ten Bosch JJ. Advances in methods for diagnosing coronal caries - a review. <i>Advances in Dental Research</i> 1993; 7(2) : 70-79

Adaptado de Glenn T. Health Evidence. Bulletins Wales. Oral health.[http:// www. Hebw.uwcm.ac.uk./oralhealth](http://www.Hebw.uwcm.ac.uk/oralhealth).Chapter 1 and 2.

Los programas preventivos presentan un arbol de decisiones clínicas dependiendo del estado dentario y gingivo-periodontal como la consideración de los factores de riesgo.(Bordoni N.,1999)

Según el estado dentario y gingivoperiodontal se puede establecer un arbol de decisiones clínicas:





Bordoni N., Comunicación Personal

3.- Medidas de control de la infección dentro de las prácticas clínicas referidas a enfermedades asociadas a la placa dental

3.1.-Intervención: sesión de consulta y diagnóstico

Indicaciones: Incluye a todos los pacientes.

Ventajas: Posibilita reconocer factores de riesgo biológicos, de estilo de vida, medicaciones y estado de salud- enfermedad bucal.

	TAREA	ASISTENTE	ODONTÓLOGO
	ANTES DE COMENZAR LA CONSULTA DIARIA PREPARAR SOLUCIÓN ENZIMÁTICA EN RECIPIENTE “ AD HOC” O EN EL RECIPIENTE DEL ULTRASONIDO		
1	LAVADO DE MANOS	X	X
	COLOCACIÓN DE BARBIJO, ANTEOJOS, GUANTES y SOBREGUANTES	X	

2	<p>TRATAMIENTO INTERIOR DE MANGUERAS</p> <p>DESINFECCIÓN SUPPERFICIES DE TRABAJO DESCARTAR SOBREGUANTES</p> <p>COLOCACIÓN DE NUEVOS SOBREGUANTES. COLOCA COBERTURAS (SILLÓN, TUBO, DISPARADOR Y LLAVE DE APARATO DE RAYOS, ASA Y PARTE ACTIVA DE LÁMPARA. MANGUERAS, PICO JERINGA TRIPLE, ETC)</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	
3	<p>CONFECCIÓN HISTORIA MÉDICA, ODONTOLÓGICA Y DE DIETA</p>		<p>X (SI SE REALIZA EN ESCRITORIO). ES CONVENIENTE REALIZARLA FUERA DEL SILLÓN</p>
4	<p>PREPARACIÓN DE LA MESA: COLOCA ELEMENTOS DE UN SOLO USO: COMPRESA, CONTENEDORES DE RESIDUOS, , COLOCA EYECTOR Y VASO CON 10 ml DE SOLUCIÓN DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 0,12 %</p>	<p>X</p> <p>X</p>	
	<p>COLOCACIÓN DE BARBIJO Y ANTEOJOS</p> <p>HIGIENE DE MANOS Y COLOCACIÓN DE GUANTES</p>		<p>X</p> <p>X</p>
<p>A partir de este momento, el odontólogo se circunscribe al campo de la boca del paciente y la mesa de trabajo. Cualquier otra acción fuera de ese campo, se coloca sobreguantes</p>			

5	<p>APERTURA DE LOS SOBRES CON BANDEJA E INSTRUMENTAL(PINZA, ESPEJO, EXPLORADOR, SONDA PERIODONTAL)</p> <p>APERTURA SOBRE CON BAJALENGUAS (ESTERILIZADO EN UNIDOSIS)</p> <p>APERTURA SOBRES CON GASA Y ROLLOS DE ALGODÓN (PREPARADOS SEPARADAMENTE)</p> <p>COLOCA PASTILLA REVELADORA EN VASO DAPPEN</p> <p>COLOCA EN MESA AUXILIAR PELÍCULA RADIOGRÁFICA (CUBIERTA CON FILM DE POLIETILENO)</p> <p>SI SE PREVEE TOMAR IMPRESIONES: COLOCA EN MESA AUXILIAR: TAZA DE GOMA ALGINATO, ESPÁTULA, CUBETAS (DE ACERO INOXIDABLE) Y MEDIDOR CON AGUA</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	
LOS ENVOLTORIOS SE DESCARTAN EN BOLSA NEGRA			
6	<p>COLOCA BABERO</p> <p>INDICA REALIZAR ENJUAGATORIO CON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA</p> <p>COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN PARA EXAMEN</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	
7	EXAMEN ESTOMATOLÓGICO	<p>X</p> <p>TRANSCRIBE EN HISTORIA</p>	<p>X EXAMINA CON GASA, BAJALENGUAS, ESPEJO BUCAL. DICTA</p>
8	REGISTRO DE PLACA	XTRANSCRIBE	<p>X TOMA PASTILLA DEL VASO DAPPEN SE LA ADMINISTRA AL PACIENTE, LE INDICA COMO DISOLVERLA,</p>

			VISUALIZA, DICTA
9	EXAMEN GINGIVOPERIODONTAL	X COLOCA EYECTOR TRANSCRIBE EN FICHA	X TOMA INSTRUMENTAL, EXAMINA Y DICTA
10	ENSEÑANZA DE HIGIENE (SI AL PACIENTE SE LE INDICÓ TRAER CEPILLO DENTAL)	X ENTREGA ESPEJO DE MANO	X RETIRA EYECTOR. INDICA POSICIONES DE CEPILLO EN LA BOCA DEL PACIENTE, EL PACIENTE REALIZA LA HIGIENE SEGÚN INSTRUCCIONES.
SI AL PACIENTE NO SE LE INDICÓ TRAER CEPILLO DENTAL, ÉSTA PRÁCTICA SE REALIZA SOBRE MACROMODELO AL FINAL DE LA SESIÓN			
11	EXAMEN DENTARIO SI NO SE CUENTA CON LUPA BINOCULAR (SI HAY CÁLCULO, ELIMINARLO PREVIAMENTE CON CAVITADOR)	X COLOCA LUPA BINOCULAR AL ODONTÓLOGO. COLOCA EYECTOR. SECA CON AIRE DE JERINGA TRIPLE X TRANSCRIBE EN FICHA X TRANSCRIBE EN FICHA X COLOCA INSERTO	X SECA, EXAMINA (EXAMEN VISUAL), DICTA X EXAMEN VISUAL EN SUPERFICIES LIBRES. EXPLORACIÓN SUAVE DE SUPERFICIES OCLUSALES CON EXPLORADOR (LO TOMA DE LA BANDEJA).DICTA. X ACCIONA CAVITADOR Y ELIMINA CÁLCULO. SECA Y REALIZA EXAMEN DENTARIO.

<p>12</p>	<p>SI SE REQUIERE REALIZAR ESTUDIO RADIOGRÁFICO</p>	<p>X BUSCA PELÍCULA CUBIERTA CON FILM DE POLIETILENO Y LA COLOCA SOBRE LA MESA</p> <p>X DISPARA</p> <p>X COLOCA SOBREGUANE S REVELA.</p>	<p>X COLOCA LA PELÍCULA EN LA BOCA DEL PACIENTE, SE COLOCA SOBREGUANTES, TOMA EL TUBO DEL APARATO DE RAYOS Y LO UBICA SEGÚN PIEZA DENTARIA A RADIOGRAFIAR.</p> <p>X RETIRA PELÍCULA RETIRA FILM. DESCARTA SOBREGUANTES</p> <p>X COLOCA SOBREGUANTES.</p> <p>INTERPRETA</p>
<p>13</p>	<p>SI SE REQUIERE REALIZAR MODELO DE ESTUDIO</p>	<p>X PREPARA PASTA DE IMPRESIÓN, CARGA CUBETA DE IMPRESIÓN, ENTREGA</p>	<p>X TOMA IMPRESIÓN</p>
<p>14</p>	<p>SI AL PACIENTE NO SE LE INDICÓ TRAER ELEMENTOS DE HIGIENE BUCAL</p> <p>RETIRO DE GUANTES, BARBIJO Y ANTEOJOS</p>	<p>X ALCANZA MACROMODELO Y CEPILLO</p>	<p>X CON LOS SOBREGUANTES COLOCADOS SOBRE MACROMODELO INDICA POSICIONES DE CEPILLO</p> <p>ASIMISMO INDICARÁ LOS ELEMENTOS DE HIGIENE (CEPILLO DENTAL Y ELEMENTOS INTERDENTALES QUE DEBERÁ TRAER LA SESIÓN PRÓXIMA</p> <p>X</p>

OBSERVACIONES: Si el odontólogo considera conveniente mejorar la interpretación de los niveles de riesgo/actividad cariogénico y/o periodontal podrá realizar estudios de laboratorio:

Para cariología: recuento o niveles de *Streptococcus* “grupo *mutans*”, Lactobacilos, medición de flujo salival y capacidad buffer de saliva.

Para enfermedades gingivo-periodontales: Detección y/o categorización de niveles de periodontopatógenos: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia/nigrescens*)

La toma de muestra se realizará en la próxima sesión, antes de indicar el enjuagatorio con antiséptico.

Para la toma de muestra y envío al laboratorio consultar Piovano S.(a y b),1999.

3.2. Intervención: refuerzo educacional y control condicionantes de placa

Refuerzo educacional

Indicaciones: Incluye a todos los pacientes.

Ventajas: Ayuda al paciente a asumir responsabilidad sobre su salud bucal y provee conocimientos y destrezas para mantener salud.

Limitaciones: Requiere modificación de la conducta por parte del paciente, y un tiempo significativo y hábiles consejos por parte del profesional.(ADA,1995)

Control de condicionantes de placa

Los pacientes con cálculo supragingival, obturaciones desbordantes.

Ventaja: Facilita la remoción del biofilm de placa

Consideraciones: Debe ir acompañado de enseñanza y evaluación de técnica de higiene bucal

	TAREA	ASISTENTE	ODONTÓLOGO
ANTES DE COMENZAR LA CONSULTA DIARIA PREPARAR SOLUCIÓN ENZIMÁTICA EN RECIPIENTE “ AD HOC” O EN EL RECIPIENTE DEL ULTRANONIDOX			
1	LAVADO DE MANOS	X	X
	COLOCA BARBIJO, ANTEOJO SOBREGUANTES	X	
2	TRATAMIENTO INTERIOR DE MANGUERA DESINFECCIÓN SUPERFICIES [] TRABAJO DESCARTAR SOBREGUANTES	X X	
	COLOCA NUEVO SOBREGUANTE COLOCA COBERTURAS (SILLÓN, APARATO DE RAYOS, ASA, LLAVE PARTE ACTIVA DE LÁMPARA., ASA FOCO DE LUZ, MANGUERAS, PIC JERINGA TRIPLE, ETC.)		
3	PREPARACIÓN MESA: COLOCA ELEMENTOS DE UN SOLO USO COMPRESA, CONTENEDORES DE RESIDUOS, COLOCA EYECTOR Y VASO CON 10 ml D SOLUCIÓN DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 0, %	X X	
	COLOCACIÓN DE BARBIJO Y ANTEOJOS HIGIENE DE MANOS. COLOCACIÓN D GUANTES		X X
A partir de este momento, el odontólogo se circunscribe al campo de la boca del paciente y la mesa de trabajo. Cualquier otra acción fuera de ese campo, se coloca sobreguantes			

4	<p>APERTURA DE LOS SOBRES CON BANDEJA E INSTRUMENTAL</p> <p>APERTURA SOBRES CON GASA Y ROLLOS DE ALGODÓN (ESTERILIZADOS EN PAQUETES SEPARADOS. LOS PAUETES CONTENDRAN 6 A 10 ROLLOS DE ALGODÓN, 20-25 TROZOS DE GASA 5 X 5 cm)</p> <p>APERTURA DE SOBRES CON PUNTAS DE CAVITADOR</p> <p>APERTURA SOBRES CON PIEDRAS Y FRESAS</p> <p>COLOCA PASTILLA REVELADORA EN VASO DAPPEN</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	
<p>LOS ENVOLTORIOS SE DESCARTAN EN BOLSA NEGRA</p>			
5	<p>COLOCA BABERO</p> <p>INDICA REALIZAR ENJUAGATORIO CON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 0,12 %</p> <p>COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	
6	<p>REGISTRO DE PLACA (SI SE REALIZA EN EL SILLÓN)</p>	<p>X ENTREGA ESPEJO DE MANO</p> <p>X TRANSCRIBE</p>	<p>X TOMA PASTILLA REVELADORA DEL VASO DAPPEN SE LA ADMINISTRA AL PACIENTE, LE INDICA COMO DISOLVERLA, VISUALIZA DICTA</p> <p>X REFUERZA TÉCNICA DE HIGIENE CON CEPILLO Y ENSEÑA Y EVALÚA USO DE ELEMENTOS INTERDENTALES</p>
7	<p>CONTROL CONDICIONANTES DE PLACA</p>	<p>X COLOCA EYECTOR DE ALTA POTENCIA</p> <p>COLOCA PUNTAS CAVITADOR</p> <p>X COLOCA</p>	<p>X ACCIONA EL CAVITADOR</p> <p>X ACCIONA MICROMOTOR</p> <p>X RETIRA GUANTES BARBIJO Y ANTEOJOS</p>

		FRESAS Y PIEDRAS PARA PULIR	
<p>SI EL PACIENTE PRESENTA BAJO RIESGO CARIOGÉNICO Y GINGIVO-PERIODONTAL EN ESTA SESIÓN SE PUEDE REALIZAR LA APLICACIÓN TÓPICA CON FLUOR FOSFATO ACIDULADO O BARNIZ DE FLUOR</p> <p>SI EL PACIENTE PRESENTA ALTO RIESGO CARIOGÉNICO CON ACTIVIDAD Y CAVIDADES ABIERTAS SE PROCEDE A LA INACTIVACIÓN DE CARIES</p>			
8	INDICACIONES DESPEDIDA		X SIN E.P.I. X SIN E.P.I.
9	ACONDICIONAMIENTO DE MATERIALES INSTRUMENTAL Y SUPERFICIES NUEVO TURNO O INDICACIONES PARA LA RECITACIÓN	<p>X COLOCA INSTRUMENTAL Y MATERIAL RECUPERABLE EN SOLUCIÓN ENZIMÁTICA X DESCARTA INSTRUMENTAL Y MATERIAL DE UN SOLO USO (EN BOLSA ROJA) X SIN E.P.I.. X COLOCA SOBREGUANTE S. LIMPIA Y DESINFECTA ANTEOJOS. DEL OPERADOR Y EL PROPIO RETIRA SOBREGUANTE S.</p>	
<p>EN ESTE MOMENTO REPITE LOS PUNTOS 1, 2.y 3</p>			

3.3. Intervención: aplicación profesional de fluoruros de elevada concentración

Indicaciones: Todos los pacientes especialmente los de moderado y alto riesgo de caries de corona o raíz.

Consideraciones: La frecuencia dependerá del riesgo cariogénico. En pacientes con alto riesgo cariogénico se realiza aplicación de gel con cubetas durante 4 minutos de FFA al 1,23%, 12300 ppm, cada 3 meses, o aplicación de barniz de FNa al 5% (22600 ppm) con la misma frecuencia. (ADA, 1995; Newbrun E., 2001)

En pacientes con moderado y alto riesgo cariogénico se indica además gel de FNa o FFA (1,1%, 5000 ppm) o enjuagatorios de FNa (0,05%, 225 ppm) para el hogar. (Especialmente indicados en aquellos pacientes que toman medicaciones que disminuyen el flujo salival, los que inician o están en tratamiento de ortodoncia), además de pastas dentífricas que son indicadas a todos los pacientes. (ADA, 1995; Newbrun E., 2001)

En pacientes portadores de carillas de porcelana o coronas está indicado aplicar FNa neutro. (ADA, 1995; Newbrun E., 2001)

	TAREA	ASISTENTE	ODONTÓLOGO
ANTES DE COMENZAR LA CONSULTA DIARIA PREPARAR SOLUCIÓN ENZIMÁTICA EN RECIPIENTE " AD HOC" O EN EL RECIPIENTE DEL ULTRANONIDO			
1	LAVADO DE MANOS	X	X
	COLOCACIÓN DE BARBIJO ANTEOJOS, SOBREGUANTES	X	
2	TRATAMIENTO INTERIOR DE MANGUERAS	X	
		X	
	DESINFECCIÓN SUPERFICIES DE TRABAJO DESCARTA SOBREGUANTES	X	
	COLOCA NUEVO SOBREGUANTES COLOCA COBERTURAS (SILLÓN, APARATO DE RAYOS LÁMPARA., ASA FOCO DE LUZ, MANGUERAS, PICO JERINGA TRIPLE ETC.)		

3	PREPARACIÓN MESA: COLOCACIÓN DE ELEMENTOS DE UN SOLO USO: COMPRESA, CONTENEDORES DE RESIDUOS, COLOCAYECTOR Y VASO CON 10 ml DE SOLUCIÓN DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 0,12 %	X	
	COLOCACIÓN DE BARBIJO Y ANTEOJOS HIGIENE DE MANOS. COLOCACIÓN DE GUANTES		X X
<p>A partir de este momento, el odontólogo se circunscribe al campo de la boca del paciente y la mesa de trabajo.. Cualquier otra acción fuera de ese campo, se coloca sobreguantes</p>			
4	APERTURA DE LOS SOBRES CON BANDEJA E INSTRUMENTAL	X	
	APERTURA SOBRES CON GASA Y ROLLOS DE ALGODÓN (ESTERILIZADOS EN FORMA SEPARADA)	X	
	COLOCA TACITA DE GOMAY BROCHITA	X	
	APERTURA SOBRES CON CUBETAS PARA FLUOR Ó PREPARA CARTUCHO CON BARNIZ Y AGUJA (EN ESTE CASO REALIZA APERTURA DE SOBRE CON JERINGA CARPULE, ESTERILIZADA EN UNIDOSIS Y POSICIONA EL CARTUCHO DE BARNIZ Y LA AGUJA) O PREPARA PINCEL	X	
	COLOCA PASTA DE PULIR EN VASO DAPPEN	X	
	COLOCA PASTILLA REVELADORA EN VASO DAPPEN	X	
	COLOCA HILO DE SEDA DENTAL	X	
<p>LOS ENVOLTORIOS SE DESCARTAN EN BOLSA NEGRA</p>			

5	<p>COLOCA BABERO</p> <p>INDICA REALIZAR ENJUAGATORIO CON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA</p> <p>COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	
6	<p>REGISTRO DE PLACA</p>	<p>X ENTREGA ESPEJO DE MANO</p> <p>X TRANSCRIBE</p>	<p>X TOMA PASTILLA DEL VASO DAPPEN SE LA ADMINISTRA AL PACIENTE, LE INDICA COMO DISOLVERLA VISUALIZA. DICTA X REFUERZA TÉCNICA DE HIGIENE CON CEPILLO Y ELEMENTOS INTERDENTALES.</p>
7	<p>PULIDO SUPERFICIES DENTARIAS</p>	<p>X COLOCA TACITA DE GOMA EN MICROMOTOR</p>	<p>X ACCIONA MICROMOTOR CON TACITA Y PASTA DE PULIR</p> <p>X APLICA HILO CON PASTA DE PULIR POR ESPACIOS INTERDENTARIOS</p>
8	<p>ENJUAGUE</p>	<p>X CARGA VASO CON AGUA</p>	<p>X INDICA REALIZAR ENJUAGATORIO ENÉRGICO</p>
9	<p>APLICACIÓN TÓPICA ALTERNATIVAS:</p> <p>1) CON GEL</p> <p>2) CON BARNIZ</p>	<p>X SECA CON AIRE</p> <p>X CARGA CUBETA COLOCA EYECTOR CONECTADO A UN SUCTOR DE ALTA POTENCIA</p> <p>X SECA CON AIRE D JERINGA TRIPLE ENTREGA PINCEL VASO DAPPEN CON BARNIZ JERINGA, CON BARNIZ YAGUJ (YA ARMADO)</p> <p>X SECA CON AIRE D JERINGA TRIPLE</p>	<p>X COLOCA CUBETA EN LA BOCA DEL PACIENTE, DEJA EN CONTACTO 4 MINUTOS. RETIRA DEJA LAS CUBETAS SOBRE COMPRESA DE MESA DE TRABAJO</p> <p>X APLICA CONTORNEANDO TODAS LAS SUPERFICIES DENTARIAS (LA APLICACIÓN SE REALIZA POR HEMIARCADA).</p> <p>X APLICA EN LAS SIGUIENTES HEMIARCADAS</p> <p>X RETIRA GUANTES BARBIJO.y ANTEOJOS</p>

10	INDICACIONES DESPEDIDA		X SIN E.P.I. X SIN E.P.I.
11	<p>ACONDICIONAMIENTO MATERIALES, INSTRUMENTAL Y SUPERFICIES</p> <p>NUEVO TURNO O INDICACIONES PARA LA RECITACIÓN</p>	<p>X DESCARTA DE INSTRUMENTAL Y MATERIAL DE UN SOLO USO EN ESTA PRÁCTICA SE INCLUYEN LAS CUBETAS, Ó PINCEL Ó CARTUCHO DE BARNIZ NO UTILIZADO (EN BOLSA ROJA) X SI EL BARNIZ SE APLICÓ CON JERINGA, DESCARTA AGUJA EN RECIPIENTE RÍGIDO</p> <p>X COLOCA INSTRUMENTAL Y MATERIAL RECUPERABLE EN SOLUCIÓN ENZIMÁTICA</p> <p>X RETIRA SOBREGUANTES, BARBIJO y ANTEOJOS</p> <p>X SIN E.P.I..</p> <p>X COLOCA SOBREGUANTES. LIMPIA Y DESINFECTA ANTEOJOS. RETIRA SOBREGUANTES.</p>	
<p>EN ESTE MOMENTO REPITE LOS PUNTOS 1, 2 y 3.</p>			

3.4. Intervención: inactivación de caries

Indicaciones: Los pacientes con actividad y alto riesgo cariogénico

Ventaja: Inactiva nichos potenciales de reinfección. Debe ser considerada una acción en sí misma

Consideraciones: Debe ir acompañado de enseñanza y evaluación de técnica de higiene bucal. La inactivación se realiza antes de la aplicación tópica de fluoruros. Como adyuvante para el control de la infección es utilizado gluconato de clorhexidina en forma de colutorios(0,12%) o geles (1 %) indicados para el hogar o de aplicación supervisada en el consultorio. Los barnices (1 % o 10 %) son de aplicación profesional y la cantidad y frecuencia depende del riesgo. Cuando se indica enjuagatorios con gluconato de clorhexidina al 0,12% se recomienda realizarlos durante 30 segundos, 2 veces por día durante 30 días. Asimismo indicar que entre el enjuagatorio y la pasta dentífrica exista un intervalo no menor de 30 minutos.(ADA,1995)

	TAREA	ASISTENTE	ODONTÓLOGO
ANTES DE COMENZAR LA CONSULTA DIARIA PREPARAR SOLUCIÓN ENZIMÁTICA EN RECIPIENTE “ AD HOC” O EN EL RECIPIENTE DEL ULTRANONIDO			
1	LAVADO DE MANOS	X	X
	COLOCACIÓN DE BARBIJO ANTEOJOS, SOBREGUANTES	X	
2	TRATAMIENTO INTERIOR DE MANGUERAS	X	
	DESINFECCIÓN SUPPERFICIES DE TRABAJO	X	
	DESCARTA SOBREGUANTES		
	COLOCA NUEVO SOBREGUANTES		
	COLOCA COBERTURAS (SILLÓN, TUBO, DISPARADOR Y LLAVE DE APARATO DE RAYOS, ASA , MANGO Y PICO DE LÁMPARA MANGUERAS, PICO JERINGA TRIPLE ETC.)		

3	<p>PREPARACIÓN MESA: COLOCA ELEMENTOS DE UN SOLO USO: COMPRESA, CONTENEDORES DE RESIDUOS,</p> <p>COLOCA EYECTOR Y VASO CON 10 ml DE SOLUCIÓN DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 0,12 %</p>	<p>X</p> <p>X</p>	
	<p>COLOCACIÓN DE BARBIJO Y ANTEOJOS</p> <p>HIGIENE DE MANOS. COLOCACIÓN DE GUANTES</p>		<p>X</p> <p>X</p>
<p>A partir de este momento, el odontólogo se circunscribe al campo de la boca del paciente y la mesa de trabajo. Cualquier otra acción fuera de ese campo, se coloca sobreguantes</p>			
4	<p>APERTURA DE LOS SOBRES CON BANDEJA E INSTRUMENTAL</p>	<p>X</p> <p>X</p>	
	<p>APERTURA SOBRES CON GASAS TORUNDAS Y ROLLOS DE ALGODÓN. (ESTERILIZADOS EN PAQUETES SEPARADOS)</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	
	<p>APERTURA DE SOBRES CON ESCAVADORES DE DENTINA(ESTERILIZADOS EN UNIDOSIS)</p>	<p>X</p> <p>X</p>	
	<p>APERTURA SOBRES CON FRESAS C PIEDRAS PEQUEÑAS</p>		
	<p>COLOCA SOLUCIÓN DE CLORHEXIDINA AL 0,12 % EN VASO DAPPEN</p>		
	<p>COLOCA EN MESA AUXILIAR LOS ELEMENTOS PARA PREPARAR LA OBTURACIÓN (IONÓMERO O MATERIAL DE RESTAURACIÓN INTERMEDIA), ESPÁTULA Y LOSETA</p>		
	<p>COLOCA TURBINA Y MICROMOTOR</p>		
<p>LOS ENVOLTORIOS SE DESCARTAN EN BOLSA NEGRA</p>			

5	<p>COLOCA BABERO</p> <p>INDICA REALIZAR ENJUAGATORIO CON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 0,12%</p> <p>COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	
6	<p>REMOCIÓN DE DENTINA NECRÓTICA E INFECTADA</p>	<p>X COLOCA EYECTOR. ENTREGA DE MANO</p> <p>X TOMA UNA GASA LIMPIA ESCAVADOR. DESCARTA GASA. REPITE ESTA ACCIÓN CADA VEZ QUE EL ODONTÓLOGO RETIRA MATERIAL DE LA CAVIDAD</p> <p>X RETIRA SOBREGUANTES</p>	<p>X SELECCIONA CUADRANTE, AISLA CON ROLLOS DE ALGODÓN, SECA, TOMA ESCAVADOR, INTRODUCE EL INSTRUMENTO EN CADA CAVIDAD Y ELIMINA DENTINA NECRÓTICA E INFECTADA. CADA VEZ QUE RETIRA ESCAVADOR, LIMPIA EL CONTENIDO EN LA GASA QUE MANTIENE LA ASISTENTE</p>
7	<p>SI LA CAVIDAD ES CERRADA</p>	<p>X COLOCA SOBREGUANTES. NUEVOS, COLOCA FRESA Ó PIEDRA EN TURBINA</p> <p>X REPITE ACCIONES DESCRIPTAS EN PUNTO 6</p> <p>X RETIRA SOBREGUANTES</p>	<p>X ACCIONA TURBINA CON FRESA O PIEDRA (REALIZA APERTURA EN ESMALTE) CONTINUA CON ESCAVADOR DE DENTINA REPITIENDO ACCIONES DESCRIPTAS EN PUNTO 6</p> <p>X TOMA TORUNDA CON CLORHEXIDINA O TUBULICID (COLOCADOS EN VASO DAPPEN) FROTA CADA UNA DE LAS CAVIDADES. LAVA SECA</p>

8	COLOCACIÓN MATERIAL DE OBTURACIÓN	X COLOCA SOBREGUANTES NUEVOS. PREPARA MATERIAL EN MESA AUXILIAR, LO APOYA EN MESA DE TRABAJO	X TOMA ESPÁTULA, TOMA EL MATERIAL Y LO COLOCA EN LAS CAVIDADES. X RETIRA BARBIJO GUANTES Y ANTEOJOS. , LO APOYA EN LA MESA DE TRABAJO
9	INDICACIONES DESPEDIDA		X SIN E.P.I. X SIN E.P.I.
10	ACONDICIONAMIENTO INSTRUMENTAL Y SUPERFICIES NUEVO TURNO O INDICACIONES PARA LA RECITACIÓN	X DESCARTA EL INSTRUMENTAL Y MATERIAL DE UN SOLO USO (BOLSA ROJA) X COLOCA INSTRUMENTAL Y MATERIAL RECUPERABLE EN SOLUCIÓN ENZIMÁTICA X SIN E.P.I. X COLOCA SOBREGUANTES. LIMPIA Y DESINFECTA ANTEOJOS DEL OPERADOR Y EL SUYO .RETIRA SOBREGUANTES.	
EN ESTE MOMENTO REPITE LOS PUNTOS 1, 2 y 3.			

3.5. Intervención: selladores de fosas y fisuras

Indicaciones: Los pacientes con moderado y alto riesgo cariogénico que presentan características morfológicas de las fosas y fisuras que incrementan el riesgo de caries.

Ventaja: Es un método no invasivo

Consideraciones: Debe ir acompañado de enseñanza y evaluación de técnica de higiene bucal. La inactivación de caries se realiza simultáneamente a la aplicación de selladores .(ADA, 1995).

Una adecuada aislación y correcta técnica de aplicación son esenciales para la retención del sellante. .(ADA,1995).

	TAREA	ASISTENTE	ODONTÓLOGO
ANTES DE COMENZAR LA CONSULTA DIARIA PREPARAR SOLUCIÓN ENZIMÁTICA EN RECIPIENTE “ AD HOC” O EN EL RECIPIENTE DEL ULTRANONIDO			
1	LAVADO DE MANOS COLOCACIÓN DE BARBIJO ANTEOJOS, SOBREGUANTES	X X	X
2	TRATAMIENTO INTERIOR DE MANGUERAS DESINFECCIÓN SUPPERFICIES DE TRABAJO DESCARTA SOBREGUANTES COLOCA NUEVO SOBREGUANTES COLOCA COBERTURAS (SILLÓN, APARATO DE RAYOS, ASA FOCO DE LUZ, LÁMPARA. MANGUERAS, PICO JERINGA TRIPLE)	X X	
3	PREPARACIÓN MESA: COLOCA ELEMENTOS DE UN SOLO USO: COMPRESA, CONTENEDORES DE RESIDUOS, COLOCA EYECTOR Y VASO CON 10 ml DE SOLUCIÓN DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 0,12 %	X X	
	COLOCACIÓN DE BARBIJO Y ANTEOJOS HIGIENE DE MANOS. COLOCACIÓN DE GUANTES		X X
A partir de este momento, el odontólogo se circunscribe al campo de la boca del paciente y la mesa de trabajo. Cualquier otra acción fuera de ese campo, se coloca sobreguantes			

LOS ENVOLTORIOS SE DESCARTAN EN BOLSA NEGRA			
5	<p>COLOCA BABERO</p> <p>INDICA REALIZAR ENJUAGATORIO CON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 0,12% COLOCA AL PACIENTE EN POSICIÓN</p>	<p>X</p> <p>X</p>	
6	<p>AISLAMIENTO</p> <p>LIMPIEZA Y PULIDO</p> <p>GRABADO</p> <p>APLICACIÓN DE SELLADOR</p>	<p>X COLOCA EYECTOR. CONECTADO A UN SUCTOR DE ALTA POTENCIA</p> <p>X ENTREGA ESPEJO DE MANO</p> <p>X COLOCA BROCHITA EN MICROMOTOR ENTREGA PASTA DE PULIR</p> <p>X ENTREGA 1 PINCEL Y EL ÁCIDO GABADOR</p> <p>X ENTREGA PINCEL Y SELLADOR. (CONTENIDO EN VASO DAPPEN C LOSETA)</p> <p>X COLOCA PAPEL DE ARTICULAR EN MESA DE TRABAJO O SPRAY CUBIERTO CON FILM.</p>	<p>X SELECCIONA CUADRANTE, APLICA ANESTESIA DE SUPERFICIE, APLICA ANESTESIA INFILTRATIVA (EN EL CASO DE UTILIZAR CLAMPS)</p> <p>X TOMA ARCO Y LA GOMA APOYA SOBRE LA CARA, MARCA LAS PIEZAS DENTARIAS. TOMA PERFORADOR Y REALIZA LAS PERFORACIONES EN GOMA DIQUE. REALIZA AISLAMIENTO</p> <p>X COLOCA PASTA DE PULIR, ACCIONA MICROMOTOR, LAVA SECA. CON JERINGA TRIPLE.</p> <p>X TOMA PINCEL, SUMERGE EN EL ÁCIDO GRABADOR, PINCELA LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LAS PIEZAS DENTARIAS A SELLAR, ESPERA EL TIEMPO ESTABLECIDO, LAVA Y SECA CON JERINGA TRIPLE</p> <p>X TOMA PINCEL, SUMERGE EN EL SELLADOR, APLICA</p> <p>X APLICA LÁMPARA DE FOTOCURADO (CON FILM DE PROTECCIÓN)</p> <p>X RETIRA AISLACIÓN</p>

			<p>X CONTROLA OCLUSIÓN</p> <p>X RETIRA BARBIJO</p> <p>GUANTES Y ANTEOJOS. ,</p> <p>LO APOYA EN LA MESA DE</p> <p>TRABAJO</p>
	<p>EN CASO DE PEQUEÑAS</p> <p>CAVIDADES</p> <p>TALLADO</p> <p>LIMPIEZA</p> <p>OBTURACIÓN</p> <p>APLICACIÓN DE SELLADOR</p>	<p>X TOMA PIEDRA</p> <p>DIAMANTADA</p> <p>Y LA COLOCA EN</p> <p>TURBINA</p> <p>X ENTREGA</p> <p>TORUNDA</p> <p>EMBEBIDA</p> <p>CON SOLUCIÓN DE</p> <p>CLORHEXIDINA</p> <p>Ó TUBULICID</p> <p>X PREPARA</p> <p>ELEMENTOS</p> <p>PARA REALIZAR</p> <p>COMPOSITE</p> <p>(GRABADO,</p> <p>ADHESIVO,</p> <p>COMPOSITE) EN</p> <p>LOSETA. COLOCA</p> <p>2 PINCELES Y</p> <p>ESPÁTULA.</p> <p>X PREPARA</p> <p>ELEMENTOS PARA</p> <p>REALIZAR</p> <p>SELLADOR SEGÚN</p> <p>PUNTO 6.</p>	<p>X ELIMINA CARIES CON</p> <p>TURBINA (ELIMINAR SÓLO</p> <p>LA CARIES).</p> <p>X PASA TORUNDA POR LA</p> <p>CAVIDAD</p> <p>X APLICA GRABADO,</p> <p>LAVA, SECA. APLICA</p> <p>ADHESIVO,</p> <p>FOTOPOLIMERIZA. CON</p> <p>ESPÁTULA TOMA</p> <p>COMPOSITE, LO APLICA</p> <p>DENTRO DE LA CAVIDAD,</p> <p>CONDENSA,</p> <p>FOTOPOLIMERIZA</p> <p>X APLICA SELLADOR EN</p> <p>EL RESTO DE LOS</p> <p>SURCOS SEGÚN PUNTO</p> <p>6.</p>
7	<p>INDICACIONES</p> <p>DESPEDIDA</p>		<p>X SIN E.P.I.</p> <p>X SIN E.P.I.</p>

8	<p>ACONDICIONAMIENTO MATERIALES, INSTRUMENTAL Y SUPERFICIES</p> <p>NUEVO TURNO O INDICACIONES PARA LA RECITACIÓN</p>	<p>X DESCARTA DE INSTRUMENTAL Y MATERIAL DE UN SOLO USO</p> <p>X COLOCA INSTRUMENTAL Y MATERIAL RECUPERABLE EN SOLUCIÓN ENZIMÁTICA</p> <p>X RETIRA SOBREGUANTES, BARBIJO Y ANTEOJOS</p> <p>X SIN E.P.I.</p> <p>X COLOCA SOBREGUANTES LIMPIA Y DESINFECTA ANTEOJOS. DEL OPERADOR Y EL PROPIO. RETIRA SOBREGUANTES.</p>	
EN ESTE MOMENTO REPITE LOS PUNTOS 1,2 y 3.			

3.6. Intervención: raspaje y alisado radicular (ryar)

Indicaciones: Los pacientes con actividad y moderado y alto riesgo periodontal

Ventaja: Controla la microflora subgingival, cálculo subgingival y cemento infectado. Inactiva nichos potenciales de reinfección.

Consideraciones: Debe realizarse despues de la enseñanza y evaluación de técnica s de higiene bucal, control de condicionantes de placa y la inactivación de caries.

Ha sido sugerido realizar las sesiones de RyAR en el menor tiempo posible e indicar colutorios (0,12- 0,2%) y geles de clorhexidida (1%) durante el período de cicatrización. (Mongandini C.,1999)

Luego de realizar las sesiones de raspaje y alisado radicular debe ser realizada la topicación con fluorfosfato acidulado o fluoruro de sodio en barniz, especialmente en pacientes con cemento expuesto

	TAREA	ASISTENTE	ODONTÓLOGO
ANTES DE COMENZAR LA CONSULTA DIARIA PREPARAR SOLUCIÓN ENZIMÁTICA EN RECIPIENTE “ AD HOC” O EN EL RECIPIENTE DEL ULTRANONIDOX			
1	LAVADO DE MANOS COLOCA BARBIJO, ANTEOJOS, SOBREGUANTES	X X	
2	TRATAMIENTO INTERIOR DE MANGUERAS DESINFECCIÓN SUPERFICIES DE TRABAJO DESCARTA SOBREGUANTES COLOCA NUEVO SOBREGUANTES. COLOCA COBERTURAS (SILLÓN, APARATO DE RAYOS, LÁMPARA., MANGUERAS, PICO JERINGA TRIPLE)	X X X	
3	PREPARACIÓN MESA: COLOCA ELEMENTOS DE UN SOLO USO: COMPRESA, CONTENEDORES DE RESIDUOS, COLOCA EYECTOR Y VASO CON 10 ml DE SOLUCIÓN DE GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 0,12 %	X X	
	COLOCACIÓN DE BARBIJO Y ANTEOJO HIGIENE DE MANOS. COLOCACIÓN DE GUANTES		X X
A partir de este momento, el odontólogo se circunscribe al campo de la boca del paciente y la mesa. de trabajo. Cualquier otra acción fuera de ese campo, se coloca sobreguantes			

<p>4</p>	<p>APERTURA DE LOS SOBRES CON BANDEJA E INSTRUMENTAL(PINZA, ESPEJO EXPLORADOR, SONDA PERIODONTAL)</p> <p>APERTURA DE SOBRE CON JERINGA PARA ANESTESIA (ESTERILIZADO EN UNIDOSIS) COLOCA AGUJA Y ANESTUBO EN JERINGA PARA ANESTESIA</p> <p>APERTURA SOBRES CON GASA Y ROLLOS DE ALGODÓN</p> <p>APERTURA DE SOBRES CON PUNTAS DE CAVITADOR</p> <p>COLOCA PASTILLA REVELADORA EN VASO DAPPEN</p> <p>APERTURA SOBRE CON CURETAS PERIODONTALES (ACONDICIONADAS Y ESTERILIZADAS POR JUEGO)</p> <p>COLOCA SOLUCIÓN DE CLORHEXIDINA AL 0,12% EN VASO DAPPEN</p> <p>PREPARA UNA JERINGA CON SOLUCIÓN O GEL DE CLORHEXIDINA</p> <p>PREPARA Y COLOCA EN BANDEJA UN HISOPO CON ANESTESIA DE SUPERFICIE</p> <p>PREPARA PASTA DE PULIR EN VASO DAPPEN. COLOCA EN MESA AUXILIAR BROCHITA Y TACITA</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	
<p>LOS ENVOLTORIOS SE DESCARTAN EN BOLSA NEGRA</p>			
<p>5</p>	<p>COLOCA BABERO</p> <p>INDICA REALIZAR ENJUAGATORIO CON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA</p> <p>COLOCA AL PACIENTE EN</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	

	POSICIÓN		
6	REGISTRO DE PLACA	<p>X ENTREGA ESPEJO DE MANO</p> <p>X TRANSCRIBE</p>	<p>X TOMA PASTILLA DEL VASO DAPPEN SE LA ADMINISTRA AL PACIENTE, LE INDICA COMO DISOLVERLA VISUALIZA, DICTA REFUERZA TÉCNICA DE HIGIENE CON CEPILLO Y ELEMENTOS INTERDENTALES.</p>
7	<p>RASPAJE Y ALISADO RADICULAR</p> <p>SI SE OBSERVAN RESTAURACIONES DESBORDANTES</p> <p>PULIDO</p>	<p>X COLOCA EYECTOR CONECTADO A SUCTOR DE ALTA POTENCIA.</p> <p>X COLOCA INSERTOS CAVITADOR</p> <p>X COLOCA FRESAS Y PIEDRAS PARA PULIR</p> <p>X COLOCA BROCHITA Y TACITA</p>	<p>X SELECCIONA CUADRANTE O SEXTANTE</p> <p>X TOMA HISOPO CON ANESTESIA Y LO FROTA POR LA ZONA SELECCIONADA</p> <p>TOMA JERINGA Y REALIZA ANESTESIA</p> <p>IRRIGA LA ZONA SELECCIONADA CON LA SOLUCIÓN O GEL DE CLORHEXIDINA</p> <p>X ACCIONA EL CAVITADOR</p> <p>X TOMA CURETAS SEGÚN SITIO DE PIEZA DENTARIA, SUMERGE CURETA EN SOLUCIÓN DE CLORHEXIDINA, LLEVA CURETA AL SITIO.. REALIZA RASPJE. ASUCESIVAMENTE EN CADA SITIO DEL CUADRANTE O SEXTANTE</p> <p>X ACCIONA MICROMOTOR</p> <p>X ACCIONA MICROMOTOR Y PULE SUPERFICIES</p> <p>X RETIRA LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL(EPI)</p>
8	<p>INDICACIONES</p> <p>DESPEDIDA</p>		<p>X SIN E.P.I.</p> <p>X SIN E.P.I.</p>

<p>9</p>	<p>ACONDICIONAMIENTO MATERIALES, INSTRUMENTAL Y SUPERFICIES</p> <p>NUEVO TURNO O INDICACIONES PARA LA RECITACIÓN</p>	<p>X COLOCAR INSTRUMENTAL Y MATERIAL RECUPERABLE EN SOLUCIÓN ENZIMÁTICA X DESCARTAR INSTRUMENTAL Y MATERIAL DE UN SOLO USO (EN BOLSA ROJA)</p> <p>X RETIRAR SOBREGUANTES, BARBIJO Y ANTEOJOS X SIN E.P.I.</p> <p>X COLOCAR SOBREGUANTES LIMPIA Y DESINFECTAR ANTEOJOS. DEL OPERADOR Y EL PROPIO. RETIRAR SOBREGUANTES.</p>	
<p align="center">EN ESTE MOMENTO REPITE LOS PUNTOS 1, 2. y 3.</p>			

TRATAMIENTO DE LOS MATERIALES E INSTRUMENTAL MÁS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS DENTRO DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

ELEMENTOS DE UN SÓLO USO QUE SE DESCARTAN EN BOLSA ROJA:
 BABERO, BARBIJO, GUANTES, SOBREGUANTES, EYECTOR, COMPRESAS, COBERTURAS (DE SILLÓN, CABEZAL, MANGUERAS, ASA FOCO DE LUZ, PICO, LLAVE Y MANGO LÁMPARA DE LUZ HALÓGENA, DISPARADOR, LLAVE Y TUBO DE APARATO DE RAYOS, DE PELÍCULA RADIOGRÁFICA) PROTECTOR PICO JERINGA TRIPLE, RECIPIENTES CONTENEDORES DE RESIDUOS DE LA MESA , TORUNDAS, GASAS, ROLLOS DE ALGODÓN, PINCELES, BAJALENGUAS, CUBETAS DE FLUOR, ANESTUBOS, GOMAS UTILIZADAS PARA SEPARAR, TACITAS DE GOMA, BROCHITAS, HILO DE SEDA, PAPEL DE ARTICULAR, JERINGAS DESCARTABLES, HISOPOS, MATRICES, CUÑAS, PUNTAS DE PISTOLA INYECTORA DE MATERIALES, DISCOS FLEXIBLES, CARTUCHOS DE BARNIZ DE FLUOR (CUANDO NO SE TRASVASÓ A VASO DAPPEN ANTES DE APLICAR EN EL PACIENTE)

ELEMENTOS QUE SE DESCARTAN EN RECIPIENTE RÍGIDO: AGUJAS DE

ELEMENTOS QUE SE DESCARTAN EN BOLSA NEGRA: ENVOLTORIOS UTILIZADOS PARA ESTERILIZAR, TOALLAS DE UN SÓLO USO UTILIZADAS PARA EL SECADO DE MANOS.

ELEMENTOS QUE REQUIEREN LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN: CADENA BABERO, ESPEJOS DE FOTOGRAFÍA, LUPA BINOCULAR, PROTECTOR OCULAR, ESPEJO DE MANO, PIEZA DE MANO TURBINA Y MICROMOTOR (SÓLO CUANDO NO SON ESTERILIZABLES O NO SE CUENTA CON AUTOCLAVE)

ELEMENTOS QUE REQUIEREN PRELAVADO, LIMPIEZA, ACONDICIONAMIENTO Y ESTERILIZACIÓN: BANDEJA E INSTRUMENTAL DE EXAMEN (PINZA, ESPEJO, EXPLORADOR, SONDA PERIODONTAL), VASO DAPPEN, LOSETAS, ESPÁTULAS, PIEDRAS Y FRESAS, EXCAVADORES, PERFORADOR DE GOMA DIQUE, CLAMPS, PORTACLAMPS, ARCO DE YOUNG, CURETAS PERIODONTALES, INSERTOS ULTRASONIDO, MANGO BISTURÍ, JERINGA CARPULE, PORTAMATRIZ, PISTOLA INYECTORA DE MATERIALES (ESTERILIZABLE EN AUTOCLAVE), PIEZA DE MANO DE TURBINA Y MICROMOTOR (ESTERILIZABLES EN AUTOCLAVE), INSTRUMENTAL DE ENDODONCIA, PORTAAMALGAMA, ATACADORES, CONDENSADORES, ALICATES, TIJERAS.

Referencias bibliográficas (primera y segunda parte) .

- AADS. Recommended clinical guidelines for infection control in dental education institutions. *J. Dent. Education*. 1991; 55 (9): 621-627.
- AAP. Consensus Report. Periodontal Diseases. Epidemiology and diagnosis. *Ann. Periodontol*. 1998; 1(1): 216-222.
- ADA Council on Acces. Prevention and interprofessional relations. Caries diagnosis and risk assessment. A review of preventive strategies and management. *JADA*. 1996; Special Supplement.126:1s-24s.
- ADA Council on scientific Affairs and ADA Council on dental practice. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. *JADA*.1996; 127: 672-680.
- ARMITAGE G.A. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann. Periodontol*. 1999; 4:1-6.
- AXELSSON P. An introduction to risk prediction and preventive dentistry. Ed. Quintessence books, Germany, 1999.
- BENGTON A.L. Biossegurança em Odontologia. <http://www.unimes.com.br>, 2001.
- BORDONI N.;SQUASSI A. Diagnóstico e interpretación diagnóstica de caries dental. En Odontología Preventiva. PRECONC. PALTEX/ OPS/OMS. Buenos Aires, Argentina, 1999.
- BORDONI N.;SQUASSI A. Programas preventivos. En Odontología Preventiva. PRECONC. PALTEX/ OPS/OMS. Buenos Aires, Argentina, 1999.
- BORENSZTEIN R. Bioseguridad. El control de la infección en la práctica odontológica. En Barrancos Mooney J. Operatoria Dental. Cap. 6. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1999.
- BÖßMANN K, HEINENBERG BJ. Medidas higiénicas en la clínica dental.1ra. Ed. DOYMA S.A. Barcelona, 1992.
- BROWN LJ, BRUNELLE JA, KINGMAN A. Periodontal Status in the United States, 1988-1991: Prevalence, Extent and Demographic Variation. *J Dent Res* 1996 Feb; 75 Spec No: 672-83
- BUCKNER R.Y.; KAYROUS G.A.; BRINER W. Reduction of oral microbes by a single clorhexidine. *Comp. Cont. Educ. Dent*. 1994; XV (4): 512-520.

- CDC-FDA. Practical infection control in dental office U.S. Department of health and human services. Public health Service CDC-FDA. EEUU.,1993.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Recommended infection-control practices for dentistry. MMWR. 1993; 42 (RR-8)1-12.
- CHAUCA EDWARDS E. Manual de Bioseguridad en la práctica odontológica. CEPIS/OPS, 1999. [hppt://www.cepis.ops-oms.org](http://www.cepis.ops-oms.org).
- COTTONE J.A. Hepatitis B virus infection in the dental professions *J.A.D.A.* 1985; 110:617-621.
- COTTONE JA; TEREZHALMY GT; MOLINARI JA. Practical infection control in dentistry. 2nd.Ed. Baltimore, Ed.Williams and Wilkins EEUU, 1996.
- DASKALOS LOGOTHETIS D; MARTINEZ-WELLER JM. Reducing bacterial aerosol contamination with a chlorhexidine gluconate pre-rinse. *JADA.* 1995; 126:1634-1639.
- ESCOBEDO DE LILLY, S. Prevención de infección en la práctica estomatológica . *Rev. Endodoncia Peruana.*1993; 12.(12) : 24-29.
- EZCURRA MC. Guías y recomendaciones para la higiene hospitalaria. *Rev. Infect. y Microbiol. Clin.*1999; 11(3):41-43.
- FAVERO M.; BOND W. Chemical disinfection of medical and surgical materials. In Block S.(Ed) Disinfection,sterilization and preservation. Philadelphia. Lea & Febiger,1991.
- FINE D. et al Assessing preprocedural subgingival irrigation and rinsing with an antiseptic mouthrinse to reduce bacteremia. *J.A.D.A.* 1996; (127): 641-646.
- FOUSP. Facultad de Odontología .Universidad de San Pablo. Biossegurança
- A controle de infecção. Protocolo de Biossegurança. <http://www.usp.br/biossegur/biosseg.>, 2000.
- GLENN T. Health Evidence. Bulletins Wales. Oral health. [http:// www. Hebw.uwcm.ac.uk/oralhealth](http://www.Hebw.uwcm.ac.uk/oralhealth).Chapter 1 and 2.
- HOVIUS M. Disinfection and sterilisation: The duties and responsibilities of dentists and dental hygienists. *Int. Dent. J.* 1992;. 42: 241-244.
- HUGOSON A.; NORDERYD O.; SLOTTE C.; THORSTENSSON H.Oral hygiene and gingivitis in a Swedish adult population 1973,1983 and 1993. *J. Clin. Periodontol.* 1998; 25 (10): 807-812.

- JEFFCOAT M.K.; MCGUIRE M.; NEWMAN M.G. Evidence- based periodontal treatment. *J.A.D.A.* 1997; 128: 713-724.
- JORGENSEN MG; DETSCH SG; WOLINSKY LE . Disinfection and monitoring of dental unit waterlines. *General Dentistry*. March-april 1999; 152-156.
- KAPLAN COLCHAMIRO, E. El control de infecciones en el consultorio odontológico . *Compend. Educac. Cont Odontol.* 1987; III (6): 22-28.
- LIMA, S. N.M.; ITO, I. I. Infecciones Odontogénicas. O Controle de infecções no consultorio odontológico. Sistema B.E.D.A.. Manual de DABI ATLANTE, Brasil,1993.
- MALAGAMBA M.I. Guías y recomendaciones para la esterilización y desinfección. *Rev. Infect. y Microbiol. Clin.* 1999; 11(3): 60-70.
- MILLER C. Cleaning, sterilization and disinfection: basics of microbial killing for infection control. *JADA.* 1993; 124: 48-56.
- MILLER C. Esterilización y desinfección : lo que el odontólogo debe saber, *Compendio.* 1994; Año 9 (2): 25-34.
- MOLINARI JA. Practical infection control for the 1990s:Applying science to government regulations. *JADA.* 1994; 125:1189-1197.
- MOLINARI JA. Dental infection control at the year 2000. *JADA.* 1999;130:1291-1298.
- MONGANDINI C.;van STEENBERGHE D.; DEKEYSER C.; QUIRYNEN. One stage full- versus partial mouth disinfection in the treatment of chronic adult or generalized early-onset periodontitis. *J. Periodontol.* 1999; 70:632-645.
- MORAES JC; MICHELIN CF; MAGRO ML Controle de infecção na Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. *RFO UPF,* Passo Fundo. 1997; 2(2): 49-53.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH Conclusiones de la conferencia de consenso y desarrollo del National Institutes of Health. Manejo y diagnóstico de la caries dental a lo largo de la vida. 26 – 28 de marzo del 2001. [http://www.odontologiapreventiva.com/NIH consensus.PDF](http://www.odontologiapreventiva.com/NIH%20consensus.PDF)
- NEWBRUN E. Topical fluorides in caries prevention and management: A North American perspective. *J. Dent. Educ.* 2001; 65(10): 1078-1083.
- NEWMAN M. Improved clinical decision making using the evidence- based approach. *Ann. Periodontol.* 1998; 1:1-9.

- NORMA DE A.D.E.C.I. para el control de las infecciones. A.D.E.C.I. 1995; Vol 1: 1-38.
- NORMA DE LAVADO DE MANOS DE A.D.E.C.I. *Visión*. Rev. Arg. De Control de Infecciones, 1998.
- NORMAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE INFECTOLOGÍA. <http://www..sadi.org.ar> ,1999.
- O.M.S. Desinfección y Esterilización. En manual de bioseguridad en el laboratorio. Organización Mundial de la Salud. 2da Ed. Ginebra,1994.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La garantía de la calidad: El control de infecciones hospitalarias. Serie HSD/SILOS Nº 12, 1991
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guías para controle de infeçoes hospitalares orientadas para proteçao da saude dod traaballador hospitalar. Serie HSD/SILOS Nº 18, 1992.
- PAGE R.C.; BECK J.D. Risk assessment for periodontal diseases. *Inter. Dent. J.* 1997; 47(2): 61-87.
- PANKHURST CL; JOHNSON NW; WOODS RG. Microbial contamination of dental unit waterlines:the scientific argument. *Int. Dent. J.* 1998; 48:359-368.
- PILOT J. The Periodontal Disease Problem. A Comparison Between industrialized and Developing Countries. *Int Dent J.* 1998 Jun; 48(3 Suppl 1): 221-32.
- PIOVANO S.(a) Examen y diagnóstico en cariolología. En Barrancos Mooney J. *Operatoria Dental*. Cap. 9. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1999.
- PIOVANO S.(b) Microbiología bucal: microbiología de las enfermedades periodontales. Antimicrobianos locales y sistémicos aplicados a las diferentes formas clínicas de enfermedad periodontal. Microbiología e implantes. Microbiología pulpar y periapical." En: Negroni Marta. *Microbiología Estomatológica*. Capítulo 19; 3era parte. Ed.Panamericana.1999.
- RESIDUOS PATOGENICOS, Ley 24051/92 y decreto reglamentario 831/93. Ambito nacional.
- RICHARDS D, LAWRENCE A. Evidence-Based Dentistry.. *Evidence-Based Dentistry*. 1998; 1: 7-10.

- RICHARDSON W, WILSON M, NISHIKAWA J, HAYWARD RS. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions (editorial). *ACP Journal Club*. 1995; 123: A123.
- ROBILOTTI S. Nuevo concepto de descontaminación. Prelavado: Etapa inicial del proceso de descontaminación. *FUDESA*. 1996; Año 2(4), Temas coleccionables N° 1.
- ROSA A.; PIOVANO S.; MOLGATINI S. ;MARCANTONI M. Control de la infección en odontología.1ra parte. *Rev. AAON*. 2001; 30 (1):11-15.
- ROSA A.; PIOVANO S.; MOLGATINI S. ;MARCANTONI M. Control de la infección en odontología.2da parte. *Rev. AAON*. 2001; 30 (2):18-23.
- ROSA A.; PIOVANO S.; MOLGATINI S. ;MARCANTONI M. Control de la infección en odontología.1ra parte. *Rev. AAON*. 2001; 30 (3):17-21.
- ROSE L.E.; GENCO R.J.; COHEN D.W.; MEARLEY B.L. *Periodontal Medicine*. B.C. Decker Inc, United States,2000.
- ROSENTHAL DE COSTA CARMO M. Biossegurança. em odontologia.<http://www.foa.br/extensao/biossegurancaodonto/biosseguranca.2000>.
- ROSENTHAL V; EZCURRA MC. Guía para el lavado social, antisepsia y lavado quirúrgico de manos en áreas de cuidado de la salud. *Rev. Infect. y Microbiol. Clin*.1999; 11(3): 10-12.
- RUSSO E.; CARVALHO RCR de; LORENZO JL de; GARRONE NETTO N; CARDOSO MV. Avaliação da intensidade de contaminação de pontas de seringa tríplice. *Pesqui. Odontol. Bras*. 2000; 14(3): 243-247.
- SAMARANAYAKE L. Rules of infection control. *Int. Dent. J*. 1993; 43: 578-584.
- SPAULDING E. Chemical disinfection of medical and surgical materials. In Lawrence C.; Block S. (Eds). *Disinfection,sterilization and preservation*. Philadelphia.Lea & Febiger,1983.
- TANCREDO MUSSI A.; ZANI I.M.; CARDOSO VIEIRA L.C.Normas de Biossegurança. <http://www..reitoria.ufsc.br.>, 2001.
- WOOTEN RR; BARATA MC. Procedure-specific infection-control . Recommendations for dentistry. *Compend. Contin. Educ. Dent*. 1994; XIV (3): 332-344.
- YOUNG J.M. Dental equipment asepsis. *Dent. Clin. North. Am*. 1991; 35(2): 391-413.

- YOUNG J.M.; COTTONE J.A. Dental handpieces: maintenance and sterilization. In. COTTONE JA; TEREZHALMY GT; MOLINARI JA .Practical infection control in dentistry. 2nd.Ed. Baltimore, Ed.Williams and Wilkins EEUU.,1996.