

## **ÍNDICE DE PLACA DENTOBACTERIANA (I.P.D.B)**

### **Evaluación de la placa.**

Hay muchos índices para medir la placa, miden a) la presencia de placa en los dientes o b) la cantidad de placa acumulada sobre los dientes. En cualquiera de los casos es imprescindible el uso de compuestos relevantes para volver visible la placa.

### **Evaluación de la presencia de placa de índice O'Leary.**

La ficha utilizada permite la comparación de tres evaluaciones sucesivas de placa y sangrado. En esta ficha cada diente está dividido en 4 sectores, que corresponden a sus caras mesial, vestibular, distal y lingual. Una vez que el paciente recibe el compuesto relevante, se anotan los resultados. Las caras mesial y distal se revisan dos veces: una durante la evaluación de las caras vestibulares y una segunda vez cuando se evalúe la cara lingual.

El puntaje final se determina contando el número total de caras con placa, dividiendo este número por la cantidad total de caras presentes en la boca y multiplicando por 100. Este puntaje cuando se compara con otros obtenidos anteriormente, provee un método para que el paciente reconozca su evolución.

### **Evaluación de la cantidad de placa presente.**

Método desarrollado por Silness y Løe mide la cantidad de placa depositada sobre la superficie de todos los dientes presentes en la boca de acuerdo con los siguientes criterios:

| <i>Puntaje</i> | <i>Criterios</i>                                                                                                            |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0              | No hay placa en la zona gingival.                                                                                           |
| 1              | Una placa que se adhiere al margen gingival libre y a la zona adyacente del diente.                                         |
| 2              | Acumulación moderada de depósitos blandos dentro de la bolsa gingival, y/o adyacente a la superficie dentaria.              |
| 3              | Abundancia del material blando dentro de la bolsa gingival y/o sobre el margen gingival y la superficie dentaria adyacente. |

Este procedimiento da un puntaje a cada una de las cuatro unidades gingivales de los dientes (vestibular, lingual, mesial y distal) que oscila entre 0 y 3; este es el índice de placa para la unidad gingival. Los puntajes de las 4 zonas de un diente pueden sumarse y dividirse por 4 para dar el índice de placa del diente. Los puntajes de los dientes individuales (incisivos, premolares y molares) pueden agruparse para designar el índice de placa de grupos de dientes. Sumando los índices de los dientes y dividiendo por el número de dientes examinados, se obtiene el índice de placa del paciente.

### **Ostrom y col.**

Emplean el índice de Silness y Løe con el objeto de obtener una línea de base para las comparaciones futuras, y como elemento educacional para el paciente. Después se emplea un índice de placa simplificado, el de I.P.-6. Los puntajes de la placa se registran sólo para los 6 dientes (generalmente un par de molares superiores, incisivos inferiores y molares inferiores) que tuvieron el índice más alto en el examen inicial. Totalizan entonces los puntajes de estos 6 dientes y obtienen un número entero en lugar de las fracciones decimales que aparecen cuando se emplea el índice original de Silness y Løe. Ostrom y col aplican los

misimos criterios generales.

Clínicamente proveen la misma información dado que la cantidad de placa y el número de superficies dentarias cubiertas por ella están relacionadas positivamente y la hemorragia del surco es uno de los primeros signos de inflamación gingival.

Motivacionalmente, lo que importa es que se registren los puntajes de manera que intente llegar a valores cero. Desde el punto de vista de la evaluación, los puntajes decrecientes reflejan la capacidad del paciente para lograr un buen control de placa y uso del hilo. Si los puntajes se mantienen estacionarios, puede haber ocurrido una de dos cosas: 1) que los objetivos y direcciones del programa no hayan sido claros y necesiten ser modificados, o 2) el paciente ha alcanzado su límite y no puede obtenerse más progreso no importa cuanto esfuerzo se le dedique.

### Control mecánico de la placa.

De los varios métodos con que puede con que puede controlarse la placa, el más efectivo en el momento actual es su remoción mecánica por medio del cepillo de dientes, el hilo dental y algunos coadyuvantes; sin embargo estos procedimientos tienen sus limitaciones. Para el paciente bien motivado y correctamente instruido que desea invertir el tiempo y el esfuerzo necesarios, las medidas mecánicas son efectivas en el control de la placa.

Los procedimientos mecánicos pueden no ofrecer una solución completa al problema de la prevención de la placa. Así la profesión dental debe continuar en la investigación de otros procedimientos que no requieren tanta cooperación del paciente.

Se puede determinar con facilidad que un programa de control de placa es esencialmente un programa educacional; primero educar al paciente en lo que es la placa y cuales son sus efectos, y en segundo lugar como controlar esos efectos.

El éxito del tratamiento dependerá del deseo del paciente de controlar la placa.

Un control de placa debe ser llevado a cabo paso a paso, al ritmo de la comprensión de cada paciente lo permita. Con el objeto de no lastimar psicológicamente al paciente, debe tenerse cuidado con la implicación de que la placa representa una falta de cuidado personal y de higiene. El control de placa debe realizarse siguiendo las pautas:

- 1.- Aliviar la ansiedad del paciente.
- 2.- Determinar las necesidades educacionales del paciente.
- 3.- Hacer que el paciente reconozca y exprese sus propias necesidades.
- 4.- Relacionar las necesidades dentales con las psicológicas.
- 5.- Estimular la motivación.
- 6.- Establecer objetivos a largo y corto plazo.
- 7.- Comenzar la acción.
- 8.- Evaluar los resultados.

## INTENSIDAD DE AFECTACIÓN

Una aproximación más profunda al conocimiento del problema de la caries dental consiste en valorar la intensidad de afectación de la población.

Podemos utilizar, para ello, como unidades de medida la pieza o las superficies dentales. Si empleamos como unidad de medida la pieza dental, lo que vamos a determinar es el promedio de piezas afectadas por individuo.

Para evaluar la afección por caries de la dentición definitiva se emplea desde 1938 (Klein, Palmer y Knutson) el índice CAO o CAO (D).

Piezas definitivas cariadas + ausentes + obturadas

Índice CAO =-----

Total de individuos reconocidos.

Su empleo está limitado a aquellos grupos de edad en los que la pérdida de las piezas dentales se debe exclusivamente a la caries. Tiene el inconveniente de que no mide la intensidad de afectación de la pieza, ya que tiene diferente pronóstico según el número de superficies afectadas. Tampoco mide las necesidades de tratamiento.

Aún con estas limitaciones, el índice CAO está reconocido como el mejor y es el más utilizado de los indicadores de la afectación de la población por la caries dental.

Para evaluar la afectación de la dentición temporal se utiliza el índice co.

Piezas temporales cariadas + obturadas

Índice co = -----

Total de individuos reconocidos.

En el grupo etario de 6-14 años, que tienen dentición mixta, podemos utilizar el índice CAO-co, que nos permite conocer la intensidad real de afectación por caries (promedio de piezas tanto temporales como definitivas afectadas por individuo).

Piezas definitivas (cariadas + ausentes + obturadas + piezas temporales (cariadas + obturadas).

Índice CAO-co=

-----

Total de individuos reconocidos.

Su importancia radica en que mide la intensidad real de afectación de la población.

La OMS utiliza el CAO (D), como el indicador de comparación del estado de salud dental entre poblaciones distintas, definiendo el valor menor de 3 como meta a alcanzar en el año 2000 en el grupo de 12 años de edad.

El índice CAO, CAO-co y co en si no sirven para conocer las necesidades de tratamiento, ni para valorar el

tipo de tratamiento ya realizado. Así podemos analizar las necesidades de tratamiento mediante la proporción de piezas cariadas del total de piezas CAO, el grado de asistencia dental mediante la relación entre las piezas obturadas y el total de piezas CAO y así mismo el grado de asistencia dental tardía mediante la proporción de piezas ausentes divididas por piezas CAO.

Piezas cariadas

Proporción de caries sin tratar =-----

Piezas C + A +

Podemos también valorar la afectación de determinados grupos de piezas.

Utilizando como unidad de medida la superficie dental, podemos hallar los índices CAO (S), co (S) y CAO-co (S), para lo que consideramos que cada pieza dental tiene 2 superficies proximales, 2 libres y , en las piezas posteriores, 1 oclusal (algunos autores consideran el borde incisal como quinta superficie en los dientes anteriores).

Nº de superficies de dientes permanentes cariadas + obturadas + ausentes

Índice Cao

(S)=-----

Nº de individuos reconocidos.

Su empleo ayuda a valorar el estado de afectación. Para estudios generales en los que queremos conocer la afectación por caries dental, estos indicadores son suficientes.

También se puede conocer la afectación de las piezas dentales estudiando la proporción del total de piezas presentes en la boca.

Piezas C + A + O

Proporción de afectación = -----

Total de piezas revisadas

Para conocer la evolución de la caries, estudiaremos su *incidencia*, que mide el número de nuevas piezas que se han cariado en un intervalo de tiempo.

Num. de nuevas piezas cariadas en un intervalo de tiempo.

Incidencia de caries =

-----

Total de piezas o superficies revisadas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Medicina preventiva y salud pública

Piedrola y Del Rey

Edit. Salvat 1991

Odontología preventiva en acción

Katz / Mc Donald / Sloorey

Edit. Médica y panamericana 1991