

**SBPqO**<sup>®</sup>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE  
PESQUISA ODONTOLÓGICA  
DIVISÃO BRASILEIRA DA IADR

**LISTERINE**<sup>®</sup>



# GUÍA DE CUIDADO DIARIO EN SALUD BUCAL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

**BRASIL  
2024**

Recomendaciones para que  
los profesionales orienten a  
sus pacientes

## **Autores**

Sheila Cavalca Cortelli  
Cinthia Pereira Machado Tabchoury  
Jaime Aparecido Cury  
Cláudio Mendes Pannuti



## **Sheila Cavalca Cortelli**

Licenciatura en Odontología por la Universidad de Taubaté (UNITAU) (1995), maestría en Odontología por la UNITAU (2000), doctorado en biopatología bucal por la Universidad Estadual Paulista (2003) y residencia postdoctoral en la Universidad Federal de Minas Gerais. Actualmente es Profesora Adjunta en UNITAU. Editor Jefe de la revista Peridontia, de la Sociedad Brasileña de Periodoncia e Implantología. Miembro del consejo directivo de la Sociedad Brasileña de Profesionales en Investigación Clínica (SBPPC) y Propietario del Centro de Investigación Clínica Cavalca & Cortelli Ltda.



## **Jaime Aparecido Cury**

Graduado en Odontología por la Universidad Estatal de Campinas (1971), Maestría en Ciencias (Bioquímica) por la Universidad Federal de Paraná (1974), Doctorado en Ciencias Biológicas (Bioquímica) por la Universidad de São Paulo (1980) y Post-Doctorado por la Universidad de Rochester, Estados Unidos (Cariología en 1995 y Biología Molecular en 2005). Actualmente es Profesor Colaborador (retirado) de Bioquímica, Departamento de Biociencias, Facultad de Odontología de Piracicaba, UNICAMP.



## **Cinthia Pereira Machado Tabchoury**

Licenciado en Farmacia-Bioquímica por la Facultad de Farmacia y Odontología de Alfenas (1989), Maestría en Odontología (Farmacología) por la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP) (1993) y Doctor en Odontología (Farmacología) por la UNICAMP (1997), habiendo realizado un Doctorado Sándwich en la Universidad de Rochester. Actualmente es Profesora Asociada III del Área de Bioquímica, Departamento de Biociencias, Facultad de Odontología de Piracicaba, UNICAMP.



## **Cláudio Mendes Pannuti**

Licenciado en Odontología por la Universidad de São Paulo (USP) (1993), maestría en Periodoncia por la USP (1999), Doctorado en Periodoncia por la USP (2001) y Profesor Titular en Periodoncia por la USP (2013). Actualmente es Profesor Titular de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la USP, en el Departamento de Estomatología, Disciplina de Periodoncia, y Presidente de la Comisión de Postgrado de la FOUSP.

# Sumario

<b>Estimado profesional de la salud</b>	<b>04</b>	<b>III) Recomendaciones para las visitas al dentista</b>	<b>13</b>
<b>I) Introducción</b>	<b>05</b>	1) Frecuencia de visitas al dentista	13
<b>II) Recomendaciones de higiene bucal rutinaria en casa</b>	<b>06</b>	2) Recopilación de datos sobre la rutina de higiene bucal	13
1) Frecuencia y duración del cepillado de los dientes	06	<b>IV) Otras recomendaciones</b>	<b>14</b>
2) Uso de pastas dentales con flúor	06	1) Dejar de fumar	14
3) Uso de dentífricos con alta concentración de flúor	07	2) Estilo de vida saludable	14
4) Uso de dentífricos con efectos antiplaca y antigingivitis	08	<b>Referencias</b>	<b>15</b>
5) Remoción diaria del biofilm interdental	08		
6) Uso diario de enjuagues bucales con antisépticos, después de los métodos mecánicos mencionados anteriormente	09		
7) Prescripción individualizada de enjuagues bucales con antisépticos	09		
8) Uso de enjuague bucal con flúor	10		
9) Recomendación de edad para el uso de enjuagues bucales y pastas dentales	10		
10) Limpieza de la lengua	12		
11) Pasos de higiene bucal diaria	12		



## Estimado profesional de la salud,

Para su seguridad y la de sus pacientes, esta guía se basa en estudios clínicos, revisiones sistemáticas/metaanálisis y recomendaciones actualizadas de entidades odontológicas y de salud\*.

El objetivo principal es guiarle a través de una rutina de higiene bucal para pacientes adultos con buena salud general en las visitas periódicas al dentista. Considerando que, ante necesidades específicas, los protocolos deben necesariamente ser personalizados.

A pesar del sentido común sobre el cepillado con pasta dental, los indicadores globales de salud bucal no son buenos, y en más de una ocasión muestran la necesidad de mejorar la rutina diaria de higiene bucal.

La prescripción, la instrucción y la motivación son esenciales para que sus pacientes tengan éxito en el autocuidado. Y, recuerde que el nivel educativo Interfiere con el grado de comprensión que tiene su paciente de la información de salud que usted proporciona.



\* ADA (American Dental Association, USA), NHI (National Institutes of Health, USA), EFP (European Federation of Periodontology), OMS (Organización Mundial de la Salud) y Consejo Federal de Odontologia, BR)



## I) INTRODUCCIÓN

Tanto la caries como la enfermedad periodontal son enfermedades que resultan de la acumulación de bacterias en las superficies de los dientes, aunque se diferencian en cuanto a los factores que conducen a su desarrollo.

Para que se desarrollen lesiones de caries es necesario y decisivo que las bacterias acumuladas en las superficies, en forma de biofilm, estén frecuentemente expuestas a los azúcares de la dieta. La caries dental está presente desde la infancia hasta la adultez en todas las personas, y, según la mejor evidencia científica, es fundamental que los dientes se cepillen con pasta dental con flúor para un mejor control de esta enfermedad.

Considerando la seguridad y eficacia anticaries de la pasta de dientes con flúor, desde 2021 la pasta de dientes con flúor se incluye en la lista de medicamentos esenciales de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Por lo tanto, en una concentración de 1000 a 1500 ppm F, dentífrico en forma de gel, pasta o crema debería utilizarse para la higiene bucal en todo el mundo.

Varias sales, fluoruro de sodio (NaF), monofluorofosfato de sodio (Na<sub>2</sub>FP03), fluoruro de estaño (SnF<sub>2</sub>) o fluoruro de sodio amina (F-Am), se han utilizado en pastas dentales y no hay evidencia de que una sal sea superior a otra.

De la misma manera que las limitaciones del cepillado de los dientes para controlar las caries se compensan con la presencia de flúor en la pasta de dientes, lo mismo ocurre con la dificultad de las personas para controlar la gingivitis con solo cepillado. Así, el SnF<sub>2</sub> es la

única sal de flúor que tiene eficacia anticaries y antigingivitis, pues combina el efecto fisicoquímico del fluoruro en la reducción de la progresión de las lesiones de caries con el efecto simultáneo del ion Sn<sup>2+</sup> en la reducción del biofilm dental.

El fluoruro es la única sustancia conocida eficaz para reducir las lesiones de caries, pero no previene la enfermedad de caries. Por esto, se recomienda disciplina en el consumo de azúcar para un máximo control de la enfermedad.

A su vez, las enfermedades periodontales son resultado de la acumulación de biofilm dental. Sin embargo, la acumulación de biofilm no es suficiente para el desarrollo de periodontitis. Factores genéticos, hábitos de salud (alcoholismo, tabaquismo) y condiciones de salud (obesidad, diabetes, síndrome metabólico) pueden aumentar el riesgo de desarrollar periodontitis (Genco, Borgnakke, 2013). De estos actualmente, el tabaquismo y la diabetes se consideran factores de riesgo de periodontitis (Tonetti et al., 2018).

Por esto, además de controlar la placa bacteriana, el primer paso en la terapia periodontal es el cambio de comportamiento, que incluye control de la placa supragingival por el paciente, abandono del tabaquismo e intervención para el control de la Diabetes Mellitus, entre otros (Sanz et al, 2020). El control mecánico de la placa debe realizarse mediante cepillado y uso de un dispositivo de limpieza interdental. Dentífricos e buches conteniendo antisépticos bucales como complementos al control mecánico, como se presentará a lo largo del texto de esta Guía.



## II) RECOMENDACIONES PARA LA HIGIENE BUCAL DE RUTINA EN CASA

### 1) Frecuencia y duración del cepillado de dientes

**RECOMENDACIÓN:** CEPILLARSE LOS DIENTES CON PASTA DENTAL CON FLÚOR DOS VECES AL DÍA.

Existe evidencia de que cepillarse los dientes con pasta dental con flúor dos veces al día reduce aparición de caries (Kumar et al., 2016), la inflamación gingival (Shamsoddin et al., 2022) y el riesgo de periodontitis (Chapple et al., 2015; Lertpimonchai et al., 2017), además de evitar el desgaste excesivo (Heasman et al., 2015) en la zona dentogingival. Por esto, esta frecuencia ha sido recomendada por asociaciones profesionales (American Dental Association 2014; National Health Service 2023; Australian Dental Association; 2023).

Aunque los cepillos manuales convencionales son satisfactorios, los cepillos eléctricos más modernos pueden mejorar los resultados (de Jager et al., 2017; Thomassen et al., 2022), además de mejorar la adherencia del paciente. Los modelos con temporizador y sensor de presión ejemplifican esta situación, ya que favorecen el control del tiempo y la fuerza utilizados durante el cepillado, factores esenciales para una desorganización eficaz y regular del biofilm.

### 2) Uso de pastas dentales con flúor

**RECOMENDACIÓN:** CEPILLARSE LOS DIENTES CON PASTA DENTAL CON FLÚOR ES RECOMENDADO PARA TODOS, DURANTE TODOS LOS CICLOS DE VIDA

Las pastas dentales con flúor son, sin duda, la forma más racional y segura de proporcionar el efecto beneficioso del flúor, porque al mismo tiempo que el biofilm dental se desorganiza mecánicamente por el cepillado, el flúor queda disponible en la cavidad bucal para el control de la caries dental. La pasta de dientes con flúor es el factor más importante en la disminución de las caries en todo el mundo durante los últimos 50-60 años. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la Salud, 2016) incluyó las pastas dentales con flúor en la lista de medicamentos esenciales para el control de enfermedades de alta prevalencia/importancia debido a su probada eficacia anticaries (O Mullane et al., 2016).

Por lo tanto, el uso diario de pasta dental con flúor durante el cepillado es una forma eficaz de prevenir y tratar esta enfermedad en bebés, niños, adultos y ancianos, lo cual está fuertemente basado en la evidencia científica. También vale la pena resaltar que el efecto anticaries del flúor en las pastas dentales es función de su concentración, la cual debe ser de al menos 1000 ppm F (p/p; 1000 mg F/kg) para todos los grupos de edad, para tener el beneficio anticaries esperado, con mínimos efectos adversos (fluorosis dental leve). Según la evidencia científica actual, para ser eficaz contra las caries, la pasta dental de venta libre, sin necesidad de receta médica, debe contener al menos 1000 ppm de flúor y no más de 1500 ppm de flúor. Es importante resaltar que el flúor de la pasta dental debe estar soluble (activo) y biodisponible para ejercer su efecto anticaries.

El fluoruro previene la caries de diferentes maneras; cuando está presente en la saliva y biofilm dental de forma constante y en bajas concentraciones, el fluoruro reduce la desmineralización y potencializa la remineralización de las lesiones de caries por la saliva, debido a su efecto físico-químico. Por lo tanto, cepillarse los dientes con pasta dental con flúor dos veces al día es un comportamiento importante y un hábito de higiene preventiva, que debe fomentarse y reforzarse durante toda la vida y recomendarse a todas las personas de todos los grupos de edad, comenzando tan pronto como erupcionan los dientes. Además, el uso de pasta de dientes con flúor es un medio muy costo-beneficio, además de ser una intervención de salud pública única que combina la limpieza de dientes y encías con un efecto preventivo sobre las caries.

Respecto al enjuague después del cepillado con pasta dental fluorada, la retención de flúor por más tiempo y en mayores concentraciones en la cavidad bucal es un factor importante para su efecto anticaries. Por lo tanto, se recomienda no enjuagarse bien la boca y sólo escupir después del cepillado, para que el fluoruro pueda actuar más eficazmente, remineralizando las lesiones de caries donde se eliminó el biofilm. El biofilm dental restante, que no se eliminó por completo con el cepillado, también puede funcionar como reservorio de fluoruro, que luego se liberará en la cavidad bucal. A nivel individual, enjuagarse la boca con enjuague bucal fluorado puede ser beneficioso para controlar la caries.

El cepillado con pasta dental con flúor por la noche, antes de ir a dormir, juega un papel fundamental en su efecto anticaries, ya que se produce una reducción del flujo salival durante el sueño, provocando una disminución de las propiedades protectoras de la saliva (Remineralización, limpieza y capacidad tampón). Por tanto, cepillarse los dientes con pasta dental

con flúor antes de acostarse aumenta la retención de flúor en la cavidad bucal, optimizando su efecto anticaries.

### **3) Uso de pastas dentales con alta concentración de flúor**

**RECOMENDACIÓN:** PASTA DENTAL CON 5000 ppm F SE RECOMIENDA PARA ADULTOS Y PERSONAS MAYORES QUE TIENEN EXPOSICIÓN DE RAÍCES

Teniendo en cuenta que el mineral presente en la dentina es más soluble que el del esmalte y que las lesiones de caries tienden a progresar más rápidamente en la dentina que en el esmalte, los dentífricos con mayor concentración de flúor son eficaces para controlar la caries en la dentina radicular (Meyer-Lueckel et al., 2019). Existe evidencia de que las pastas dentales con una alta concentración de fluoruro (por ejemplo, 5000 ppm F) previenen el inicio y la progresión de la caries radicular en adultos y ancianos (León et al., 2019; Meyer-Lueckel et al., 2019). En este enfoque, el fluoruro se libera en concentraciones más altas, directamente en la cavidad bucal, en una combinación muy conveniente y racional con el acto de cepillarse los dientes.

(Tenuta et al., 2023). Existe cierta evidencia de que el uso de pastas dentales que contienen 5000 ppm de fluoruro dan como resultado una mayor paralización de las lesiones de caries radicular que el uso de pastas dentales que contengan entre 1000 y 1500 ppm (Wierichs et al., 2015). La frecuencia de uso debe ser de al menos 2 veces al día.

Por otra parte, a pesar de los pocos estudios médicos para investigar el papel de la pasta dental con una alta concentración de fluoruro en la paralización o control de la caries coronaria, pueden ser importantes para pacientes con alto riesgo de caries, por ejemplo, en ado-

lescentes con baja adherencia a hábitos de higiene, el uso de pasta dental con alta concentración de fluoruro es capaz de reducir la incidencia de caries coronarias en comparación con la pasta de dientes fluorada convencional (Nordstrom et al., 2010). Por lo tanto, se puede recomendar una exposición adicional al fluoruro, a través de pastas dentales con una alta concentración de fluoruro, para personas o poblaciones con mayor riesgo de caries.

#### **4) Uso de dentífricos con efectos antiplaca y antigingivitis.**

**RECOMENDACIÓN:** LOS PACIENTES PUEDEN BENEFICIARSE DEL USO DE PASTA DENTAL CON EFECTO ANTIPLACA Y ANTIGINGIVITIS

Algunas pastas dentales contienen ingredientes activos que promueven una reducción de los niveles de biofilm dental y la inflamación gingival. De estos, los que tienen mayor evidencia de eficacia son el triclosán, el fluoruro de estaño y una combinación de citrato y óxido de zinc.

Existe evidencia moderada de que las pastas dentales que contienen triclosán/copolímero y fluoruro brindan beneficios adicionales para reducir el biofilm dental, inflamación y sangrado gingival, en comparación con las pastas dentales que contienen solo fluoruro (Riley & Lamont, 2013). Sin embargo, es importante aclarar que se ha suspendido la venta de pastas dentales que contengan este producto. Una revisión sistemática demostró que las pastas dentales con fluoruro de estaño estabilizado tienen un efecto positivo en la reducción de la formación de cálculos dentales, los niveles de biofilm dental, la gingivitis y la halitosis (Johannsen et al., 2019). Finalmente, la evidencia de ensayos clínicos aleatorios muestra que la pasta dental que contiene una combinación de citrato de zinc y óxido de zinc, arginina y fluoruro promueve una reducción significati-

vamente mayor de biofilm dental y la gingivitis que una pasta dental con fluoruro, después de seis meses de uso (Delgado et al., 2018).

#### **5) Eliminación diaria de la placa bacteriana interproximal**

**RECOMENDACIÓN:** ACONSEJAR A SU PACIENTE UTILIZAR ALGÚN MÉTODO DE ELIMINACIÓN DE PLACA INTERPROXIMAL DIARIAMENTE

La razón para considerar la eliminación del biofilm dental como un paso separado en la rutina de higiene bucal radica en el hecho de que los cepillos de dientes no pueden penetrar la región interdental, lo que resulta en áreas con biofilm residual que pueden provocar enfermedad periodontal y lesiones de carie.

Tradicionalmente, la eliminación del biofilm interdental con hilo dental o seda dental ha sido recomendada para la prevención de caries y enfermedades periodontales (ADA, 2014). Sin embargo, la evidencia sobre la eficacia del hilo dental no es concluyente. Una revisión sistemática demostró que el uso de hilo dental asociado al cepillado no proporciona beneficios adicionales en la reducción del biofilm dental o la gingivitis en comparación con sólo el cepillado (Berchier et al., 2008). Por otro lado, otra revisión mostró que usar hilo dental asociado con el cepillado proporciona importantes beneficios adicionales en la reducción de la gingivitis, aunque el efecto clínico fue de pequeña magnitud (Sambunjak et al., 2011).

A su vez, existe evidencia moderada de que el uso de cepillos interdetales en combinación con el cepillado reduce significativamente el biofilm interdental en comparación con sólo el cepillado (Salzer et al, 2015). Se pueden encontrar diferentes tipos de cepillos interdetales, siendo los más comunes los cilíndricos o los cónicos. La evidencia actual sugiere que el

uso de cepillos interdentes es el método más eficaz para eliminar el biofilm interdental (Chapple et al., 2015), probablemente debido a su facilidad de uso. Es importante tener en cuenta que los cepillos interdentes sólo deben usarse en regiones en las que la papila interdental no llena completamente el espacio interproximal gingival, por ejemplo, en pacientes con periodontitis. Otros dispositivos para eliminar el biofilm interdental, como irrigadores y palillos de dientes no se recomiendan debido a la débil evidencia de su efecto adicional. (Chapple et al., 2015).

Aunque la evidencia actual no apoya la recomendación de uso de hilo dental (Chapple et al., 2015), no existe ninguna contraindicación para su uso. La falta de efecto clínicamente relevante puede estar relacionada con la dificultad de su uso, ya que muchos pacientes pueden no tener suficiente destreza manual. También es importante dejar claro que, en lugares con salud gingival (es decir, sin retracción de la papila interdental), donde los cepillos interdentes no pasarían sin traumatismos, el hilo dental es el mejor dispositivo disponible. En estas situaciones, el odontólogo debe insistir en el uso de hilo dental. Además, si al paciente no le gusta usar otro dispositivo, el uso de hilo dental puede seguir formando parte de la rutina de higiene bucal (Salzer et al., 2015; Chapple et al., 2015).

En general, se recomienda que el odontólogo ayude a su paciente a superar las dificultades para eliminar el biofilm interdental.

#### **6) Uso diario de enjuague bucal con antisépticos, después de los métodos mecánicos antes mencionados arriba**

**RECOMENDACIÓN:** USAR ENJUAGUE BUCAL COMO PARTE DE LA RUTINA DE HIGIENE DIARIA DESPUÉS DEL CEPILLADO Y LIMPIEZA INTERDENTAL

Las cifras sobre la condición bucal de la población mundial son alarmantes y revelan una combinación de factores como: falta de acceso a los servicios de salud, dificultades para realización de la rutina de higiene bucal, falta de orientación y motivación profesional y falta de hábitos saludables. Mientras que el control de la caries depende del uso de pasta dental con flúor, además de la fluoración del agua como medida complementaria, el control de la gingivitis requiere medidas adicionales. La literatura muestra que los adultos que combinan enjuagues bucales con cepillado y limpieza interdental a partir de la 4ª semana ya presentan menos superficie dental con biofilm e inflamación gingival (Charles et al., 2014; Araujo et al., 2015). Esto se debe en parte a la limpieza mecánica que tiende a ser inadecuada (van der Weijden et al., 2005), especialmente el uso de hilo dental; y la extensa área cubierta por membranas mucosas que no se higienizan durante el cepillado. puntualmente, en relación a la región interdental, varios estudios han comparado los efectos del uso del hilo dental con los aceites esenciales. En las regiones interdentes la reducción de placa, gingivitis y sangrado promovidas por los aceites esenciales, son al menos equivalentes a las promovidas por el hilo dental tanto en 3 como en 6 meses de uso (Sharma et al., 2002, Bauroth et al., 2003, Sharma et al., 2004 y Bosma et al., 2022). Según la Federación Europea de Periodoncia, los adultos con gingivitis deben incorporar enjuagues bucales a su rutina diaria para prevenir la periodontitis (Chapple et al., 2015).

#### **7) Prescripción individualizada de enjuagues bucales con antisépticos**

**RECOMENDACIÓN:** SE DEBEN PRESCRIBIR ENJUAGUES BUCALES YA QUE VARÍAN EN RELACIÓN A INDICACIONES, EFICACIA Y SEGURIDAD

Para las enfermedades periodontales, los in-

gredientes activos más comunes que se encuentran en los productos disponibles comercialmente son la clorhexidina(CHX), una combinación fija de aceites esenciales (timol, mentol, eucaliptol y salicilato de metilo) y cloruro de cetilpiridinio (CPC), cuya eficacia clínica se mide por sus efectos antiplaca y antigingivitis. Sin embargo, la CHX normalmente está indicado por períodos cortos de tiempo, mientras que los aceites esenciales y CPC pueden usarse diariamente por períodos prolongados, de acuerdo con las instrucciones de uso y el perfil de seguridad del producto.

Un análisis global de la literatura revela que, entre los tres, la CHX, generalmente probada en concentraciones de 0,12 a 0,2%, tiene el mayor efecto antiplaca y el CPC, en concentraciones 0,05 a 0,075%, el más bajo. En estas mismas concentraciones, en términos de efecto antiinflamatorio los aceites esenciales son similares a la CHX (Van der Weijden et al., 2015) y superan al CPC (Figuro et al., 2019). Debido a los frecuentes efectos adversos de CHX (pigmentación de dientes y restauraciones, cambios en el gusto y sabor metálico), el uso de CHX tiende a limitarse a un período corto de uso, de un máximo de 21 días según las recomendaciones del fabricante. Para uso rutinario, los aceites esenciales presentan una excelente relación costo-beneficio, ya que han demostrado acción antiplaca y antigingivitis sin efectos adversos significativos. Estos hallazgos fueron confirmados por un metaanálisis que combinó datos sobre la efectividad de los aceites esenciales de 29 estudios clínicos que duraron al menos 6 meses. Casi la mitad de los participantes (44,8%) que usaron aceites esenciales tenían al menos la mitad de los sitios libres de inflamación y el 36,9% tenían la mitad de los sitios libres de placa. En comparación, entre los pacientes que utilizaron solo control mecánico, estas proporciones fueron del 14,4% y 5,5% respectivamente, es decir, mucho menores (Araujo et al., 2015).

## 8) Uso de enjuagues bucales con fluoruro

**RECOMENDACIÓN:** LOS ENJUAGUES BUCALES FLUORADOS DEBEN RECETARSE CONSIDERANDO EL RIESGO DE CARIES DEL INDIVIDUO

Las revisiones sistemáticas confirman la eficacia de enjuagues bucales con fluoruro en el control de la caries dental (Marinho et al., 2003; Twetman et al., 2016) y existe evidencia que respalda al uso regular y supervisado de enjuagues bucales que contienen fluoruro, por parte de niños y adolescentes con alto riesgo de caries (Marinho et al., 2016). Sin embargo, estos productos no están recomendados para niños menores de 7 años, ya que el niño debe saber escupir después de utilizar el enjuague bucal. Respecto al beneficio para los adultos que utilizan enjuagues bucales con fluoruro para la caries radicular, las evidencias actuales no son robustas (Wierichs et al., 2015). Además, el efecto adicional de la combinación de este producto en pacientes que ya usan pasta dental con fluoruro diariamente se considera modesto (Marinho et al., 2004; Marinho et al., 2009). Por tanto, estos hallazgos refuerzan la necesidad de un tratamiento individualizado, con prescripción de enjuagues con fluoruro administrado a aquellos pacientes que realmente necesitan de un medio de fluoruro adicional, como por ejemplo, pacientes con flujo salival reducido, que tienen lesiones de caries activas, personas mayores en situación de vulnerabilidad o pacientes que utilizan aparatos de ortodoncia fijos.

En estos casos, los enjuagues bucales con flúor pueden recomendarse en dos protocolos diferentes: (1) en un horario diferente al utilizado por el paciente para cepillarse los dientes, como exposición adicional al fluoruro durante el día; o (2) para enjuagarse la boca (en lugar de agua o después de enjuagarse con agua) después del cepillado con pasta dental con flúor, con el objetivo de aumentar el fluoruro re-

sidual en la cavidad bucal (Pitts et al., 2012). En el caso de la erosión dental, los enjuagues bucales fluorados que contienen estaño, con una frecuencia de uso de dos veces al día, también han mostrado beneficios.

### 9) Indicación de edad para el uso de enjuagues bucales y dentífricos

**RECOMENDACIÓN:** PRESCRIPCIÓN, TIPO Y DOSIS DE PASTAS DENTÍFRICAS Y ENJUAGUES BUCALES DEPENDEN DE LA EDAD.

La única preocupación con el uso diario de fluoruro es la fluorosis dental, cuya edad de riesgo va desde el nacimiento hasta los 7 años de edad, siendo responsabilidad de los padres o cuidadores supervisar el uso de pastas dentales o enjuagues bucales fluorados para niños.

Por lo tanto se recomienda que:

1- Desde la erupción del primer diente hasta los 3 años de edad, los dientes de los niños deben cepillarse con una cantidad de pasta

fluorada no mayor al equivalente a un (1) grano de arroz

2- De los 3 a los 7 años se puede utilizar una cantidad de pasta equivalente a un chícharo para cepillarse los dientes;

3- Los enjuagues bucales fluorados no se recomiendan para niños menores de siete (7) años.

Respecto a los enjuagues bucales con anti-sépticos, desde el momento en que el niño es capaz de no tragar el enjuague bucal, se convierten en candidatos a su uso y esto ocurre alrededor de los 6 años de edad. Para pacientes adultos con buenas funciones motoras, cognitivas y de salud, no existe ninguna restricción en la prescripción de enjuagues bucales como medida de autocuidado.

En la figura 1 se muestra que la indicación, tipo de formulación (con o sin alcohol) y dosis dependen de la edad. Mientras que la demostración, orientación y motivación, no.

## INDICACIONES PARA ENJUAGUES BUCALES



CONSULTE SIEMPRE LAS INSTRUCCIONES DE USO DEL PRODUCTO

Figura 1 - Indicación, tipo de formulación (con o sin alcohol) y dosis de enjuagues bucales en relación a la edad.

## 10) Limpieza de la lengua

**RECOMENDACIÓN:** EL PACIENTE PUEDE LIMPIAR LA LENGUA CON UN DISPOSITIVO ADECUADO PARA ESTE FIN.

Mientras que la superficie ventral de la lengua es lisa, la superficie dorsal es irregular, presentando proyecciones llamadas papilas linguales. La estructura papilar de la lengua alberga una gran cantidad de microorganismos, que pueden extenderse a otras partes de la cavidad bucal. Además, se puede encontrar saburra en la lengua, lo que se asocia con halitosis (Memon et al., 2023). Por lo tanto, se ha recomendado la limpieza de la lengua como parte de la rutina de higiene bucal (Van der Weijden; Slot 2015). La limpieza de la lengua asociada al cepillado dental reduce la saburra de la lengua, el número de microorganismos en su superficie e indicadores de halitosis, como los niveles de compuestos volátiles de azufre (Kuo et al., 2013), sin embargo, no existe evidencia sobre la frecuencia, duración

y tipo de limpiador de lengua ideal. Por otro lado, una revisión reciente (Kumbargere et al., 2019) observó una baja certeza de la evidencia sobre la efectividad de la limpieza de la lengua en los indicadores de halitosis, incluido el método organoléptico informado por el odontólogo. Algunos estudios han demostrado que los limpiadores de lengua son superiores a los cepillos de dientes para reducir los indicadores de halitosis. Si bien no existen contraindicaciones para la limpieza de la lengua debido a la baja certeza de la evidencia sobre su efectividad, hasta la fecha las entidades de salud no la han convertido en parte esencial de la rutina de higiene diaria.

## 11) Pasos diarios de higiene bucal

**RECOMENDACIÓN:** LA RUTINA BÁSICA DE HIGIENE BUCAL DE UN ADULTO DEBE CONTENER COMO MÍNIMO TRES PASOS

Teniendo en cuenta lo anterior, la rutina básica de higiene bucal de un adulto debe contener como mínimo tres pasos:

**1er paso:** Cepilla tus dientes con pasta dental con flúor dos veces al día, preferiblemente mañana y noche;

**2do paso:** Limpiar entre los dientes con hilo/cinta dental o cepillos interdentales diariamente;

**3er paso:** Utilizar enjuagues bucales con acción antiplaca y antigingivitis comprobada dos veces al día (volumen y tiempo según los principios activos);

No hay evidencia de que limpiar la lengua sea un paso esencial. Como se mencionó anteriormente, aunque la certeza de la evidencia sobre su efectividad es baja, no existen contraindicaciones para realizar la limpieza de la lengua. Si se recomienda, dar preferencia a los limpiadores de lengua en lugar de los cepillos de dientes.





### III) RECOMENDACIONES PARA VISITAS AL ODONTÓLOGO

#### 1) Frecuencia de visitas al odontólogo

**RECOMENDACIÓN:** LA FRECUENCIA DE VISITAS AL ODONTÓLOGO DEBE DEFINIRSE EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE CADA PACIENTE

Aunque una sola visita anual ya reduce las posibilidades de enfermedad (Lertpimonchai et al., 2017) y las diferencias muchas veces son mínimas o inexistentes (Clarkson et al., 2021), expresiones vagas como “visitar al odontólogo regularmente” o el uso estandarizado “cada 6 meses”, han sido sustituidos por modelos que consideran el riesgo individual para justificar dicha periodicidad (Costa et al., 2012).

#### 2) Recopilación de datos sobre la rutina de higiene bucal.

**RECOMENDACIÓN:** EL ODONTÓLOGO DEBE RECOPIRAR DATOS SOBRE LA RUTINA DE HIGIENE BUCAL, INSTRUIR AL PACIENTE Y VERIFICAR LOS RESULTADOS SISTEMÁTICAMENTE

Para una correcta orientación, el formulario de anamnesis debe contener preguntas claras sobre los hábitos de higiene bucal, incluyendo frecuencia, dispositivos y preferencias del paciente. Guiar y demostrar técnicas puede mejorar los resultados relacionados con la higiene bucal (van der Weijden et al., 2005). Después de todo, las estrategias preventivas dependen en gran medida de los cambios de comportamiento, el conocimiento, el empoderamiento del paciente, así como de la motivación y el cumplimiento de las recomendaciones (Cota et al., 2021).



## IV) OTROS RECOMENDACIONES

### 1) Dejar de fumar

**RECOMENDACIÓN:** LOS ODONTÓLOGOS DEBEN MOTIVAR Y ORIENTAR A LOS PACIENTES FUMADORES A ABANDONAR ESTE HÁBITO

El tabaquismo se ha asociado con cáncer bucal y lesiones con riesgo de transformación maligna (Warnakulasuriya et al., 2010), periodontitis (Susin et al., 2004; Corraini et al., 2008) y pérdida de dientes (Helal et al., 2019). ), entre otras agresiones a la salud bucal. Por otro lado, dejar de fumar reduce el riesgo de pérdida de dientes (Souto et al., 2019), reduce el riesgo de periodontitis y su progresión, además de mejorar los resultados del tratamiento periodontal no quirúrgico (Leite et al., 2019; Ramseier et al., 2020). Por ello, se ha recomendado dejar de fumar en pacientes con periodontitis como primer paso en el tratamiento periodontal (Sanz et al., 2020).

Existe evidencia moderada de que la terapia cognitivo conductual combinada con la farmacoterapia ofrecida por los dentistas aumenta la tasa de abandono del hábito de fumar (Ramseier et al., 2015).

### 2) Estilo de vida saludable

**RECOMENDACIÓN:** LOS ODONTÓLOGOS DEBEN ACONSEJAR A SUS PACIENTES QUE ADOPTEN UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que una dieta saludable, actividad física y reducción del estrés mejoran la salud general y mejoran la calidad de vida de las personas (Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud,

2020). Aunque la evidencia sobre los beneficios del asesoramiento dietético, el ejercicio y la promoción de un estilo de vida saludable en la enfermedad periodontal es limitada (Ramseier et al., 2015; Ramseier et al., 2020), estos cambios de comportamiento que promueven la salud pueden ser beneficiosos para la salud bucal.





## REFERENCIAS

1. American Dental Association (ADA); 2014. [consultado el 30/07/2023] Disponible en <http://www.mouthhealthy.org/en/adults-40-60/>
2. Araujo MW, Charles CA, Weinstein RB, et al. Meta-analysis of the effect of an essential oil-containing mouthrinse on gingivitis and plaque. *J Am Dent Assoc.* 2015;146(8):610-622 and/or post-hoc analyses of dat
3. Australian Dental Association; 2023. [consultado el 30/07/2023] Disponible en <https://www.teeth.org.au/brushing-teeth>
4. Bauroth K, Charles CH, Mankodi SM, Simmons K, Zhao Q, Kumar LD. The efficacy of an essential oil antiseptic mouthrinse vs. dental floss in controlling interproximal gingivitis: a comparative study [published correction appears in *J Am Dent Assoc.* 2003 May;134(5):558]. *J Am Dent Assoc.* 2003;134(3):359-365.
5. Berchier CE, Slot DE, Haps S, Van der Weijden GA. The efficacy of dental floss in addition to a toothbrush on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *Int J Dent Hyg.* 2008 Nov;6(4):265-79. doi: 10.1111/j.1601-5037.2008.00336.x.
6. Bosma, M. L., McGuire, J. A., Sunkara, A., Sullivan, P., Yoder, A., Milleman, J., & Milleman, K. (2022). Efficacy of Flossing and Mouthrinsing Regimens on Plaque and Gingivitis: A randomized clinical trial. *Journal of dental hygiene: JDH*, 96(3), 8-20.
7. Chapple IL, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, Madianos P, Louropoulou A, Machtei E, Donos N, Greenwell H, Van Winkelhoff AJ, Eren Kuru B, Arweiler N, Teughels W, Aimetti M, Molina A, Montero E, Graziani F. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *J Clin Periodontol.* 2015 Apr;42 Suppl 16:71-6. doi: 10.1111/jcpe. 12366
8. Charles CA, Lisante TA, Revankar R, Cortelli JR, Cortelli SC, Aquino D, Goyal CR, Amini P. Early benefits with daily rinsing on gingival health improvements with an essential oil mouthrinse-post-hoc analysis of 5 clinical trials. *J Dent Hyg.* 2014;88 Suppl 1:40-50. PMID: 25071149.
9. Clarkson JE, Pitts NB, Fee PA, Goulao B, Boyers D, Ramsay CR, Floate R, Braid HJ, Ord FS, Worthington HV, van der Pol M, Young L, Freeman R, Gouick J, Humphris GM, Mitchell FE, McDonald AM, Norrie JDT, Sim K, Douglas G, Ricketts D. Examining the effectiveness of different dental recall strategies on maintenance of optimum oral health: the INTERVAL dental recalls randomised controlled trial. *Br Dent J.* 2021 Feb;230(4):236-243. doi: 10.1038/s41415-021-2612-0.
10. Corraini P, Baelum V, Pannuti CM, Pustiglioni AN, Romito GA, Pustiglioni FE. Periodontal attachment loss in an untreated isolated population of Brazil. *J Periodontol.* 2008 Apr;79(4):610-20. doi: 10.1902/jop.2008.070294.
11. Costa FO, Cota LO, Lages EJ, Lima Oliveira AP, Cortelli SC, Cortelli JR, Lorentz TC, Costa JE. Periodontal risk assessment model in a sample of regular and irregular compliers under maintenance therapy: a 3-year prospective study. *J Periodontol.* 2012 Mar;83(3):292-300. doi: 10.1902/jop.2011.110187. Epub 2011 Jun 21. PMID: 21692626.

12. Cota LOM, Villar CC, Vettore MV, Campos JR, Amaral GCLSD, Cortelli JR, Cortelli SC. Periodontal diseases: is it possible to prevent them? A populational and individual approach. *Braz Oral Res.* 2021 Sep 24;35(Supp 2):e098. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0098.
13. Delgado E, Garcia-Godoy F, Montero-Aguilar M, Mateo LR, Ryan M. A Clinical Investigation of a Dual Zinc plus Arginine Dentifrice in Reducing Established Dental Plaque and Gingivitis Over a Six-Month Period of Product Use. *J Clin Dent.* 2018 Sep;29(Spec No A):A33-40.
14. de Jager M, Rmaile A, Darch O, Bikker JW. The Effectiveness of Manual versus High-Frequency, High-Amplitude Sonic Powered Toothbrushes for Oral Health: A Meta-Analysis. *J Clin Dent.* 2017 Mar;28(1 Spec No A): A13-28.
15. Figuero E, Herrera D, Tobías A, Serrano J, Roldán S, Escribano M, Martín C. Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: A systematic review and network meta-analyses. *J Clin Periodontol.* 2019 Jul;46(7):723-739. doi: 10.1111/jcpe. 13127.
16. Genco RJ, Borgnakke WS. Risk factors for periodontal disease. *Periodontol 2000.* 2013 Jun;62(1):59-94. doi: 10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x.
17. Heasman PA, Holliday R, Bryant A, Preshaw PM. Evidence for the occurrence of gingival recession and non-carious cervical lesions as a consequence of traumatic toothbrushing. *J Clin Periodontol* 2015;42 Suppl 16:S237-55.
18. Helal O, Göstemeyer G, Krois J, Fawzy El Sayed K, Graetz C, Schwendicke F. Predictors for tooth loss in periodontitis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2019 Jul;46(7):699-712. doi: 10.1111/jcpe. 13118.
19. Johannsen A, Emilson CG, Johannsen G, Konradsson K, Lingström P, Ramberg P. Effects of stabilized stannous fluoride dentifrice on dental calculus, dental plaque, gingivitis, halitosis and stain: A systematic review. *Heliyon.* 2019 Dec 9;5(12):e02850. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e02850.
20. Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW. Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: A systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2016;95(11):1230-6.
21. Kumbargere Nagraj S, Eachempati P, Uma E, Singh VP, Ismail NM, Varghese E. Interventions for managing halitosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Dec 11;12(12):CD012213. doi: 10.1002/14651858.CD012213.pub2.
22. Kuo YW, Yen M, Fetzer S, Lee JD. Toothbrushing versus toothbrushing plus tongue cleaning in reducing halitosis and tongue coating: a systematic review and meta-analysis. *Nurs Res.* 2013 Nov-Dec;62(6):422-9. doi: 10.1097/NNR.0b013e3182a53b3a
23. Leite FRM, Nascimento GG, Baake S, Pedersen LD, Scheutz F, López R. Impact of Smoking Cessation on Periodontitis: A Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Longitudinal Observational and Interventional Studies. *Nicotine Tob Res.* 2019 Nov 19;21(12):1600-1608. doi: 10.1093/ntr/nty147.
24. León S, González K, Hugo FN, Gambetta-Tessini K, Giacaman RA. 2019. High Fluoride Dentifrice for Preventing and Arresting Root Caries in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Clinical Trial. *J Dent.* 86:110-117.
25. Lertpimonchai A, Rattanasiri S, Arj-Ong Vallibhakara S, Attia J, Thakkinstian A. The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Int Dent J.* 2017 Dec;67(6):332-343. doi: 10.1111/idj.12317.

26. O'Mullane DM, Baez RJ, Jones S et al. Fluoride and oral health. *Community Dent Health*. 2016;33(2):69-99.
27. Pitts N, Duckworth RM, Marsh P, Mutti B, Parnell C, Zero D. Post-brushing rinsing for the control of dental caries: exploration of the available evidence to establish what advice we should give our patients. *Br Dent J*. 2012;212(7):315-20.
28. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(3):CD002284.
29. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(1):CD002781.
30. Marinho VC. Cochrane reviews of randomized trials of fluoride therapies for preventing dental caries. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009;10(3):183-91.
31. Marinho VC, Chong LY, Worthington HV, Walsh T. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;7:CD002284.
32. Memon MA, Memon HA, Muhammad FE, Fahad S, Siddiqui A, Lee KY, Tahir MJ, Yousaf Z. Aetiology and associations of halitosis: A systematic review. *Oral Dis*. 2023 May;29(4):1432-1438. doi: 10.1111/odi.14172.
33. Meyer-Lueckel H, Machiulskiene V, Giacaman RA. 2019. How to Intervene in the Root Caries Process? Systematic Review and Meta-Analyses. *Caries Res*. 53(6):599-608.
34. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Physical Activity Prevents Chronic Disease (Internet]. CDC Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [cited 2020 Dec 17]. Available from: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/infographic/physical-activity.htm>.
35. National Health Service 2023. [consultado el 30/07/2023] Disponible en <https://www.nhsinform.scot/healthy-living/dental-health/your-teeth/teeth-cleaning-guide#:~:text=Remove%20plaque&text=Plaque%20causes%20tooth%20decay%20and,go%20to%20sleep%20at%20night>.
36. Nordstrom A, Birkhed D. Preventive effect of high-fluoride dentifrice (5,000 ppm) in caries-active adolescents: a 2-year clinical trial. *Caries Res*. 2010;44(3):323-31
37. Ramseier CA, Suvan JE. Behaviour change counselling for tobacco use cessation and promotion of healthy lifestyles: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2015; 42 (Suppl. 16): S47-S58. doi: 10.1111/jcpe.12351
38. Ramseier CA, Woelber JP, Kitzmann J, Detzen L, Carra MC, Bouchard P. Impact of risk factor control interventions for smoking cessation and promotion of healthy lifestyles in patients with periodontitis: A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22:90-106. doi: 10.1111/jcpe.13240.
39. Riley P, Lamont T. Triclosan/copolymer containing toothpastes for oral health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 5;2013(12):CD010514. doi: 10.1002/14651858.CD010514.pub2.
40. Sälzer S, Slot DE, Van der Weijden FA, Dörfer CE. Efficacy of inter-dental mechanical plaque control in managing gingivitis-a meta-review. *J Clin Periodontol*. 2015 Apr;42 Suppl 16:592-105. doi: 10.1111/jcpe.12363.

41. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Beglundh T, Sculean A, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22(Suppl 22):4-60. doi: 10.1111/jcpe.13290.
42. Sambunjak D, Nickerson JW, Poklepovic T, Johnson TM, Imai P, Tugwell P, Worthington HV. Flossing for the management of periodontal diseases and dental caries in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7;(12):CD008829. doi: 10.1002/14651858.CD008829.pub2.
43. Shamsoddin E. Dental floss as an adjuvant of the toothbrush helps gingival health. *Evid Based Dent*. 2022 Sep;23(3):94-96. doi: 10.1038/s41432-022-0818-x.
44. Sharma NC, Charles CH, Qaqish JG, Galustians HJ, Zhao Q, Kumar LD. Comparative effectiveness of an essential oil mouthrinse and dental floss in controlling interproximal gingivitis and plaque. *Am J Dent*. 2002;15(6):351-355.
45. Sharma N, Charles CH, Lynch MC, et al. Adjunctive benefit of an essential oil-containing mouthrinse in reducing plaque and gingivitis in patients who brush and floss regularly: a six-month study. *J Am Dent Assoc*. 2004;135(4):496-504.
46. Souto MLS, Rovai ES, Villar CC, Braga MM, Pannuti CM. Effect of smoking cessation on tooth loss: a systematic review with meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2019 Nov 12;19(1):245. doi: 10.1186/s12903-019-0930-2.
47. Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss attributable to cigarette smoking in an urban Brazilian population. *J Clin Periodontol*. 2004 Nov;31(11):951-8. doi: 10.1111/j.1600-051x.2004.00588.x.
48. Tenuta LMA, Nóbrega DF, Mei ML. Chapter 9.1: The Use of Fluorides in the Control of Coronal Caries. *Monogr Oral Sci*. 2023;31:129-148. doi: 10.1159/000530564. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37364557.
49. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol*. 2018 Jun;89 Suppl 1:S159-S172. doi: 10.1002/JPER. 18-0006.
50. Twetman S, Keller MK. Fluoride rinses, gels and foams: an update of controlled clinical trials. *Caries Res*. 2016;50 (Suppl 1):38-44.
51. Thomassen TMJA, Van der Weijden FGA, Slot DE. The efficacy of powered toothbrushes: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Dent Hyg*. 2022 Feb;20(1):3-17. doi: 10.1111/idh.12563.
52. van der Weijden GA, Hioe KP. A systematic review of the effectiveness of self-performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. *J Clin Periodontol*. 2005;32 Suppl 6:214-28. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00795.x.
53. Van der Weijden FA, Slot DE. Efficacy of homecare regimens for mechanical plaque removal in managing gingivitis -a meta review- *J Clin Periodontol* 2015; 42 (Suppl. 16): S77-S91. doi: 10.1111/jcpe.12359
54. Van der Weijden FA, Van der Sluijs E, Ciancio SG, Slot DE. Can Chemical Mouthwash Agents Achieve Plaque/Gingivitis Control? *Dent Clin North Am*. 2015 Oct;59(4):799-829. doi: 10.1016/j.cden.2015.06.002.

55. Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, et al. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int Dent J.* 2010;60(1):7-30.
56. Wierichs RJ, Meyer-Lueckel H. Systematic review on noninvasive treatment of root caries lesions. *J Dent Res* 2015;94(2):261-71
57. World Health Organization (WHO). Preventing disease through healthy environments. Inadequate or excess fluoride: A major public health concern. (WHO/CED/PHE/EPE/19.4.5). Geneva: WHO;2019



**SBPqO<sup>®</sup>**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE  
PESQUISA ODONTOLÓGICA  
DIVISÃO BRASILEIRA DA IADR

**LISTERINE<sup>®</sup>**

**GUÍA DE CUIDADO  
DIARIO EN SALUD BUCAL  
PARA PROFESIONALES  
DE LA SALUD**

Recomendaciones para que  
los profesionales orienten a  
sus pacientes