

Protocolos odontológicos

Salud Bucal

2014

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Protocolos Odontológicos

Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2014.

---- 256p: tabs: gra: 18x25 cm.

ISBN 978-9942-07-572-7

1. Salud pública
2. Odontología
3. Ortodoncia
4. Cirugía maxilofacial
5. Odontopediatría

6. Endodoncia
7. Periodoncia
8. Rehabilitación oral
9. Ecuador
10. Protocolo médico. Procedimientos

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia

Quito - Ecuador

Teléfono: (593) 2381 4400

www.salud.gob.ec

Protocolos odontológicos

Edición general: Dirección Nacional de Normatización – MSP

Publicado en marzo 2014

ISBN 978-9942-07-572-7



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización, 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Impreso por El Telégrafo

Corrección de estilo: La Caracola Editores

Hecho en Ecuador - Printed in Ecuador

No. 00004684

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que:** la Constitución de la República del Ecuador manda: "Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.";
- Que:** la misma Constitución de la República del Ecuador en el artículo 154 ordena: "A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde: 1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión. (...)";
- Que:** el artículo 361 de la Carta Magna dispone: "El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.";
- Que:** la Ley Orgánica de Salud prescribe: "Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.";
- Que:** la Ley *Ibidem* establece: "Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares; (...) 5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; (...)";
- Que:** con Acuerdo Ministerial No. 00000607 expedido el 14 de julio de 2011, publicado en el Registro Oficial No. 507 de 5 de agosto de 2011, se aprobó y autorizó la publicación de los manuales de "Protocolos Clínicos por Ciclo de Vida; Protocolos Terapéuticos; y, Protocolos Odontológicos.";
- Que:** a través de Acuerdo Ministerial No. 00000650 de 27 de julio de 2011, publicado en el Registro Oficial No. 517 de 22 de agosto de 2011, se aprobó y autorizó la publicación de las "Normas y Protocolos para la Atención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Diabetes 1, Diabetes 2, Dislipidemias, Hipertensión Arterial. Volumen I";
- Que:** con el objeto de actualizar los contenidos de las normas y de los protocolos aprobados mediante los Acuerdos Ministeriales antes citados, es necesario derogar los Acuerdos Ministeriales No. 00000607 expedido el 14 de julio de 2011 y No. 00000650 de 27 de julio de 2011; y,
- Que:** la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, mediante memorando No. MSP-SNGSP-2013-1919 de 11 de septiembre de 2013, solicita la derogación de los Acuerdos Ministeriales Nos. 00000607 de 14 de julio de 2011 y 00000650 de 27 de julio de 2011.

[Handwritten signatures and initials]



EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

- Art.1.-** Derogar el Acuerdo Ministerial No. 0000607 expedido el 14 de julio de 2011 y publicado en el Registro Oficial No. 507 de 5 de Agosto de 2011, mediante el cual se aprobó y autorizó la publicación de los Manuales de "Protocolos Clínicos por Ciclo de Vida; Protocolos Terapéuticos; y, Protocolos Odontológicos".
- Art.2.-** Derogar el Acuerdo Ministerial No. 0000650 de 27 de julio de 2011, publicado en el Registro Oficial No. 517 de 22 de agosto de 2011, a través del cual se aprobó y autorizó la publicación de las "Normas y Protocolos para la Atención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Diabetes 1, Diabetes 2, Dislipidemias, Hipertensión Arterial. Volumen I".-
- Art. 3.-** Aprobar y autorizar la publicación del Manual actualizado denominado "Protocolos Odontológicos".
- Art. 4.-** Publicar el Manual actualizado denominado "Protocolos Odontológicos", a través de la página web del Ministerio de Salud Pública.
- Art.5.-** Disponer la aplicación del citado Manual actualizado a nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública, de carácter obligatoria para el Sistema Nacional de Salud.
- Art. 6.-** De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública y a la Dirección Nacional de Normatización.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a, 07 ENE. 2014

Carina Vance Moya
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

| | Nombre | Área | Cargo | |
|-----------------------|-----------------------|---|-------------------------|--|
| Revisado | Dra. Elisa Ibarra | Coordinación General de Asesoría Jurídica | Coordinadora General | |
| | Mig. Isabel Ledesma | Dirección Nacional de Consultoría Legal | Directora Nacional | |
| Elaborado | Dra. Elina Herrera | Dirección Nacional de Consultoría Legal | Analista | |
| Aprobado | Dr. Miguel Mito | Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud | Viceministro | |
| Aprobado | Dra. Marysél Futuro | Viceministerio de Atención Integral en Salud | Viceministra | |
| Aprobado | Dra. Verónica Estroza | Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública | Subsecretaria Nacional | |
| Aprobado | Dr. Francisco Valdez | Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública | Subsecretario Nacional | |
| Aprobado | Dr. Osvaldo Selgado | Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud | Subsecretario Nacional | |
| Solicitado y Aprobado | Dra. Gabriela Aguirre | Dirección Nacional de Normatización | Directora Nacional, (I) | |

Contenido

Capítulo I. Protocolos de atención de salud. Primer nivel de atención

| | |
|--|----|
| Protocolo de la consulta odontológica | 17 |
| Protocolo del control prenatal. | 18 |
| Caries dental: definición, etiología, clasificación criterios de control y mantenimiento. | 19 |
| Caries limitada al esmalte, mancha blanca | 20 |
| Caries de esmalte | 20 |
| Caries de dentina | 21 |
| Caries de cemento | 22 |
| Caries detenida | 23 |
| Caries recidivante | 24 |
| Caries rampante | 25 |
| Erosión dental | 26 |
| Enfermedades de la pulpa | |
| Pulpitis reversible | 27 |
| Pulpitis irreversible | 27 |
| Pulpitis hiperplásica o pólipo pulpar | 28 |
| Necrosis pulpar | 29 |
| Absceso periapical con fístula | 29 |
| Absceso periapical sin fístula | 30 |
| Otros trastornos de los dientes y estructuras de sostén | 30 |
| Subluxación (dientes deciduos) | 31 |
| Extrusión | 32 |
| Luxación lateral | 32 |
| Intrusión | 33 |
| Avulsión | 34 |
| Alveolitis (osteítis alveolar aguda) | 34 |
| Síndrome disfunción dolorosa de la ATM | 36 |
| Fracturas dentarias | 36 |
| Otras enfermedades de los tejidos duros | |
| Atrición | 38 |
| Abrasión | 39 |
| Erosión | 40 |
| Enfermedades no específicas de los tejidos: afracción | 41 |
| Anodoncia | 42 |
| Anodoncia parcial | 42 |
| Dientes supernumerario | 43 |
| Anomalías del tamaño y forma del diente | 43 |

| | |
|--|----|
| Fusión, geminación y concrecencia | 43 |
| Dilaceración | 44 |
| Hipoplasia del esmalte | 45 |
| Enanismo y microdontismo | 45 |
| Dientes moteados. Fluorosis dental. | 46 |
| Anomalías de posición Código | 46 |
| Protocolos de colocación de anestésico en boca: anestesia tópica | 47 |
| Anestesia infiltrativa | 48 |
| Anestesia troncular mandibular | 49 |
| Protocolos de cirugía menor: exodoncia simple | 50 |
| Tratamiento de celulitis y absceso de la boca | 51 |
| Tratamiento de la pericoronaritis | 51 |
| Protocolos de prevención: profilaxis dental o limpieza dental | 53 |
| Aplicación de barniz de flúor | 53 |
| Topicación con flúor gel | 54 |
| Aplicación de sellantes fotocurado | 55 |
| Aplicación de sellantes autocurado | 55 |
| Protocolos de Operatoria dental | |
| Técnica de restauración atraumática (ART) | 56 |
| Restauración con resina de fotopolimerización | 58 |
| Restauración de piezas dentales con aleación de plata | 59 |
| Protocolos de promoción y educación | |
| Bebes de 0 meses a 2 años | 60 |
| Niños preescolares de 3 a 5 años | 60 |
| Escolares de 6 a 14 años | 61 |
| Adolescentes | 61 |
| Adultos | 62 |

Capítulo II. Protocolos de promoción y prevención para adolescentes

| | |
|---|----|
| Introducción | 65 |
| Abordaje y tratamiento odontológico en adolescentes | 66 |
| Protocolo para examen clínico odontológico | 68 |
| Protocolos de educación | 72 |
| Protocolo de prevención | 73 |
| Algoritmos | 75 |

Capítulo III. Protocolos de especialidades odontológicas para el II y III nivel de atención

Odontopediatría

| | |
|-----------|----|
| Anamnesis | 81 |
|-----------|----|

Protocolos de prevención de las principales patologías bucodentales

| | |
|--|----|
| Higiene bucal en niños sin dentición | 82 |
| Cepillado dental en niños menores de 5 años con dentición | 83 |
| Profilaxis en niños menores de 5 años de bajo y alto riesgo de caries | 84 |
| Utilización del hilo dental | 84 |
| Topicación con flúor en gel en niños mayores de 6 años | 85 |
| Aplicación de flúor barniz al 5% en niños menores de 5 años y pacientes de alto riesgo de caries | 86 |
| Aplicación de sellantes de fotocurado | 87 |
| Aplicación de sellantes (técnica ART) | 88 |

Protocolos de promoción y educación

| | |
|----------------------------|----|
| Educación en higiene bucal | 89 |
|----------------------------|----|

Atención de morbilidad

| | |
|-------------------------------|----|
| Caries dental | 90 |
| Caries mancha blanca | 91 |
| Caries de esmalte | 91 |
| Caries de dentina | 92 |
| Caries de la primera infancia | 93 |

Enfermedades de la pulpa

| | |
|----------------------|----|
| Pulpitis | 95 |
| Necrosis de la pulpa | 96 |

Lesiones traumáticas en tejidos de soporte y estructuras dentarias en niños

| | |
|--------------------------------|-----|
| Lesión en tejidos de soporte | 98 |
| Subluxación (dientes deciduos) | 98 |
| Extrusión | 99 |
| Luxación lateral | 100 |
| Intrusión | 100 |
| Avulsión (dientes deciduos) | 101 |
| Anestesia en niños | 101 |
| Raíz retenida | 101 |
| Mantenedor de espacio | 102 |

Capítulo IV. Protocolos de odontopediatría para tercer nivel de atención

Cirugía

| | |
|---|-----|
| Normas de admisión para el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial | 113 |
| Ingreso de los pacientes al Servicio CMF por consulta externa | 113 |
| Admisión de pacientes de la consulta externa | 114 |
| Admisión de pacientes por urgencia | 115 |
| Hospitalización del paciente | 116 |
| Solicitud de análisis clínico de Laboratorios | 117 |
| Estudios radiológicos y anatomo-patológicos, exámenes de gabinete | |
| Interconsultas | 118 |
| Suministros de medicamentos | 118 |
| Egreso de pacientes hospitalizados | 118 |
| Egreso voluntario de pacientes | 119 |
| Egreso por defunción | 119 |
| Tratamiento de la pericoronaritis, pericoronitis aguda | 120 |
| Cirugía preprotésica y otras enfermedades específicas de los maxilares | 121 |
| Tratamiento de dientes retenidos, dientes incluidos | 122 |
| Toma de biopsia | 123 |
| Implantología oral | 124 |
| Tratamiento de celulitis y absceso de boca | 125 |
| Tratamiento de afecciones de senos maxilares, afecciones inflamatorias de los maxilares | 126 |
| Enfermedades de las glándulas salivales, mucocele de la glándula salival, enfermedad de la glándula salival no especificada (sialoadenopatía) | 127 |
| Tratamiento de tumores y quistes odontogénicos | |
| Quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte | |
| Quistes originados por el desarrollo de los dientes | 128 |
| Curación de las heridas, herida de la mejilla y de la región temporomandibular | |
| herida del labio y de la cavidad bucal | 131 |
| Plastia de heridas faciales con anestesia local | 132 |
| Padecimientos de ATM del síndrome miofacial doloroso | 133 |
| Luxación de la ATM | 134 |
| Tratamiento de la osteoartritis y osteoartrosis de ATM | 135 |
| Tratamiento quirúrgico de una fractura facial | 137 |
| Cirugía del maxilar | 137 |
| Cirugía de la mandibular | 139 |
| Cirugía bimaxilar | 140 |
| Mentoplastia de avance y retrusión | 141 |

| | |
|--|-----|
| Tratamiento de la hipertrofia maseterina bichectomía, mioplastía de músculos maseteros | 142 |
| Reconstrucciones faciales con somatoprótesis | 142 |
| Hendiduras labiales y palatinas 4.36.1 labio plastias, 4.36.2. palatoplastias, 4.36.3. manejo de las secuelas del paciente con labio y paladar fisurado. | 143 |
| Enfermedades de los labios, fisura del paladar y labio leporino | 144 |
| Tratamiento de cáncer oral. Neoplasias | 145 |
| Anexos | 147 |

Endodoncia

| | |
|--|-----|
| Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales: pulpitis reversible | 150 |
| Patología: pulpitis irreversible, pulpitis ulcerosa, pulpitis hiperplásica o pólipo pulpar, reabsorción dentinaria interna | 151 |
| Patología: necrosis pulpar, gangrena pulpar | 153 |
| Patologías periapicales o periradiculares | 154 |
| Periodontitis apical aguda | 155 |
| Periodontitis apical crónica | 155 |
| Absceso periapical con fístula | 157 |
| Absceso periapical sin fístula | 159 |
| Protocolo de manejo de accidente con hipoclorito de sodio | 160 |
| Anexos | 162 |

Periodoncia

| | |
|---|-----|
| Enfermedades gingivales inducidas por placa bacteriana | 166 |
| Enfermedades gingivales no asociadas a placa bacteriana | 168 |
| Periodontitis crónica | 169 |
| Periodontitis agresiva | 170 |
| Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas | 171 |
| Enfermedades periodontales necrotizantes | 173 |
| Abscesos del periodonto | 174 |
| Periodontitis asociada a lesiones endodónticas | 175 |
| Factores localizados relacionados con el diente que modifican o predisponen a la presencia de enfermedades gingivales/periodontales inducidas por placa | 175 |
| Deformaciones y condiciones mucogingivales | 176 |
| Trauma de la oclusión | 177 |
| Anexos | 178 |

Ortodoncia

| | |
|---|-----|
| Anomalías dentofaciales | 179 |
| Diagnóstico y tratamiento de maloclusiones en dentición primaria | 182 |
| Clase I | 190 |
| Clase II | 191 |
| Clase III | 193 |
| Máscara facial ortopédica de tracción inversa | 194 |
| Posibles estrategias terapéuticas para las diferentes maloclusiones | 194 |
| Secuencia de aparatología fija | 196 |
| Protocolo de adhesión de <i>brackets</i> , tubos y similares | 197 |
| Protocolo de cementación de bandas | 197 |
| Anexos | 198 |

Rehabilitación oral

| | |
|---|-----|
| Caries dental | 209 |
| Restauración de dientes moteados | 210 |
| Elaboración de incrustaciones de resina | 211 |
| Cementación de la incrustación | 213 |
| Elaboración de una corona acrílica | 213 |
| Colocación de pernos por colado | 214 |
| Colocación de pernos no metálicos estéticos | 215 |
| Elaboración de prótesis fija | 216 |
| Prótesis parcial removible | 218 |
| Elaboración de una prótesis total (edéntulo total) | 220 |
| Anexos | 222 |

Referencias Bibliográficas 228

Anexos

| | |
|--|-----|
| Manual de uso del Formulario 033 Historia Clínica Única de Odontología | 233 |
|--|-----|

Autoridades:

Mgs. Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública

Dr. Francisco Vallejo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud

Dra. Verónica Espinosa, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud

Dra. Gabriela Aguinaga, Directora Nacional de Normatización

Edición general

Dirección Nacional de Normatización

Presentación

La salud bucal sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad bucal, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. La caries dental es la enfermedad más común en los niños y niñas del Ecuador; tal es así que el 76,5% de los escolares ecuatorianos tienen caries dental (Estudio Epidemiológico Nacional de Salud Bucal en Escolares Menores de 15 años de Ecuador 2009 - 2010). Sin embargo, gracias a una intervención temprana, la caries dental puede evitarse o tratarse a un costo reducido.

El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo de instituciones, IESS, universidades, Fuerzas Armadas, Policía, el gremio y la clase profesional privada, ha desarrollado estos documentos consciente de la responsabilidad que le compete para mejorar el nivel de salud y vida de los ciudadanos y ciudadanas del país, a fin de cumplir con su rol Rector en todas y cada una de las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Por esto, se han elaborado los presentes protocolos de atención odontológicos, con el propósito de brindar atención integral en todos los ciclo de vida.

Este documento contiene protocolos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucodental, basados en evidencia, con métodos y tecnología científicamente fundamentados, poniéndolos al alcance del talento humano que conforma el Sistema Nacional de Salud. Se trata de protocolos elaborados y validados con la participación de especialistas de diferentes instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud.

Mag. Carina Vance Mafla
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Introducción

La transformación Sectorial en el Ecuador tiene como objetivo general construir un Sistema Nacional de Salud que permita garantizar el acceso universal de los ecuatorianos a los servicios públicos de salud, estructurados en una Red Pública Integral de Salud y Complementaria, con atención de calidad, calidez, eficiencia y sin costo para el usuario.

Esta transformación Sectorial e Institucional avanza en cumplimiento de la Constitución de la República que, en su Artículo 32, determina que “la salud es un derecho que garantiza el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales...”.

El Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional, se halla en procesos de reestructuración institucional, redefinición de su rol rector y regulador, nuevas competencias y atribuciones, nuevo modelo de gestión y atención y trabajo coordinado con las instituciones públicas y privadas del sector salud.

La cartera de servicios la constituyen las prestaciones de salud diferenciadas que se brindan en las unidades de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención, con acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Para este conjunto de prestaciones de salud se requiere de instrumentos técnico-normativos estandarizados que permitan reducir la variabilidad en la práctica odontológica brindando acciones integradas de salud con calidad, calidez y seguridad para el usuario.

En este sentido, los presentes Protocolos odontológicos buscan mejorar la calidad de vida y salud de la población de nuestro país. Además tiene la finalidad de constituirse en instrumentos de guía para la aplicación de intervenciones orientadas a esta población y ser utilizadas con la flexibilidad necesaria que permita adaptarlas a las diferentes realidades.



Capítulo I

Protocolos de Atención de
Salud Bucal.
Primer Nivel de Atención

Protocolo de la consulta odontológica

| CONSULTA ODONTOLÓGICA | |
|--|--|
| EXAMEN ODONTOLÓGICO CLASIFICACIÓN CIE – 10 <u>Z01.2</u> | |
| <p>Definición: la consulta odontológica es la entrevista del usuario con el odontólogo, para la valoración completa del estado de su salud bucal.</p> | |
| | PROTOCOLO |
| <p>Historia Clínica 033 del paciente</p> | <p>1. Anamnesis del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datos personales. - Antecedentes familiares. - Antecedentes personales. - Enfermedad actual. <p>2. Examen extraoral</p> <p>El examen consiste en una valoración del estado general del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Simetría de las dimensiones faciales. - Ojos incluyendo el aspecto del globo ocular. - Color y el aspecto de la piel. - Articulaciones temporomandibulares. - Ganglios linfáticos cervicales. submandibulares y occipitales. - Fosas nasales: ventilación, secreciones. - Puntos dolorosos de Vailllex. - Perfil. - Evaluación de músculos. <p>3. Examen intraoral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tejidos blandos, incluyendo la orofaringe y las amígdalas. - Higiene bucal y estado periodontal. - Piezas dentales. - Oclusión. - Exámenes complementarios. <p>4. Educación y motivación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consejería: dieta e higiene. <p>5.-Diagnóstico y establecimiento de la causa</p> <p>Después de los procedimientos anteriores, se debe realizar el diagnóstico del estado bucal del paciente, para determinar los tratamientos que pueden ser realizados en cada uno de ellos.</p> |
| <p>Nota:</p> <p>La primera consulta odontológica debe ser realizada a los seis meses de edad, debido a que en esa etapa se inicia la erupción dentaria decidua.</p> | |
| <p>Criterio de referencia</p> <p>De acuerdo al diagnóstico del paciente, el odontólogo debe determinar su tratamiento o la referencia al establecimiento de segundo o tercer nivel.</p> | |

Caries dental

Patología: caries dental código CIE- 10 - K02

Definición:

Enfermedad infectocontagiosa que produce desmineralización de la sustancia inorgánica y desnaturalización de la sustancia orgánica.

Etiología

Es una enfermedad multifactorial:

- Microbiana.
- Sustrato o dieta alimentaria.
- Huésped.
- Otros factores (tiempo, cantidad y calidad de la saliva, control de placa bacteriana).

Clasificación

- Caries de esmalte.
- Caries de dentina.
- Caries de cemento.
- Caries detenida.
- Caries recidivante.
- Caries rampante o síndrome del biberón.
- Caries dental no especificada.
- Odontoclasia (destrucción dental).

| | |
|---|--|
| Criterios de diagnóstico | <p>Visual:</p> <p>Clínico: Detector de caries. Transiluminación. Desbridación.</p> <p>Radiográfico: Convencional.</p> |
| Protocolo de control y mantenimiento | <ul style="list-style-type: none"> - Dieta rica en flúor y calcio, mínima en carbohidratos. - Plan de higiene. - Enjuagatorios: con clorhexidina al 0,12% por siete días. - Uso de colutorios. - Uso de chicles (xilitol). - Motivación y educación. |

| PATOLOGÍA: CARIES LIMITADA AL ESMALTE MANCHA BLANCA, CÓDIGO CIE – 10 - <u>K02.0</u> | |
|--|-------------------------------------|
| Definición: lesión que en la fase inicial de la enfermedad provoca opacidad en el esmalte dando un color blanco tiza. | |
| Etiología | Enfermedad multifactorial. |
| Procedimiento | |
| Identificación de mancha blanca: visualización al secado-opaca Limpieza del área a tratar con copa de caucho y piedra pomez. Aislamiento relativo del campo operatorio y succión. Secado del área a tratar. Aplicación de flúor barniz. Indicar al paciente que no debe consumir alimentos sólidos y líquidos por dos horas ni cepillarse los dientes por 12 horas. | |
| Diagnóstico diferencial: | Hipoplasia del esmalte Fluorosis |
| Complicaciones | Caries cavitada de esmalte. |
| Diagnóstico diferencial | Fluorosis. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y Mantenimiento | Cada tres meses. |

| PATOLOGÍA: CARIES DE ESMALTE, CÓDIGO CIE – 10 - <u>K02.0</u> | |
|--|---|
| Definición: lesión producida por la descalcificación y disolución progresiva de la matriz inorgánica del esmalte. | |
| Etiología | Factores locales (fosas y fisuras profundas, placa bacteriana, composición y cantidad de saliva, mal posición dental, higiene oral deficiente, etc.). Factores generales (Strés, nutrición, herencia, enfermedades sistémicas, condiciones socio-económicas). |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - Fosas y fisuras. - Puntos y superficies interproximales. - Superficies lisas. |
| Manifestaciones clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Asintomático. - Presenta una superficie de color blanco tiza a pardo o negro. - Microcavitación en el esmalte. |
| Criterios de diagnóstico | Clinico. Radiográfico. |

| | |
|---------------------------------|---|
| Diagnóstico diferencial | Fluorosis. Hipoplasia del esmalte. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. |
| Plan de tratamiento | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar toda la zona afectada (uso de detector de caries). - Eliminar el tejido cariado, remineralizar zona afectada. - Prevención (sellado) y remineralización. - Restauración definitiva (resina y/o ionómero de vidrio de sellado o de restauración). - Control de oclusión. |
| Complicaciones | Caries de dentina. |
| Criterios de referencia | No requiere. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Cada seis meses: <ul style="list-style-type: none"> - Control de placa bacteriana. - Control de pH salival. - Control de dieta. |

| | |
|--|---|
| PATOLOGÍA: CARIES DE DENTINA, CÓDIGO CIE – 10 <u>K02.1</u> | |
| Definición: destrucción de la matriz inorgánica y orgánica de la dentina. | |
| Etiología | Enfermedad multifactorial. |
| Clasificación | Superficial- infectada. Profunda- afectada. |
| Manifestaciones clínicas | Sintomático Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos (pulpitis) Cavidad con tejido reblandecido y cambio de coloración (café o marrón) |
| Criterios de diagnóstico | Transiluminación Uso de revelador de caries Clínico: exploración con sonda Radiográfico |
| Diagnóstico diferencial | Dentina reparativa o terciaria Hiperestesia dentinaria Abrasión, erosión, atrición, afracción |
| Exámenes complementarios | Radiográfico |

| Plan de tratamiento | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Administración de anestesia cuando el caso lo requiere. - Aislado absoluto o relativo. - Apertura. - Remoción de dentina infectada. - Mantenimiento de dentina afectada. - Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2%. - Protección indirecta (hidróxido de calcio, ionómero de base) en cavidades profundas (-2mm). - Obturación definitiva (amalgama, resina y/o ionómero de vidrio de restauración, <i>inlays</i>, <i>onlays</i>) - Control de oclusión. - Plan de prevención, control y mantenimiento. | |
| Complicaciones | Pulpitis irreversible, herida pulpar, necrosis, absceso. |
| Criterios de referencia | No requiere. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Cada seis meses: Control de placa bacteriana. Control de pH salival. Control de dieta. |

| PATOLOGÍA: CARIES DE CEMENTO, CÓDIGO CIE – 10 - <u>K02.2</u> | |
|--|--|
| Definición: destrucción de la matriz orgánica e inorgánica del cemento. | |
| Etiología | Retracción gingival. Radioterapias. Enfermedad periodontal. Otros. |
| Clasificación | Superficial. Profunda. |
| Manifestaciones clínicas | Sintomático. Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos (pulpitis). Cavidad con tejido reblandecido y cambio de coloración. |
| Criterios de diagnóstico | Uso de revelador de caries. Clínico: exploración. Radiográfico. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Diagnóstico diferencial | Atrición. Abrasión. Erosión. Afracción. Pulpitis reversible e irreversible. Hipersensibilidad dentinaria. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. |
| Procedimiento | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Administración de anestesia. - Aislamiento absoluto o relativo. - Remoción del tejido cariado con cuchareta o turbina (uso de detector de caries). - Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otro. - Obturación definitiva |
| Complicaciones | Pulpitis. |
| Criterios de referencia | No requiere. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Cada tres meses: Control de placa bacteriana. Control de pH salival. Control de dieta. |

| | |
|--|---|
| PATOLOGÍA: CARIES DETENIDA, CÓDIGO CIE – 10 - K02.3 | |
| Definición: caries con formación de dentina terciaria o esclerótica como defensa. | |
| Etiología | Multifactorial por cambios de Ph del medio bucal, alimenticio, de aseo o uso de medios preventivos. |
| Manifestaciones clínicas | Asintomático. Lesiones poco profundas. Cavidad con cambio de coloración y formación de dentina terciaria. |
| Criterios de diagnóstico | Uso de detector de caries. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Lesión en mancha blanca. Defecto del desarrollo del esmalte por translucirse y localización. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. |
| Plan de tratamiento | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar los factores de riesgo (higiene bucal, control de dieta). - En caso de requerir realizar procedimientos mínimamente invasivos (barniz de flúor, sellantes de ionómero de vidrio). |

| | |
|--------------------------------|---|
| Complicaciones | Caries activa. |
| Criterios de referencia | No requiere. |
| Criterios de alta | Resolución del caso |
| Control y mantenimiento | Cada seis meses: Control de placa bacteriana. Control de pH salival. Control de dieta. |

Otras caries dentales, código CIE-10 - K02.8

| PATOLOGÍA: CARIES RECIDIVANTE, CÓDIGO CIE-10 - <u>K02.8</u> | |
|---|---|
| Definición: caries que se origina alrededor de una restauración. | |
| Etiología | Pérdida marginal. Restauración defectuosa. Filtración marginal. Presencia de espacios entre la restauración y el tejido dentario. Iatrogénica. Mala higiene. Dieta cariogénica. |
| Clasificación | Residual. Recidivante. |
| Manifestaciones clínicas | Sintomático de evolución rápida. Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos. Cavidad con tejido reblandecido, cambia de coloración. Halitosis. |
| Criterios de diagnóstico | Uso de revelador de caries. Clínico: exploración. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Hiperemia pulpar, pulpitis reversible. Pulpitis irreversible. Necrosis pulpar. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. |

| Procedimiento | |
|--------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Administración de anestesia cuando el caso lo requiere. - Aislado absoluto o relativo. - Retiro de restauración . - Remoción de dentina infectada. - Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2%. - Protección indirecta (hidróxido de calcio puntual, ionómero de base). - Obturación definitiva. - Control de la oclusión. |
| Complicaciones | Pulpitis, necrosis, absceso. |
| Criterios de referencia | No requiere. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Cada seis meses: Control de placa bacteriana. Control de pH salival. Control de dieta. |

| PATOLOGÍA: CARIES RAMPANTE, CÓDIGO CIE-10 - <u>K02.8</u> | |
|---|---|
| Definición: Caries agresiva extensa que afecta a pacientes pediátricos más frecuentemente. | |
| Etiología | Acción rampante y prolongada de los sustratos cariogénicos (dieta). Uso prolongado del biberón. Reducción del flujo salival nocturno y disminución de la capacidad tamponadora. Mala higiene bucal. |
| Manifestaciones clínicas | Sintomático de evolución rápida que afecta en primera instancia a los dientes temporales antero superiores y luego a los dientes posteriores. Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos. Cavidad con tejido reblandecido, cambia de coloración. |
| Criterios de diagnóstico | Uso de revelador de caries, opcional Clínico: exploración con sonda. |
| Diagnóstico diferencial | Hipoplasia del esmalte, amelogenénesis imperfecta. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. |
| Procedimiento | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Administración de anestesia cuando el caso lo requiere. - Aislamiento absoluto o relativo. - Remoción del esmalte y dentina cariada. - Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros. - Protección indirecta (hidróxido de calcio, ionómero de base). - Obturación definitiva (resina y/o ionómero de restauración). |

| | |
|--------------------------------|--|
| Complicaciones | Pulpitis. Necrosis. Abscesos. Fractura coronaria. |
| Criterios de referencia | De acuerdo al grado de riesgo. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Eliminación del hábito. Control de placa bacteriana. Control de pH salival. Control de dieta. Control cada tres meses. |

EROSIÓN DENTAL, - K03.2

Definición: pérdida de la sustancia dental por procesos químicos que no implica acción bacteriana conocida.

| | |
|---------------------------------|---|
| Etiología | Química por acidosis local. |
| Clasificación | Intrínseca. Extrínseca. |
| Manifestaciones clínicas | Asintomática. Sintomático. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. |
| Diagnóstico diferencial | Amelógenesis imperfecta. Hipoplasia del esmalte. Abrasión, atrición, afracción. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. |

PROCEDIMIENTO

- Antisepsia de las superficies a tratar.
- Lavado, secado.
- Grabado de cavidad, lavado, secado.
- Aplicación adhesiva.
- Restauración: ionómero, resina.

| | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| Complicaciones | • Hiperemia pulpar: |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Cada seis meses. |

Enfermedades de la pulpa, código CIE- 10 K04

| PULPITIS REVERSIBLE, CÓDIGO CIE – 10 K04.0 | |
|--|---|
| Definición: es la inflamación de la pulpa con capacidad reparativa una vez eliminada la causa. No requiere tratamiento de conductos radiculares. | |
| Etiología | Caries. Dentina expuesta. Traumatismos. Problemas de oclusión. Preparación de cavidades sin refrigeración. Restauraciones defectuosas. Excesiva deshidratación de la dentina. |
| Manifestaciones clínicas | Dolor agudo provocado por estímulos como: frío, calor, ácidos y dulce. Cede al retirar el estímulo. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico: exploración. Aplicación de calor y frío. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Pulpitis irreversible. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico, transiluminación. |
| Procedimiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Administración de anestesia local infiltrativa o troncular. - Aislado absoluto o relativo. - Eliminar el factor etiológico. - Desinfección cavitaria con clorhexidina al 2%. - Protección pulpar indirecta con hidróxido de calcio, puntual y o cemento de base (ionómero de base). - En caso de exposición pulpar aseptica, realizar protección pulpar directa con MTA o hidroxido de calcio químicamente puro. - Obturación temporal por 15 días con ionomero de vidrio. - Restauración definitiva. | |
| Terapéutica | Si se requiere, antiinflamatorio y / o analgésico. |
| Complicaciones | Pulpitis irreversible. Necrosis de la pulpa. |
| Criterios de referencia | Dolor persistente. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Control a los 15 días y luego trimestral. |

| PATOLOGÍA: PULPITIS IRREVERSIBLE, CÓDIGO CIE – 10 - K04.0 | |
|---|---|
| Definición: inflamación pulpar sin capacidad reparativa a pesar de haber eliminado la causa. Requiere tratamiento de conductos radiculares. | |
| Etiología | <p>Pulpitis reversible no tratada.</p> <p>Caries profunda con compromiso pulpar.</p> <p>Traumatismos.</p> <p>Restauraciones defectuosas.</p> <p>Fracturas coronarias.</p> <p>Irritaciones químicas.</p> |
| Manifestaciones clínicas | Dolor agudo pulsátil, espontáneo de larga duración y exacerbado por el calor y la percusión vertical, puede ser localizado o difuso, intermitente. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico: exploración, aplicación de calor, frío y percusión vertical. |
| Diagnóstico diferencial | <p>Pulpitis reversible.</p> <p>Absceso dentoalveolar agudo.</p> <p>Necrosis pulpar.</p> |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. |
| Procedimiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Administrar anestesia local infiltrativa o troncular. - Aislamiento absoluto o relativo. - Retiro de caries. - Acceso cameral con fresa redonda. - Eliminar pulpa cameral. - Irrigar con Hipoclorito de sodio al 2,5%. - Colocar torunda estéril con paramonoclorofenol. - Obturación temporal. - Referencia al nivel superior. | |
| Terapéutica | Antiinflamatorio y/o analgésico. |
| Complicaciones | <p>Dolor postoperatorio.</p> <p>Necrosis pulpar.</p> <p>Absceso dentoalveolar agudo.</p> <p>Perforación de furca.</p> |
| Criterios de referencia | Tratamiento de especialidad. |

| PATOLOGÍA: PULPITIS HIPERPLÁSICA O PÓLIPO PULPAR, CÓDIGO CIE – 10 <u>K04.0</u> | |
|---|---|
| Definición: inflamación crónica de la pulpa joven expuesta. | |
| Etiología | Se produce generalmente en dientes jóvenes con caries profundas. Agente irritante de baja intensidad y larga duración. |
| Manifestaciones clínicas | Sintomatología leve a la exploración y a la presión. Se presenta sobre todo en molares. Destrucción coronaria amplia. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Pólipo gingival. |
| Procedimiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Administrar anestesia local infiltrativa o troncular. - Aislamiento absoluto o relativo. - Retiro de caries. - Acceso cameral con fresa redonda. - Eliminar pulpa cameral. - Irrigar con hipoclorito de sodio al 2,5% y/o hidróxido de calcio químicamente puro con suero fisiológico. - Colocar torunda estéril con paramonoclorofenol. - Obturación temporal. - Referencia al nivel superior. | |
| Terapéutica | Analgésicos. |
| Complicaciones | Necrosis. Abscesos crónicos. |
| Criterios de referencia | Referencia a especialidad de Endodoncia. |

| PATOLOGÍA: NECROSIS PULPAR, CÓDIGO CIE- 10 <u>K04.1</u> | |
|--|---|
| Definición: muerte de la pulpa parcial o total. | |
| Etiología | Procesos inflamatorios o traumáticos. Agentes físicos, químicos o infecciosos. Evolución de pulpitis irreversibles. |
| Manifestaciones clínicas | Asintomático. Discromía (cambio de coloración de la corona) |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico. |

| | |
|--|---|
| Diagnóstico diferencial | Absceso periapical crónico. Absceso periodontal. |
| Plan de tratamiento | |
| Referencia a especialidad de Endodoncia. | |
| Complicaciones | Absceso dento alveolar agudo sin fístula. Celulitis. |
| Criterios de referencia | Tratamiento de especialidad. |

PATOLOGÍA: ABSCESO PERIAPICAL CON FÍSTULA, CÓDIGO CIE- 10 K04.6

Definición: respuesta local defensiva de hueso alveolar que rodea el ápice como consecuencia de una necrosis pulpar.

| | |
|--|--|
| Etiología | Procesos inflamatorios o traumáticos. Agentes físicos, químicos o infecciosos. Evolución de necrosis pulpar. |
| Manifestaciones clínicas | Asintomático. Discromía (cambio de coloración de la corona). Presencia de fístula. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Absceso periodontal. |
| Plan de tratamiento | |
| Referencia a especialidad de Endodoncia. | |
| Complicaciones | Absceso dentoalveolar agudo. Celulitis. |
| Criterios de referencia | Tratamiento de especialidad |

PATOLOGÍA: ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA, CÓDIGO CIE – 10 - K04.7

Definición: inflamación aguda y supurativa de los tejidos periapicales con acumulación de exudado purulento.

| | |
|---------------------------------|---|
| Etiología | Persistencia e intensificación del proceso microbiano de la pulpa. |
| Manifestaciones clínicas | Sintomático agudo. Dolor severo, constante y pulsátil. Extrusión con movilidad dentaria. Acumulación de pus y exudado. Cuadro febril. Dolor a la percusión vertical. |

| | |
|--|--|
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Síndrome endoperiodontal. Celulitis. |
| Exámenes complementarios | Laboratorio si el caso lo requiere. Cultivo y antibiograma. |
| Terapéutica | Antibioticoterapia. Analgésicos y/o antiinflamatorios. Calor local húmedo. |
| Procedimiento | |
| Apertura cameral con fresa redonda. Localizar conductos radiculares. Realizar drenaje de contenido purulento. Irrigar con hipoclorito de sodio al 2,5 %. Colocar torunda de algodón por 24 horas. Referir a especialidad de Endodoncia. | |
| Criterios de referencia | Tratamiento de especialidad. |

Otros trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén, código CIE-10 – K08

| | |
|--|---|
| PATOLOGÍA: SUBLUXACIÓN, CÓDIGO CIE – 10 – K08.1 | |
| Definición: lesión provocada por un impacto mayor que ocasiona ruptura de algunos vasos sanguíneos, y de algunas fibras del ligamento periodontal, hay hemorragia en el surco gingival. | |
| Etiología | Traumática. |
| Manifestaciones clínicas | Diente sensible a la percusión y masticación. Presencia de movilidad dentaria, más no desplazamiento. No se observa signos patológicos radiográficamente. |
| Exámenes complementarios | Radiografías periapicales y panorámica. Pruebas de sensibilidad y vitalidad pulpar. |
| Plan de tratamiento | |
| Alivio de las interferencias oclusales. Dieta blanda por dos semanas. Antiinflamatorios y/o analgésicos. Ferulización de acuerdo al caso. Observación y evaluación periódica del paciente. | |
| Complicaciones | Necrosis pulpar. Reabsorción ósea y/o radicular. Complicaciones periapicales ocasionales. |

| | |
|--------------------------------|---|
| Control y mantenimiento | Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada tres meses. |
|--------------------------------|---|

PATOLOGÍA: EXTRUSIÓN, CÓDIGO CIE – 10 – K08.1

Definición: lesión provocada casi siempre por fuerzas oblicuas que desplazan al diente sacándolo parcialmente de su alveolo; hay ruptura de vasos sanguíneos y de terminaciones nerviosas de ligamento y de pulpa, también hay ruptura de algunas fibras del ligamento periodontal.

| | |
|---------------------------------|--|
| Etiología | Traumática. |
| Manifestaciones clínicas | Diente sensible a la percusión y masticación. Diente desplazado axialmente fuera del alveolo. Diente con mucha movilidad. |
| Exámenes complementarios | Radiografías periapicales (técnica de la bisectriz para desplazamiento). Radiografía panorámica. Pruebas de sensibilidad y vitalidad pulpar. |

Plan de tratamiento

Dependiendo de la edad del paciente, el diente puede ser dejado en la nueva posición.
No se debe intentar reubicar un diente primario.
No férula.
Dieta blanda por dos semanas.
Observación y evaluación periódica del paciente.

Nota: la alternativa es la exodoncia de la pieza primaria para no provocar alteraciones en el germen de reemplazo.

| | |
|--------------------------------|--|
| Complicaciones | Necrosis pulpar. Complicaciones periapicales ocasionales. Reabsorción ósea y /o radicular. Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo. |
| Control y mantenimiento | Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada tres meses. |

PATOLOGÍA: LUXACION LATERAL, CÓDIGO CIE – 10 – K08

Definición: lesión provocada casi siempre por fuerzas horizontales que desplazan al diente horizontalmente, la corona hacia lingual y el ápice y tabla ósea hacia vestibular, es la lesión más común en dentición primaria.

| | |
|--|---|
| Etiología | Traumática. |
| Manifestaciones clínicas | Diente sensible a la percusión y masticación. Diente desplazado oblicuo y horizontalmente. Bastante sangrado por ruptura de vasos, pulpa y ligamento. |
| Exámenes complementarios | Radiografías periapicales. Radiografía panorámica. |
| Plan de tratamiento | |
| <p>Dependiendo de la edad del paciente, el diente puede ser dejado en la nueva posición; la lengua se encarga de reubicar en los niños muy pequeños. No se debe intentar reubicación forzada. Dieta blanda por dos semanas. Observación y evaluación periódica del paciente.</p> <p>Nota: la alternativa es la exodoncia de la pieza primaria para no provocar alteraciones en el germen de reemplazo.</p> | |
| Complicaciones | Necrosis pulpar. Complicaciones periapicales ocasionales. Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo. |
| Control y mantenimiento | Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada tres meses. |

PATOLOGÍA: INTRUSIÓN, CÓDIGO CIE – 10 - K08.1

Definición: lesión que provoca el mayor daño a la pulpa y ligamento, el diente es desplazado dentro del alveolo por un impacto.

| | |
|--|--|
| Etiología | Traumática. |
| Manifestaciones clínicas | Diente no visible (no necesariamente NO VISIBLE, ya que la intrusión puede ser total o parcial Ej. Intrusión en 1 mm o 3 mm) que responde a la percusión con un sonido metálico Bastante sangrado por ruptura de vasos, pulpa y ligamento El diagnóstico es prioritariamente radiográfico. |
| Exámenes complementarios | Radiografías periapicales (técnicas de localización). Radiografía panorámica. |
| Plan de tratamiento | |
| <p>Dependiendo de la edad del paciente: Dientes temporales, esperar reerupción. Dientes definitivos con formación incompleta de ápex, esperar reerupción. Dientes definitivos con formación completa de ápex, referir a especialista ortodoncia o cirugía.</p> | |

| | |
|--------------------------------|--|
| Complicaciones | Necrosis pulpar. Complicaciones periapicales ocasionales. Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo. |
| Control y mantenimiento | Supervisar con radiografías cada tres meses. |

PATOLOGÍA: AVULSIÓN, CÓDIGO CIE – 10 – K08

Definición: la avulsión es la exarticulación de un diente fuera de su alveolo causada casi siempre por un impacto frontal.

Procedimiento

1. Asegurarse de que el diente avulsionado es un diente permanente ya que los dientes temporales no deben ser reimplantados.
2. Mantener al paciente en calma.
3. Sostener el diente por la corona, evitar tocar la raíz.
4. Si el diente está sucio, dejar correr el agua del grifo durante 10 segundos, procurando no tocar la raíz.
5. Reimplantar el diente y reposicionarlo en el alveolo. Hacer morder una gasa para mantenerlo en posición.
6. Si eso no fuera posible, poner el diente en un medio de conservación adecuado (vaso de leche, suero o soluciones adecuadas al efecto). El diente puede ser transportado, también, en la boca guardándolo entre los molares o en el interior de la mejilla. Se debe evitar guardarlo en agua.
7. Remitir al nivel superior.

PATOLOGÍA: ALVEOLITIS (OSTEITIS ALVEOLAR AGUDA), CÓDIGO CIE- 10 - K10.3

Definición: infección alveolar postexodoncia dentaria causada por la desintegración del coágulo en su alveolo dentario.

| | |
|---------------------------------|---|
| Etiología | Pérdida del coágulo sanguíneo. Sepsis quirúrgica o postquirúrgica. |
| Clasificación | Alveolitis seca. Alveolitis húmeda. Alveolitis crónica la cual puede ser seca o húmeda. |
| Manifestaciones clínicas | Dolor profundo pulsátil e irradiado. Halitosis (mal aliento). Aumento de dolor a la exploración. Malestar general. No suele haber supuración. |
| Criterios de diagnóstico | Radiográfico. |

| | |
|---|--|
| Diagnóstico diferencial | Osteomielitis. |
| Plan de tratamiento | |
| <p>Tratamiento: alveolitis húmeda Encaminado a aliviar el dolor. Administración de anestesia local sin vasoconstrictor en casos de dolor extremo (debido a la necesidad de sangrado para llenar el alveolo). Lavado y limpieza prolija del alveolo (NO CURETEAR). Lavado con suero fisiológico o clorhexidina al 0,12%. Antibiótico terapia si el caso lo requiere. Analgésicos.</p> <p>Tratamiento: alveolitis seca Encaminado a aliviar el dolor. Administración de anestesia local sin vasoconstrictor en casos de dolor extremo (debido a la necesidad de sangrado para llenar el alveolo). Curetaje y limpieza prolija del alveolo. Lavado con suero fisiológico o clorhexidina. Estimulación del sangrado del alveolo. Aplicación de aposito alveolar o tapón de óxido de zinc-eugenol con limallas de algodón que debe ser cambiado todos los días hasta que se forme tejido de granulación. Analgésicos.</p> | |
| Complicaciones | Celulitis. Infección generalizada. Limitación funcional. Trismus. |
| Criterios de referencia | Si el caso lo requiere referencia a cirujano máxilo-facial. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Se deberá controlar al paciente diariamente hasta que haya formado tejido de granulación y este alcance la línea gingival. |

| PATOLOGÍA: SÍNDROME DISFUNCIÓN DOLOROSA DE LA ATM, CÓDIGO CIE – 10 – <u>K07.6</u> | |
|---|--|
| Definición: caracterizado principalmente por dolor, a nivel articular y muscular, es más frecuente en la mujer, raro en niños y jóvenes. | |
| Etiología | Contactos oclusales prematuros. Oclusiones traumáticas. Estrés. Bruxismo nocturno. Espacios edéntulos sin rehabilitación. Trauma articular. |
| Clasificación | Unilaterales. Bilaterales. |
| Manifestaciones clínicas | Sintomático. Dolor espontáneo y a la palpación en músculos masticadores. Ruidos, crepitación y chasquido articular. Dolor exacerbado a la tensión y estrés. Dolor matutino cuando hay bruxismo. Síndrome cervical. El dolor puede ocasionar migrañas. Desviaciones de la mandíbula. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Patologías sistémicas que puedan también afectar las articulaciones, como la artritis aguda y artritis reumatoide crónica. |
| Exámenes complementarios | Radiografía especializada de la ATM. |
| Procedimiento | |
| Alivio del dolor. Antiinflamatorios y/o relajantes musculares. Referir al especialista. | |

| PATOLOGÍA: FRACTURAS DENTARIAS, CÓDIGO CIE – 10 – <u>S02.5</u> | |
|---|----------------------------------|
| Definición: pérdida de la continuidad de la estructura dentaria como consecuencia de un trauma y su repercusión en los tejidos de soporte. | |
| Etiología | Traumatismo directo o indirecto. |

| | |
|--|--|
| <p>Clasificación</p> | <p>De acuerdo al compromiso anatómico pueden clasificarse en:</p> <p>Tipos de fracturas</p> <p>1.- Esmalte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esmalte y dentina. - Esmalte y dentina con compromiso pulpar. - Esmalte, dentina y cemento sin compromiso pulpar. - Esmalte, dentina y cemento con compromiso pulpar. - Fractura radicular cemento, dentina y pulpa. <p>2.- Lesiones de mucosa y tejido gingival.</p> <p>Abrasión.</p> <p>Contusión.</p> <p>Laceración.</p> <p>3.- Tejidos de soporte.</p> <p>Fracturas de proceso alveolar.</p> <p>Fractura con minuta de alveolo.</p> <p>Fractura de hueso maxilar.</p> <p>Fractura de hueso mandibular.</p> |
| <p>Manifestaciones clínicas</p> | <p>Fracturas coronarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fractura de esmalte. Asintomático. - Fractura de esmalte y dentina. Sintomática. Dolor a cambios térmicos. - Fractura de esmalte y dentina con compromiso pulpar. Sintomática. Dolor a cualquier presión que desplazan las líneas de fractura. Dolor a cambios térmicos y mecánicos. - Fractura de esmalte, dentina y cemento sin compromiso pulpar. Sintomática. Dolor a cambios térmicos. - Fractura de esmalte, dentina y cemento con compromiso pulpar. Sintomática. Dolor a cualquier presión que desplazan las líneas de fractura. Dolor a cambios térmicos y percusión. - Fracturas radiculares. Sintomática. Dolor a la presión y percusión. En algunos casos, edema gingival y desplazamiento de fragmentos. |

| | |
|--|--|
| Exámenes complementarios | Radiografías periapicales. Radiografía panorámica. Radiografía oclusal. |
| Plan de tratamiento | |
| <p>Tratamiento odontológico: Fracturas coronarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fractura de esmalte Restauración con resina de fotocurado - Fractura de esmalte y dentina Protección pulpar indirecta Restauración (obturación directa, carillas) - Fractura de esmalte y dentina con compromiso pulpar Considerar edad del órgano dentario y tiempo de exposición Protección pulpar directa, pulpotomía parcial o pulpectomía dependiendo del caso Obturación con ionómero de vidrio; durante seis meses, restauración con resina - Fractura de esmalte, dentina y cemento sin compromiso pulpar protección pulpar indirecta Restauración - Fractura de esmalte, dentina y cemento con compromiso pulpar Considerar edad del órgano dentario y tiempo de exposición Protección pulpar directa, pulpotomía parcial, pulpectomía o exodoncia dependiendo del caso. Restauración (obturación directa, carilla, perno-corona) - Fracturas radiculares Endodoncia o exodoncia dependiendo del caso Implante | |
| Criterios de referencia | Referencia a la especialidad de Endodoncia, cirugía dento alveolar o maxilofacial. |

Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes – K03

| | |
|---|--|
| PATOLOGÍA: ATRICIÓN, CÓDIGO CIE – 10 - K 03.0 | |
| Definición: desgaste fisiológico de un diente como resultado del contacto de las superficies de oclusión, como es el caso de la masticación. | |
| Etiología | Asociado con el proceso de envejecimiento, aparece en el momento en que se presenta el contacto o la oclusión entre los dientes. |

| | |
|---|--|
| Manifestaciones clínicas | <p>Aparición de una pequeña faceta pulida localizada en la punta de una cúspide , el reborde o un ligero aplanamiento de un borde incisal.</p> <p>Acortamiento de la longitud del diámetro mesiodistal de los dientes por atrición proximal. En la atrición avanzada se produce una coloración extrínseca amarilla o parda de la dentina expuesta al medio.</p> <p>Puede avanzar hasta que haya pérdida completa de la interdigitación cuspídea; en algunos casos, los dientes pueden desgastarse hasta la encía, lo que es poco usual.</p> <p>La exposición de los túbulos dentinarios, con la consecuente estimulación de los odontoblastos, forman dentina secundaria o reparativa.</p> |
| Criterios de diagnóstico | <p>Clínico. Radiográfico.</p> |
| Complicaciones Diagnóstico diferencial | <p>Fracturas, trastornos oclusales. Abrasión.</p> |
| Exámenes complementarios | <p>Radiografía intraoral: dentoalveolar y aleta de mordida Radiografía panorámica.</p> |
| Plan de tratamiento | |
| <p>Restauración si el caso lo amerita. Referir al especialista.</p> | |
| Control y mantenimiento | <p>Cada seis meses. Eliminación de la causa.</p> |

| | |
|---|--|
| PATOLOGÍA: ABRASIÓN, CÓDIGO CIE – 10 - K03.1 | |
| <p>Definición: desgaste patológico de la sustancia dental que se produce por procesos mecánicos normales, pudiendo presentarse con mayor frecuencia a nivel cervical y en otras superficies.</p> | |
| Etiología | <p>Traumática. Técnica inadecuada de cepillado dental. Hábitos perniciosos. Hábitos ocupacionales.</p> |

| | |
|---|--|
| Manifestaciones clínicas | <p>Abrasión por técnica inadecuada de cepillado dental. Ranura en forma de y o de canal sobre el lado radicular en la unión del cemento y el esmalte de los dientes con alguna recesión gingival a la dentina expuesta aparece ligeramente pulida.</p> <p>Por hábitos perniciosos o hábitos ocupacionales. Ranura en el borde incisal en uno de los incisivos centrales (zapateros, sastres, etc). Ranura en forma de vástago de pipa (fumadores) Ranuras interproximales (palillos, hilo dental, etc). La exposición de los túbulos dentinarios con la consecuente estimulación de odontoblastos para la formación de dentina secundaria.</p> |
| Criterios de diagnóstico | Clínico y radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Abfracción. Atrición. Erosión. |
| Plan de tratamiento | |
| <p>Tratamiento medidas generales Educación en la técnica de cepillado. Tipo de cepillo. Tipo de pasta dental. Modificación de hábitos.</p> | |
| Complicaciones | Caries. Pulpitis. Necrosis. Fractura dental. Trastornos oclusales. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Cada seis meses hasta la eliminación de la causa. Control oclusal. |

| | |
|--|-----------------------------|
| PATOLOGÍA: EROSIÓN, CÓDIGO CIE – 10 - <u>K03.2</u> | |
| Definición: pérdida de sustancia dental por un proceso químico que no implica una acción bacteriana conocida. | |
| Etiología | Química por acidosis local. |
| Clasificación | Intrínseca. Extrínseca. |

| | |
|---|--|
| Manifestaciones clínicas | Sintomática; desencadenado por la aplicación de ácidos, dulces y en ocasiones frío. Depresión en forma de cucharón, poco profunda, amplia y lisa que se encuentra sobre la superficie del esmalte adyacente a la unión cemento esmalte. Lesiones variables según tamaño y forma. Afectan a varios dientes. De aspecto atizarrado (blanco yeso), pudiendo llegar hasta dentina. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico si el caso lo requiere. |
| Diagnóstico diferencial | Amelogénesis imperfecta. Abfracción. Abración. Hiperemia por lesión cariosa. |
| Plan de tratamiento | |
| Eliminación del agente etiológico. Rehabilitación: obturación directa: ionómero, resina; carillas cerámicas. | |
| Complicaciones | Afecte la estructura de la corona y se generaliza a dentina. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Cada seis meses. |

Enfermedades no especificadas de los tejidos dentales duros, código CIE – 10 K03.9

| PATOLOGÍA: ABFRACCIÓN, CÓDIGO CIE – 10 K03.9 | |
|--|--|
| Definición: pérdida de sustancia dental por trauma de oclusión al nivel de unión cemento esmalte; dicha lesión es localizada por punto de contacto prematuro. | |
| Etiología | Trauma oclusal. |
| Manifestaciones clínicas | Se presenta la lesión a nivel de la unión cemento esmalte en forma de cuña. Lesión localizada, la dentina se observa lisa, brillante y de apariencia pulida. Hipersensibilidad. Retracción gingival. Reabsorción ósea. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Abrasión, erosión. |

| | |
|--|-------------------------------------|
| Exámenes complementarios | Radiografía con aleta de mordida. |
| Plan de tratamiento | |
| Ajuste oclusal Obturación con materiales plásticos. | |
| Complicaciones | Pulpitis. Necrosis. Fractura. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Cada seis meses. |

PATOLOGÍA: ANODONCIA, CÓDIGO CIE – 10 – K00.0

Definición: ausencia total de los dientes. Esta anomalía es rara; su existencia está relacionada con trastornos generales del ectodermo, como la displasia ectodérmica, que va acompañada de la alteración de otras estructuras, como pelos, uñas, glándulas sudoríparas, sebáceas, etc.

Etiología

Se atribuye como causa, a razones genéticas de carácter autosómico dominante o recesivo ligado al sexo.

PATOLOGÍA: ANODONCIA PARCIAL (oligodoncia), CÓDIGO CIE – 10 – K00.0

Definición: se refiere a la ausencia parcial de los dientes por agenesia, razón por la que es denominada agenesia parcial verdadera, y la ausencia parcial de los dientes por pérdida o falta de erupción, anodoncia parcial falsa.

Etiología

La anodoncia parcial verdadera puede presentarse como componente clínico de algunas enfermedades generales, como el síndrome de Rieger, consistente en la microdoncia, oligodoncia y afecciones oculares como la hipoplasia iridial.

DIENTES SUPERNUMERARIOS, CÓDIGO CIE – 10 K00.1

Definición: la hiperdoncia se refiere a la formación de mayor número de dientes que lo normal: más de 20 en la dentición temporaria y más de 32 en la dentición permanente.

Clasificación y manifestaciones clínicas

Los dientes extrafórmula se conocen como dientes supernumerarios o accesorios. Cuando estos dientes tienen la misma configuración anatómica que los dientes normales se llaman **eumórficos**. Como ejemplo de este grupo podemos indicar el **distomolar**, que se sitúa generalmente detrás del tercer molar; el **paramolar**, situado por vestibular o palatino del espacio interdental del primer y segundo molar y ocasionalmente entre el segundo y tercer molar superiores.

Cuando los dientes supernumerarios difieren en forma y tamaño de los dientes normales, se denominan **heteromórficos**, diente de forma conoide y tamaño reducido, situado generalmente entre los dos incisivos centrales superiores; este diente puede estar erupcionado o retenido. Cuando está erupcionado, se sitúa entre los incisivos centrales a manera de una cuña, afectando a la armonía estética y oclusal de la arcada dentaria.

Cuando está retenido, ocupa la estructura ósea alveolar del espacio interradicular de los incisivos mencionados; externamente, esta retención se manifiesta por la presencia de diastema; además puede ser causa de la reabsorción radicular o rizolisis de los dientes adyacentes.

Esta forma de anomalía puede estar acompañada de otros dientes retenidos en otras zonas de los maxilares y estar ligado a manifestaciones patológicas de carácter sistémico, como el síndrome de Gardner, cuyo cuadro clínico está constituido por hiperdoncia y dientes retenidos, junto a la formación de osteomas en los huesos maxilares, presencia de pólipos intestinales, quistes y fibroma en la piel.

La presencia de dientes supernumerarios a veces suelen ser equívocamente definidos como parte de una tercera dentición; tal posibilidad no es cierta.

Anomalías del tamaño y forma del diente, código CIE – 10 K00.2

FUSIÓN, GEMINACIÓN Y CONCRESCENCIA, CÓDIGO CIE -10 K00.2

Definición: estas anomalías tienen mucha semejanza macroscópica, porque se presentan como dos dientes unidos; al examen microscópico se los puede diferenciar.

Etiología

La causa de esta anomalía no está bien determinada, posiblemente tenga influencia genética u otras causas locales.

| | |
|-----------------------------|--|
| <p>Clasificación</p> | <p>Fusión: dientes unidos en su corona (dentina y esmalte). Concrescencia: dientes unidos solo por el cemento; en ambos casos se mantiene la individualidad de la cámara pulpar. Geminación: división anormal del germen dentario (esquizodoncia) que afecta principalmente a la parte coronaria (dos coronas).</p> |
|-----------------------------|--|

| | |
|--|---|
| <p align="center">PATOLOGÍA: DILACERACIÓN, CÓDIGO CIE – 10 <u>K00.4</u></p> | |
| <p>Los afectados por esa anomalía se caracterizan por el cambio anormal de la dirección del eje del diente, especialmente en la porción radicular, adoptando formas variadas, angulación apical, curvatura apical, raíz en bayoneta, etc. Esta anomalía afecta más a los dientes de formación tardía y erupción retardada.</p> | |
| <p>Etiología</p> | <p>Como posibles causas se pueden indicar la falta de espacio por permanencia anormal del diente temporario, factores traumáticos e inflamatorios que alteran la consistencia ósea, impidiendo la expansión apical del diente durante el desarrollo radicular o mal posición del germen dentario por causas de diferente índole.</p> <p>Esta anomalía puede estar ocasionada por la falta de espacio, o la acción de alguna fuerza que haya unido dos gérmenes dentarios, o también puede estar relacionado con el origen de los dientes supernumerarios.</p> |
| <p>Criterios de diagnóstico</p> | <p>Radiografía dento-alveolar.</p> |

| PATOLOGÍA: HIPOPLASIA DEL ESMALTE, CÓDIGO CIE – 10 <u>K00.4</u> | |
|---|---|
| Definición: amelogénesis imperfecta que consiste en la deficiente conformación de la matriz orgánica del esmalte, tanto en estructura como en volumen. | |
| Etiología | |
| Clasificación | <p>Se conoce numerosas variedades clínicas; indicaremos cuatro formas:</p> <p>Hipoplasia delgada y lisa. En esta anomalía, el espesor del esmalte está disminuido por la escasez de la matriz orgánica, la superficie se observa lisa por ausencia de los detalles anatómicos normales.</p> <p>Hipoplasia delgada y áspera. Hay poca formación de la matriz orgánica y conformación irregular de la superficie externa.</p> <p>Hipoplasia con fisuras. La superficie del esmalte está surcada de pequeñas fisuras y el espesor se mantiene normal.</p> <p>Hipoplasia localizada. Anomalía que afecta solamente algunas zonas del diente de acuerdo a la época y duración del factor causal.</p> |
| Manifestaciones clínicas | <p>Clínicamente los dientes afectados son pequeños, mal conformados y de contornos irregulares, entre estos existen amplios diastemas; contrariamente, la dureza y el aspecto brillante del esmalte residual se mantienen inalterados porque la mineralización es normal.</p> <p>Radiográficamente no se observa la radiopacidad del esmalte normal; ya que la mineralización del mismo no se encuentra afectada.</p> |
| Tratamiento | Restauración cuando el caso lo amerite. |

| PATOLOGÍA: ENANISMO O MICRODONTISMO, CÓDIGO CIE – 10 <u>K00.4</u> | |
|--|--|
| Definición: se caracteriza por el tamaño reducido de los dientes, anomalía que puede afectar a la totalidad de ambas denticiones. | |

| | |
|----------------------|---|
| Clasificación | <p>Enanismo hipofisario, donde los dientes son pequeños, pero de forma y estructura normales con plena armonía oclusal, denominándose microdoncia generalizada verdadera.</p> <p>En otros casos, la microdoncia se manifiesta en forma parcial afectando principalmente los dientes distales de cada grupo, como el incisivo lateral, segundo premolar y el tercer molar, especialmente en la arcada superior, cuyas causas radican en factores hereditarios.</p> |
| Tratamiento | <p>Exodoncia. Restauración.</p> |

**PATOLOGÍA: DIENTES MOTEADOS, CÓDIGO CIE – 10 K003
FLUOROSIS DENTAL**

Definición: la fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental durante la fase de amelogenénesis porosidad. Se debe a una excesiva ingesta de flúor durante el desarrollo del esmalte antes de erupción. La fluorosis dental presenta una relación dosis-respuesta.

| | |
|----------------------|---|
| Clasificación | <p>Fluorosis dental leve: hay estrías o líneas a través de la superficie del diente.</p> <p>En la fluorosis dental moderada: los dientes son altamente resistentes a la caries dental, pero tienen manchas blancas opacas.</p> <p>En la fluorosis dental severa: el esmalte es quebradizo y tiene manchas marrones.</p> |
| Tratamiento | <p>Microabráción. Restauración. Carillas.</p> |

PATOLOGÍA: ANOMALÍAS DE POSICIÓN, CÓDIGO CIE – 10 – K07.3

Definición: es una condición dental que involucra mala alineación de los dientes en los maxilares, existe este problema cuando, al cerrar la boca, los dientes no ocluyen adecuadamente.

| | |
|---------------------------|---|
| <p>Etiología</p> | <p>Podría ser hereditaria o adquirida.</p> <p>Hereditaria. Cuando los maxilares son pequeños para alojar dientes grandes, por lo que se produce apiñamiento por falta de espacio. Ej. Cuando el padre tiene los dientes grandes y la madre los maxilares pequeños predisponiendo en el hijo anomalías de posición.</p> <p>Adquirida. Hábitos perniciosos, succión digital, respiración bucal, empuje lingual, pérdidas prematuras de piezas temporales.</p> |
| <p>Tratamiento</p> | <p>Referencia a Ortodoncia</p> |

Protocolos de colocación de anestésicos en la boca

| <p>ANESTESIA TÓPICA</p> | |
|---|---|
| <p>Definición: esta técnica está indicada para la preparación y desensibilización de la mucosa del usuario/a, previa la colocación de la anestesia local.</p> | |
| <p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con lenguaje simple, explicar el procedimiento al paciente. - Colocación de succión (opcional). - Secar y aislar adecuadamente la mucosa antes de colocar el anestésico tópico para evitar dilución. - Aplicar en torunda pequeña gel de benzocaina al 20%. - Aplicar en la mucosa el anestésico por dos minutos. - Retirar la torunda de algodón y pedir al paciente que escupa. | |
| <p>Recomendaciones</p> | <p>De preferencia, usar anestésicos tópicos en forma de pasta o gel. No usar anestésicos en <i>spray</i> ya que anestesian regiones que no interesan.</p> |

ANESTESIA INFILTRATIVA

Definición: la anestesia infiltrativa correctamente aplicada, constituyen un medio clínico útil para efectuar un bloqueo reversible de la conducción nerviosa mediante anestesia pulpar, periodontal y de piezas dentarias en general, cuando el tratamiento se limita a 1 o 2 dientes y se trata de un procedimiento de corta duración (ej.: operatoria).

Esta anestesia sirve para realizar procedimientos quirúrgicos localizados en tejidos blandos. Operatoria dental y exodoncias simples.

Procedimiento

- Con lenguaje simple explicar el procedimiento al paciente.
- Colocación de succión (opcional).
- Asepsia en el lugar de colocación de la aguja.
- Traccionar el labio de tal manera que la mucosa quede tensa para facilitar la inserción de la aguja, al mismo tiempo que se extiende la mucosa colocar la mano sobre la cara del paciente para evitar que este vea la aguja.
- El bisel de la aguja debe ser dirigido a hueso.
- Colocar la aguja en la región que se desea anestésiar, en el fondo del surco vestibular lo más próximo al ápice del diente a ser anestesiado.
- Introducir la aguja y depositar el anestésico lentamente y con poca presión, hasta colocar la cantidad necesaria.
- Dejar de traccionar y dar masajes el labio contra la mucosa con movimientos suaves.
- Explicar al paciente los síntomas que va a tener.

| | |
|---------------------------|--|
| Indicaciones | Piezas dentarias del maxilar superior. Piezas dentarias temporales mandibulares de primer molar a primer molar. Complemento de la técnica troncular. Hemostasia local. |
| Contraindicaciones | Proceso infeccioso en el sitio de punción, por diseminación a los tejidos circundantes. Necrosis pulpar o periodontal aguda. Anafilaxia comprobada al anestésico. Patología pulpar o periodontal aguda. |
| Recomendaciones | En los pacientes pediátricos, se utilizará anestésicos sin vaso constricor. |

ANESTESIA TRONCULAR MANDIBULAR

Definición: esta anestesia elimina la sensación de dolor bloqueando la transmisión de los impulsos eléctricos dentro de las terminaciones nerviosas, la sensación del tacto se mantendrá, lo que supone que el paciente será consciente de la presión y fuerza ejercida, pero no percibirá sensación de dolor. Esta es capaz de proveer una amplia área anestesiada y permite y facilita el trabajo restaurador por cuadrantes:

Procedimiento

- 1.- Ubicar los puntos anatómicos:
 - Trígono retro-molar.
 - Premolares del lado contrario.
 - Plano oclusal inferior; en caso de no existir, se toma como referencia el reborde alveolar inferior.
 - Punto de punción: en la mucosa ubicada entre el borde anterior de la rama y el ligamento pterigomandibular, más o menos 10 milímetros sobre la línea de proyección posterior del plano oclusal postero, inferior en el vértice del triángulo pterigomandibular.
 - El área de punción debe prepararse y para ello se debe secar la mucosa con algodón o gasa estéril, aplicando luego un anestésico tópico.
 - Profundización: una vez puncionada la mucosa, el paciente debe reducir ligeramente su apertura bucal, para disminuir la tensión del músculo pterigoideo interno, haciendo así más fácil la penetración de la aguja en los tejidos.
 - El cuerpo de la jeringa se ubica, a la altura de los premolares del lado contrario.
 - Se va profundizando en esta dirección y en forma paralela al plano oclusal inferior, hasta aproximadamente 2 mm a 4 mm, para alcanzar el nervio lingual, cuando cruza el borde anterior de la rama. Se deposita aquí un tercio del contenido del tubo anestésico.
 - A continuación, el cuerpo de la jeringa se gira hacia la línea media y se continúa profundizando hasta 1,5 centímetros aproximadamente, donde se deposita otro tercio del anestésico, para el bloqueo del nervio bucal largo.
 - Luego la jeringa se gira suavemente, en dirección de los premolares contra laterales y en esta posición, se continúa profundizando, hasta lograr contacto óseo aproximadamente entre los 1,5 y 2 centímetros de profundidad y se deposita el resto del contenido del anestésico para el nervio dental inferior.

| | |
|---------------------------|---|
| Indicaciones | Procedimientos quirúrgicos, restaurativos o conservadores sobre los tejidos duros o blandos mandibulares. |
| Contraindicaciones | Pacientes con imposibilidad o limitación severa de la apertura bucal. En caso de trabajos de corta duración y circunscritos a una zona pequeña, el amplia área de anestesia se hace innecesaria y molesta para el paciente. Anafilaxia comprobada a la anestesia. |

Protocolo de cirugía menor

EXODONCIA SIMPLE

Definición: exodoncia es el acto quirúrgico mediante el cual se realiza la extracción del diente o dientes.

Procedimiento

- Diagnóstico adecuado: en todos los campos de la cirugía bucal, es primordial el diagnóstico correcto, al cual se llega a través del estudio clínico del paciente y la realización de distintas pruebas complementarias.
- Profilaxis antibiótica (de acuerdo a cada caso).
- Asepsia y antisepsia del campo operatorio.
- Colocación de campos operatorios.
- Anestesia local regional.
- Desinfección de la cavidad bucal.
- Comprobar sensibilidad de la zona anestesiada.
- Sindesmotomía/periostomía.
- Despegamiento de papilas.
- Luxación de la pieza dentaria.
- Prehensión de la pieza dentaria y expansión del alveolo.
- Extracción propiamente dicha.
- Control de bordes óseos NO CERRAR TABLAS.
- Colocar tapón de gasa durante 30 minutos.
- Recomendaciones imprescindibles en todos los casos.
- Uso de analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos en casos necesarios.
- Control postquirúrgico.

Las exodoncias están indicadas en los siguientes casos:

- Presencia de dolor y cuadro infeccioso severo, sin posibilidad de reconstrucción de la corona.
- Pieza dental temporal con permanencia prolongada que provoca mal posición clínica de los dientes permanentes.
- Piezas destruidas en las que no es posible la aplicación de la *odontología* restauradora.
- Restos radiculares.
- Piezas con fracturas coronarias (según el caso).
- Piezas con fracturas radiculares y fisuras verticales.
- Caries radiculares con extensión subgingival.
- Piezas con enfermedad periodontal con grados de movilidad no estables, no recuperables y progresivos.
- Piezas temporales que interfieren la erupción del permanente.
- Tratamientos por indicación del especialista.(Cirugía Oral, Ortodoncia, Periodoncia, etc.).
- Piezas incluidas que pueden dar patología quística, posibles reabsorciones radiculares, desequilibrio de las arcadas, problemas tumorales, siempre y cuando no exista otro tratamiento.

| TRATAMIENTO DE CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA, CÓDIGO CIE – 10 K12.2 | |
|--|--|
| Definición: son formas anatomoclínicas de la inflamación aguda. Celulitis es la inflamación dura con contenido gaseoso. Absceso es la colección difusa purulenta rodeada de una pared de fibrina. | |
| Etiología | Bacteriana. Traumática. |
| Manifestaciones clínicas | Tumefacción. Eritema. Dolor. Edema de consistencia gomosa. Linfoadenitis. Estado febril. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. |
| Plan de tratamiento Referencia al nivel superior | |
| Complicaciones | Hemorragia. Celulitis orbitaria. Diseminación del proceso. Trombosis de seno cavernoso. Osteomielitis. Sepsis. Muerte. |

| PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO DE LA PERICORONARITIS PERICORONITIS AGUDA, CÓDIGO CIE- 10 K05.2 | |
|--|---|
| DEFINICIÓN: inflamación e infección del saco pericoronario. | |
| Etiología | Accidentes de erupción. Bacteriano. Inmunosupresiones. Establecimiento de una puerta de entrada condicionada por factores mecánicos (traumáticos). |
| Tiempo de procedimiento | Dependiendo del caso: tiempo promedio una hora. |
| Clasificación | Aguda. Crónica. |

| | |
|--|--|
| Manifestaciones clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Dolor. - Calor. - Rubor. - Inflamación. - Imposibilidad funcional (trismus). |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. |
| Diagnóstico diferencial | <p>Quistes. Tumoraciones. Infección.</p> |
| <p>Plan de tratamiento</p> <p>Terapia analgésica y antiinflamatoria. Antibioticoterapia si el caso amerita. Referencia al nivel superior cuando el caso lo amerite.</p> | |
| Complicaciones | <p>Quiste odontogénico. Proceso infeccioso. Gingivostomatitis.</p> |
| Control y mantenimiento | <p>En casos agudos, seguimiento hasta que la patología remita. En casos crónicos: Observación de hasta 24 horas. Eliminación de la causa.</p> |

Protocolos de prevención de las principales patologías bucodentales.

PROFILAXIS DENTAL O LIMPIEZA DENTAL

Definición: la profilaxis dental es el procedimiento odontológico que remueve la placa bacteriana blanda o mineralizada (cálculos supragingivales) y las pigmentaciones sobre las piezas dentarias, es importante para la prevención de algunas enfermedades o alteraciones de carácter bucodental.

Procedimiento

- Enjuagatorio con clorhexidina al 0,12%.
- Utilizar revelador de placa bacteriana.
- Enjuagar.
- Raspaje con instrumentos manuales y/o ultrasonido para remover la placa bacteriana, cálculos, restos alimenticios y manchas.
- Pulir las superficies dentales con cepillo y copa de caucho rotatoria, utilizando pasta abrasiva que remueve la placa restante y las manchas causadas por diversos alimentos, bebidas y el tabaco en las superficies.

Nota: las superficies pulidas de los dientes hacen más difícil que se acumule la placa bacteriana.

Recomendación

La profilaxis dental debe ser realizada cada seis meses.
 Recordar que, para mantener una buena salud bucal, debe realizar un cepillado diario.
 Uso adecuado del hilo dental.
 Uso de enjuagues.

APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR

Definición: es una técnica, capaz de reducir a la mitad la presencia de caries. El tratamiento es fácil de implementar y no tiene efectos secundarios conocidos.

Procedimiento:

- Coloque al niño en posición de rodilla con rodilla.
- Remueva la placa de forma que pueda ver los dientes con claridad.
- Seque los dientes con una gasa.
- "Pinte" el barniz en los dientes del niño.
- Inicie con los dientes inferiores. Aplique al exterior de todos los dientes y luego al interior.
- Repita en el arco superior.

| | |
|-------------------------------|--|
| <p>Indicaciones</p> | <p>Indicar al cuidador del bebé o niños pequeños que no les den a ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora. No cepille los dientes hasta el día siguiente para tener beneficios óptimos.</p> <p>Use tres veces en un período de dos semanas para la remineralización de las lesiones de manchas blancas.</p> <p>Aplique de 3-4 veces al año en bebés y niños pequeños con alto riesgo.</p> |
| <p>Recomendaciones</p> | <p>Es conveniente realizar las aplicaciones del barniz de flúor a partir de la erupción del primer diente hasta los cinco años de edad, ya que el mismo actúa como un recubrimiento para evitar posibles lesiones cariosas. Su uso es principalmente importante para la prevención de las caries en niños.</p> |

TOPICACIÓN CON FLÚOR GEL

Definición: es una técnica capaz de reducir a la mitad la presencia de caries. El tratamiento es fácil de implementar y no tiene efectos secundarios conocidos.

El flúor gel actúa sobre los cristales del esmalte dentario, transformando la hidroxiapatita en fluoapatita, haciendo más resistente al proceso carioso y se cree también que actúa sobre microorganismos causantes, interfiriendo su proceso destructivo.

Procedimiento

- Realizar una profilaxis o cepillado riguroso de las piezas dentales antes de la colocación del flúor gel (utilizar pasta sin glicerina).
- Establecer el tamaño adecuado de la cubeta desechable, colocar flúor gel en un 40% de su capacidad.
- Colocar al paciente sentado en posición erecta con la cabeza inclinada hacia adelante a fin de disminuir el riesgo de ingestión de flúor.
- Aislar los dientes con rollos de algodón y secar con la jeringa de aire para obtener un campo seco que permita mayor absorción de fluoruro.
- Insertar la cubeta en la boca por cuatro minutos, presionándola contra los dientes, para asegurar el cubrimiento de los espacios interproximales y se le pide al paciente que cierre la boca para ayudar a llevar el fluoruro alrededor de todas las superficies dentales.
- Finalmente solicitar al paciente que incline la cabeza hacia abajo para retirar la cubeta bucal. En esta actividad se debe mantener supervisión continua con el fin de prevenir accidentes con fluoruro.

| | |
|------------------------|---|
| Indicaciones | Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora. |
| Recomendaciones | Es conveniente realizar topicaciones con flúor gel acidulado al 2,3% a partir de los seis años de edad, ya que el mismo actúa como un recubrimiento para evitar posibles lesiones cariosas. Su uso es principalmente importante para la prevención de las caries en niños durante la visita periódica. La frecuencia recomendada es de dos aplicaciones anuales. |

APLICACIÓN DE SELLANTES (FOTOCURADO)

Definición: es una técnica de prevención de la caries dental, con preparación mínima y efectiva en piezas con fosas, surcos y fisuras profundas.

Procedimiento

- Diagnóstico clínico de la pieza que se va a sellar.
- Limpieza de las superficies dentales que se tratará con pasta de piedra pómez.
- Aislamiento relativo y succión.
- Secar las superficies dentarias que se sellará.
- Acondicionamiento de las fosas y fisuras con grabador ácido ortofosfórico al 37% por 15 segundos.
- Lavado de las superficies acondicionadas por el doble de tiempo del grabado.
- Secado.
- Aplicación del sellante.
- Fotopolimerizar por 20 segundos (o según indicación del fabricante).
- Control de oclusión.

Nota: si existe contaminación con saliva, repetir el procedimiento, acondicionando esta vez solo por cinco segundos.

| | |
|---------------------------|--|
| Indicaciones | Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora. |
| Contraindicaciones | Hipersensibilidad a los componentes del sellante |

APLICACIÓN DE SELLANTES (AUTOCURADO)

Definición: es una técnica de prevención de la caries dental, con preparación mínima y efectiva en piezas con fosas, surcos y fisuras profundas.

| Procedimiento | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico de la pieza que se va a sellar. - Limpieza dental y remoción de restos alimentarios en las partes más profundas de las fosas y fisuras con explorador. - Lavar y secar las superficies dentarias por sellar. - Acondicionamiento de las fosas y fisuras adyacentes por 10 a 15 segundos; se usará el mismo líquido del ionómero de vidrio - Lavado de las superficies acondicionadas con una torunda de algodón embebida en agua. - Secar con torunda de algodón. - Aplicación del ionómero de vidrio en pequeñas cantidades en fosas y fisuras. - Colocar una pequeña capa aislante de vaselina y realizar técnica de dígito-presión en las fosas y fisuras de las piezas por sellar. - Remover el exceso de material una vez que este se haya semiendurecido. - Control de oclusión. - Aplicar una capa extra aislante de vaselina. | |
| Indicaciones | Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora. |
| Contraindicaciones | Hipersensibilidad a los componentes del sellante (ionómero de vidrio). |

Protocolos de operatoria dental.

| TÉCNICA DE RESTAURACION ATRAUMÁTICA (ART) |
|--|
| <p>Definición: es una técnica simplificada mínimamente invasiva, que remueve los tejidos dentales afectados usando solo instrumentos manuales y restaura las cavidades con materiales adhesivos (ionómero de vidrio).</p> |
| <p>Indicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fosas y fisura de la superficie oclusal de molares y premolares, cuando afecta al esmalte. - En fosa lingual de los incisivos inferiores. - En los surcos vestibulares y linguales de premolares y molares. - En superficies proximales de los dientes anteriores. - Piezas dentarias que presentan manchas blanquecinas. - Caries de dentina superficial. - Cambio de coloración de la pieza, a color amarillo oscuro o marrón. |

Procedimiento

- Diagnóstico clínico de la pieza a tratar.
- Remoción de la placa y restos alimenticios.
- Control oclusal.
- Eliminación del tejido infectado con cucharitas de dentina.
- Lavar y secar frecuentemente la pieza dental.
- Aislamiento relativo (rollos de algodón).
- Lavar con torundas de algodón y agua, y secar con torundas de algodón.
- Acondicionar las superficies por 10 a 15 segundos; se usará el mismo líquido del ionómero de vidrio.
- Lavar la superficie con torundas de algodón embebidas en agua y secar con torundas de algodón.
- Aplicar el ionómero de vidrio y cubrir toda la parte afectada.
- Colocar una pequeña capa aislante (vaselina) y aplicar la técnica de digitopresión hasta que polimerice el material restaurativo.
- Retirar el exceso de material.
- Realizar el control de la oclusión.
- Aplicar una capa extra de aislante (vaselina).

| | |
|--------------------------------|---|
| Indicaciones | Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora. |
| Contraindicaciones | Hipersensibilidad al cemento de ionómero de vidrio |
| Control y mantenimiento | Control de placa bacteriana. Control de dieta. Control profesional a los tres, seis y doce meses. |

RESTAURACIÓN CON RESINA DE FOTOPOLIMERIZACIÓN

Definición: restauración coronaria con resina de fotopolimerización en piezas dentarias.

Procedimiento

- Anestesia infiltrativa o troncular según el caso.
- Limpieza del área a tratar y superficies adyacentes (pasta de piedra pómez).
- Aislamiento del campo operatorio (absoluto y/o relativo).
- Eliminación del tejido cariado con turbina y/o cureta según el caso.
- Diseño y preparación cavitaria conservadora, para el sector anterior se recomiendan biseles cavo superficiales cóncavos en zonas no expuestas a la oclusión.
- Desinfección cavitaria.
- Protección dentino pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio de aplicación puntual.
- Colocación de base cavitaria con ionómeros de vidrio según el caso.
- Grabado con ácido ortofosfórico al 37%, durante 15 segundos en esmalte periférico y cinco segundos en dentina.
- Lavar con abundante agua por el doble de tiempo del grabado (succión indispensable).
- Secar con papel absorbente, pero no desecar, dejando una ligera humedad en dentina (color caramelo), la misma que se debe observar clínicamente brillante durante todo el tiempo.
- Colocación de banda de celuloide y cuñas interdetales si fuera necesario.
- Aplicación del adhesivo durante 20 segundos (en la dentina expuesta), friccionando todo el tiempo con el aplicador el tejido dentinal.
- Airear el adhesivo (no muy cerca o indirectamente con espejo).
- Frotar nuevamente una capa delgada del adhesivo (con el remanente que quedó en el aplicador), no solamente en el área donde se aplicó el adhesivo sino igualmente en el esmalte circundante que se acondicionó previamente con el grabador.
- Fotopolimerización del adhesivo según el tiempo especificado por la casa fabricante.
- Colocación de banda de celuloide y cuñas interdetales en clase III.
- Empaquetamiento de la resina en capas de 1 mm a 2 mm en técnica incremental oblicua diseñando una excelente morfología que en ningún momento varíe la relaciones y los perfiles de emergencia y fotopolimerizar por 20 o 40 segundos (1-1,5 mm colores oscuros, opacos; 2 mm colores claros).
- Retirar banda de celuloide, cuñas.
- Retiro del aislamiento.
- Verificar oclusión y eliminación del excedente (fresas de granos y ultrafina).
- Pulido inmediato.

Criterios de alta

Resolución de la patología.

Control y mantenimiento

Anual.

| RESTAURACIÓN DE PIEZAS DENTALES CON ALEACIÓN DE PLATA | |
|---|---|
| Definición Restauración coronaria con aleación de plata en piezas dentarias posteriores, para resolver patologías de caries clase I , clase II | |
| Etiología | Caries de esmalte y dentina |
| Clasificación | Restauración con amalgama clase I Restauración con amalgama clase II |
| Procedimiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12%. - Anestesia infiltrativa o troncular según el caso. - Control de los actuales puntos de contacto oclusales. - Aislamiento del campo operatorio (absoluto recomendable o relativo). - Eliminación del tejido cariado con turbina y/o cureta según el caso. - Conformación de la cavidad y desinfección de la misma. - Lavado de la cavidad por 30 segundos y secado evitando la deshidratación. - Protección dentino-pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio de aplicación puntual. - Colocación de base cavitaria con ionómeros de vidrio según el caso. - Colocación de la amalgama, condensado en la cavidad utilizando la técnica incremental horizontal en capas. - Reconstrucción de la morfología dental (tallado y bruñido). - Control de puntos oclusales de contacto. - Pulido de la amalgama en 48 horas. | |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Cada año. |

Protocolos de promoción y educación

EDUCACIÓN EN HIGIENE BUCAL

Definición es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales; en estos protocolos, se indicará cuáles son las recomendaciones más importantes para ser utilizadas tanto en la casa como en el consultorio.

Bebés (0 meses a 2 años)

Abarca el inicio aproximado de la erupción dental hasta la erupción completa de la dentición temporal.

Cuidados en casa

Recomendar a la madre o responsable del niño:

- Explicar que, con la erupción de los primeros dientes, la alimentación nocturna (tanto leche materna o de biberón) debe disminuir.
- Recomendar que, a partir de esta etapa, el niño siempre debe dormir con la boca limpia, que debe realizarle la higiene después del último alimento, esto con el propósito de evitar el desarrollo de la caries por alimentación nocturna o de "biberón".
- La madre o responsable del niño deberá realizar la higiene en la mañana y antes de dormir (dos veces al día) solo con gasa o una tela suave embebida en agua hervida tibia.
- Evitar el azúcar en la alimentación del bebé; agua, leche, jugos no deben ser endulzados.
- No se debe usar pastas fluoradas.

Se podrá utilizar cepillo de dientes cuando los molares ya estén presentes.

Cuidados en consultorio

En la primera cita, el profesional odontólogo indica todos los cuidados arriba mencionados.

- Realizar la demostración práctica de la higiene bucal a la madre o responsable del niño luego evaluar en citas posteriores la efectividad de sus cuidados del bebé.
- En cada consulta, se realizará la higiene bucal del bebé con gasa o el propio cepillo del paciente si ya tiene los molares presentes.
- Aplicación de barniz flúor de acuerdo al protocolo, según criterio de riesgo.

Recomendaciones

Las consultas odontológicas serán trimestrales o mensuales en caso de alto riesgo de caries.

NIÑOS PREESCOLARES (3 a 5 años de edad)

Cuidados en casa

El cepillado dental es responsabilidad **ABSOLUTA DE LOS PADRES**. A partir de los 3 años, se recomienda a los padres o responsables del niño/a el uso de pasta dental con flúor (de no más de 500 ppm) en una cantidad aproximada a un grano de lenteja (0,15 g) en los dos cepillados, tanto en la mañana como en la noche.

Cuidados en consultorio

El odontólogo podrá cepillar los dientes con cepillo en motor de baja velocidad utilizando pasta profiláctica.

Control y mantenimiento

Semestral: control de dieta.

ESCOLARES (6 a 14 años)

Cuidados en casa

A partir de los 6 años, se dejará que el niño/a se cepille sus dientes solo/a, siempre abarcando todos sus dientes con la respectiva supervisión de los padres. No es necesaria una técnica sofisticada. Se recomienda el control de los padres. Uso de hilo dental.

A partir de los 10 años, ya puede utilizar la pasta dental de adulto (que contiene 1000 ppm).

Cuidados en consultorio

- Profilaxis con o sin pasta fluorada, utilizando baja velocidad.
- Asesoría de la técnica de cepillado.
- Demostración práctica del uso del hilo dental.
- Con criterio de riesgo se realizará topicaciones de flúor gel.

Control y mantenimiento

Semestral: dieta.

ADOLESCENTES

Cuidados en casa

- Uso de pasta dental.
- Práctica de técnica de cepillado correcta que abarque todas las caras de los dientes.
- Uso de hilo dental.
- Uso de colutorios.

Cuidados en consultorio

- Profilaxis con o sin pasta fluorada, utilizando baja velocidad.
- Asesoría de la técnica de cepillado.
- Demostración práctica del uso del hilo dental.

Control y mantenimiento

Control semestral.

Protocolo de prevención de las patologías bucales para adultos

| AUTOEXAMEN | |
|--|---|
| <p>Definición: el autocuidado se concibe como la implicación y responsabilidad que cada individuo tiene con el mejoramiento o recuperación de su salud y la influencia positiva para los que le rodean. La práctica del autoexamen bucal protege a todas las personas a partir de la adolescencia, y en especial a las mayores de 50 años, tengan o no dientes y usen o no dentadura postiza.</p> <p>Cualquier persona puede explorar su boca y cuello para comprobar su salud o identificar posibles condiciones preneoplásicas o neoplásicas incipientes, lo que resulta de gran beneficio para su calidad de vida</p> | |
| Procedimiento: | |
| <p>Previo al autoexamen el paciente debe contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivación: lograr que el paciente se empodere de “Hago esto porque es bueno para mí”. - Disponer de 5-10 minutos libres cada seis meses. - Tener privacidad. - Contar con un espejo facial. - Poseer conocimiento de la metodología. | |
| <p>El paciente deberá:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavarse bien las manos. <ul style="list-style-type: none"> - Colocarse frente a un espejo. - Si tiene prótesis (dentadura postiza), retirársela. 2. Observar y palpar sus labios y la mucosa oral. 3. Observar y palpar la mucosa de los carrillos (partes laterales internas), hasta la encía superior e inferior. 4. Observar y palpar el labio superior, el paladar duro y blando (techo de la boca) y la úvula (campanilla). 5. Sacar la lengua y observarla, mover en todas las direcciones. Palpar la cara superior, los bordes y la punta de esta. 6. Levantar la punta de la lengua. Observar y palpar su cara inferior, el suelo de la boca, los dientes y la encía inferior. 7. Observar su cuello. Comparar ambos lados. Palpar buscando cualquier aumento de volumen, dureza o nódulo. | |
| Indicaciones | <ul style="list-style-type: none"> · Evitar el tabaco y el alcohol. · Mantener la higiene bucal. · Consumir con frecuencia frutas y vegetales. · Visitar periódicamente al odontólogo. · Concientizar al autoexamen como “Garantía de vida”. |



Capítulo II | **Protocolos de promoción y prevención para adolescentes**

Introducción

Durante la adolescencia, las personas viven grandes cambios físicos y psíquicos, con un ritmo de crecimiento y desarrollo acelerados que propicia oportunidades únicas para el logro del pleno potencial. La forma como transcurre esta etapa define en gran medida la calidad de vida de las siguientes etapas del ciclo de vida.

Es necesario considerar además aquellas situaciones que afectan directamente el proceso salud-enfermedad de la población adolescente, tales como la pobreza, exclusión social, violencia, accidentes de tránsito, consumo de drogas, así como la falta de empleo, de vivienda y acceso a la educación, sin olvidar la migración de la población rural e indígena, los embarazos no planificados, el aumento de las infecciones de transmisión sexual. Por su complejidad, estas situaciones deben ser abordadas de manera articulada y sostenida por los diferentes actores responsables de garantizar estos derechos en la población adolescente: familia, sociedad y Estado.

Por esto los servicios de Salud Bucal para adolescentes tienen el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios en los distintos niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que respondan a las necesidades de salud actuales de los adolescentes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad.

Es importante la coordinación entre los niveles de atención por cuanto las necesidades de los adolescentes deben ser abordadas en forma integrada, posibilitando, cuando sea necesario, la intervención simultánea de los distintos niveles de atención y distintos equipos, particularmente cuando se trata de poblaciones de adolescentes, en situaciones de vulneración de derechos y en conflicto con la justicia.

La programación de las actividades está definida para los distintos niveles de atención, los que deben facilitar, que adolescentes de ambos sexos accedan al sistema y sean atendidos. Los presentes Protocolos buscan mejorar la calidad de vida y salud de los y las adolescentes de nuestro país. Además tienen la finalidad de constituirse en instrumentos de guía para la aplicación de intervenciones orientadas a esta población.

Los protocolos descritos ofrecen a los odontólogos parámetros claros que unifican criterios y estandarizan los procedimientos en los componentes de promoción, educación y prevención de la salud bucal.

Abordaje para tratamiento odontológico en adolescentes

“El abordaje inicial al adolescente realizado por el profesional determinará el éxito o fracaso de las consultas subsecuentes. Es importante que se establezca un buen nivel de aproximación y empatía entre el paciente y el odontólogo”.

El tratamiento odontológico en el adolescente no es diferente al resto de pacientes, por lo que el profesional debe estar preparado para escuchar, interpretar y en muchos casos usar su intuición.

Asegúrese de que se firme el consentimiento informado para realizar las técnicas de manejo.

En este grupo de edad utilice:

1. La técnica de desensibilización: decir-mostrar-hacer para disminuir la ansiedad del paciente.
2. Técnica comunicativa de control de voz para lograr atención y comunicación en adolescentes manipuladores y ejercer autoridad.
3. La utilización de actitudes como cambio de expresión facial, postura y contacto físico, para dirigir y modificar el comportamiento.
4. Establecer comunicación.
5. Controlar la forma cómo percibe las emociones.

Se debe considerar y explicar aspectos importantes de la consulta:

1. Describir el procedimiento detallado que se a utilizado con el paciente.
2. Familiarizar al paciente en la consulta.
3. Concientizar la importancia de la salud bucal en la adolescencia.

En pacientes con capacidad de comunicación verbal, es importante el volumen de la voz y la velocidad al hablar para lograr;

- Atención.
- Ejercer autoridad.
- Lograr comunicación.
- Establecer roles apropiados.

En pacientes adolescentes con un comportamiento negativo, se suspende temporalmente el tratamiento en la misma cita o se da por terminada y se pide al paciente y a los padres que regresen cuando esté preparado para cooperar. Remita al paciente con comportamiento definitivamente negativo al especialista.

NOTA: Para atención de morbilidad el profesional odontólogo o especialista darán atención a todo adolescente que acuda a su servicio por enfermedad, de acuerdo a las normas y protocolos de atención vigentes de salud bucal establecidos.

Atención odontológica en adolescentes

Protocolo para examen clínico odontológico

| Actividad | Definición | Procedimiento |
|-----------------------------------|--|---|
| <p>Exploración clínica</p> | <p>Evaluación bucal completa del estado de salud de los tejidos duros y blandos intraorales y extraorales.</p> | <p>Examen clínico extraoral Se debe inspeccionar la presencia de asimetrías faciales, tumefacciones, cicatrices, cambios de color en zonas de la piel.</p> <p>1. Articulación temporomandibular (ATM) Colocar las puntas de los dedos índices en cada meato acústico externo mientras el paciente hace movimientos de apertura y cierre de la boca, detectar desviaciones al lado izquierdo o derecho, limitaciones de movimientos, ruido, chasquido y presencia de dolor.</p> <p>2. Labios y comisuras labiales Observar tamaño, color y movilidad, contorno, consistencia de los labios y comisuras, cambios en las características de la piel y mucosas. Describir lo patológico.</p> <p>3. Senos paranasales Presionar sobre los senos frontales desde debajo de las prominencias óseas de los ojos, sin ejercer presión sobre los ojos. Posteriormente palpar los senos maxilares presionando con la punta de los dedos pulgares sobre los huesos maxilares situados por debajo de las órbitas y a los lados de la nariz, para detectar anomalías, o sensibilidad sinusal.</p> <p>4. Músculos masticadores Con el dedo pulgar intrabucalmente y el índice extraoralmente, seguir trayectoria de músculos masticadores detectando anomalías o puntos dolorosos.</p> <p>5. Sistema nervioso vascular y linfático Palpar puntos infraorbitarios, supraorbitario y mentoniano a cada lado para detectar anomalías o puntos dolorosos. Examinar zona carotídea y cadenas ganglionares. Palpar las glándulas parótidas y sublinguales detectando anomalías o puntos dolorosos.</p> |

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <p>Exploración clínica</p> | <p>Evaluación bucal completa del estado de salud de los tejidos duros y blandos intraorales y extraorales.</p> | <p>Examen clínico intraoral</p> <p>Consta de una inspección visual y de auscultación de las estructuras bucales.</p> <p>1. Lengua</p> <p>Examinar forma y movilidad de la lengua, evaluar relación entre tamaño de la lengua y tamaño de la cavidad bucal, examinar en cara dorsal en toda la superficie las papilas, en cara ventral el frenillo lingual, en bordes laterales cualquier anomalía.</p> <p>2. Paladar</p> <p>Examinar tamaño, color, consistencia de paladar duro blando en busca de alteraciones en su cierre, como fisuras o alteraciones en la movilidad, evaluar características de la úvula, de las amígdalas palatinas, pilares y mucosa de la faringe observando el tamaño, color, presencia de úlceras, secreción purulenta o membranas.</p> <p>3. Piso de boca</p> <p>Observar en la parte anterior y media las eminencias sublinguales. Examinar frenillo lingual, conductos de Warthon, vestíbulo lingual. Comprobar el flujo de saliva.</p> <p>4. Carrillos</p> <p>Inspeccionar conducto parotídeo o de Stenon, buscando su desembocadura a nivel del segundo molar superior, en forma simultánea, realizar palpación de la glándula parótida observando la salida de saliva y las características de esta, así como si hay o no edema o alguna alteración, observar la mucosa yugal, surco vestibular, reborde alveolar, frenillos y mucosa en general tratando de detectar cambios de color, textura, consistencia, sequedad, presencia de membranas, ulceraciones, tumores, alteraciones de la sensibilidad.</p> <p>5. Maxilares</p> <p>Abriendo la boca y con los dedos índice y pulgar, examinar bilateralmente desde la línea media hacia atrás las apófisis alveolares de los maxilares para detectar cualquier anomalía.</p> <p>6. Estado de la oclusión</p> <p>Se realizará movimientos de apertura y cierre de la mandíbula, llevar a oclusión relación céntrica; movimientos protrusivos y laterales tanto de lado de trabajo como de balance, detectar la presencia de puntos prematuros de contacto registrando el riesgo de acuerdo al índice de maloclusión de Angle.</p> |
|-----------------------------------|--|--|

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <p>Exploración clínica</p> | <p>Evaluación bucal completa del estado de salud de los tejidos duros y blandos intraorales y extraorales.</p> | <p>Evaluación de tejidos dentarios</p> <p>Con los labios abiertos, examine la disposición de los dientes verificando color, forma, tamaño, número, identificando cualquier patología como presencia de supernumerarios, movilidad, procesos abrasivos, erosivos, problemas patológicos pulpares, raíces abandonadas, fracturas dentales, caries.</p> <p>Medir el grado de presencia de biopelícula bacteriana y cálculos supra/subgingivales en las superficies dentales utilizando los Índices de Higiene, Oral Simplificada.</p> <p>Para el diagnóstico gingival se utilizará el Índice de Loe y Silness.</p> <p>Se registrarán los Índice CPOD o ceod según, corresponda.</p> <p>El Odontograma se registrará de acuerdo al instructivo de la Historia Clínica.</p> <p>Evaluación periodontal</p> <p>Se realiza a través de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Detección visual de signos clínicos de inflamación de tejidos. 2. Medición del nivel de inserción clínico con una sonda periodontal. <p>Dstrucción de pérdidas óseas observadas clínicamente y radiográficamente.</p> <p>Sondaje periodontal</p> <p>Para medir una bolsa periodontal, la sonda debe insertarse suavemente en el surco gingival con una presión adecuada, paralela al eje vertical del diente para luego deslizar en circunferencia alrededor de cada superficie del diente para detectar su configuración y las áreas de penetración más profundas.</p> <p>El sondaje se realiza en las caras vestibular, mesial palatina o lingual y distal, una pieza por cada fila.</p> <p>16/17/55 11/21/51 26/27/65 36/37/75 31/41/71 46/47/65</p> |
|-----------------------------------|--|--|

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <p>Exploración clínica</p> | <p>Evaluación bucal completa del estado de salud de los tejidos duros y blandos intraorales y extraorales.</p> | <p>FLUOROSIS</p> <p>Se registrará el grado de fluorosis para lo cual se aplicará el Índice de Deán.*</p> <p>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS</p> <p>Imagenología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiografías intraorales: - Radiografías periapicales. - Radiografías aleta de mordida. - Radiografías oclusales. <p>Radiografías extraorales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ortopantomografía o panorámica. - Teleradiografía lateral de cráneo. - Teleradiografía frontal de cráneo. - Cefalograma o cefalometría. - Radiografía lateral desenfilada de la mandíbula. - Tomografías articulares temporomandibulares. - TAC maxilar. - TAC mandibular. <p>Imágenes orofaciales no radiográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resonancia nuclear magnética. - Fotografías. - Modelos de estudio y de diagnóstico. |
|-----------------------------------|--|--|

Protocolos de educación

| Actividad | Definición | Procedimiento |
|-------------------------|--|--|
| Higiene bucal | Es la remoción mecánica de biopelícula bacteriana y restos alimentarios. | <p>Cuidados generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cepillado dental con pasta dental. Práctica de técnica de cepillado correcta que abarque todas las caras de los dientes. - Uso de hilo dental. - Uso de colutorios bucales. <p>Cuidados en consultorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpieza dental (profilaxis). - Fisioterapia oral y motivación. <p>Control y seguimiento</p> <p>Control semestral en adolescentes</p> |
| Cepillado dental | Es un conjunto de procedimientos mecánicos destinados a remover la placa bacteriana de los adolescentes. | <p>Es necesario que el profesional conozca las diferentes técnicas de cepillado para que implemente en su paciente de acuerdo a cada caso.</p> <p>Se recomienda utilizar un cepillo de dientes con cerdas de dureza mediana, de cabeza pequeña que permita una adecuada higiene en las regiones más posteriores de la cavidad bucal, penetrando en áreas interdetales.</p> <p>En caso de encontrarse en tratamientos de ortopedia y ortodoncia es recomendable utilizar un cepillo de dientes para los dispositivos ortodóncicos.</p> <p>Cepillar la lengua suavemente de atrás hacia delante.</p> |

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <p>Uso de la seda dental</p> | <p>Elemento de higiene bucodental indicado para limpieza de superficies proximales y subgingivales.</p> | <p>Tome un segmento de hilo dental de unos 30 cm o 40 cm.</p> <p>Enrolle una vuelta del hilo en uno de los dedos medios. En el dedo medio de la otra mano, enrolle varias vueltas. Manipule el hilo con los dedos pulgares e índices.</p> <p>Introduzca el hilo entre los dientes (espacios interdentarios) con una ligera presión para vencer el punto de contacto hasta llegar a cervical. De esta manera, se evitará que el hilo entre con fuerza y dañe los tejidos gingivales.</p> <p>Realice movimientos de vestibular a palatino o lingual saque el hilo dental de cervical hacia el punto de contacto procurando retirar toda la placa. De igual manera actuar en la cara opuesta del diente contiguo.</p> <p>Utilizar un segmento de hilo dental nuevo para cada espacio interdentario.</p> <p>Repita los procedimientos anteriores hasta abarcar todas las piezas dentales.</p> |
|-------------------------------------|---|---|

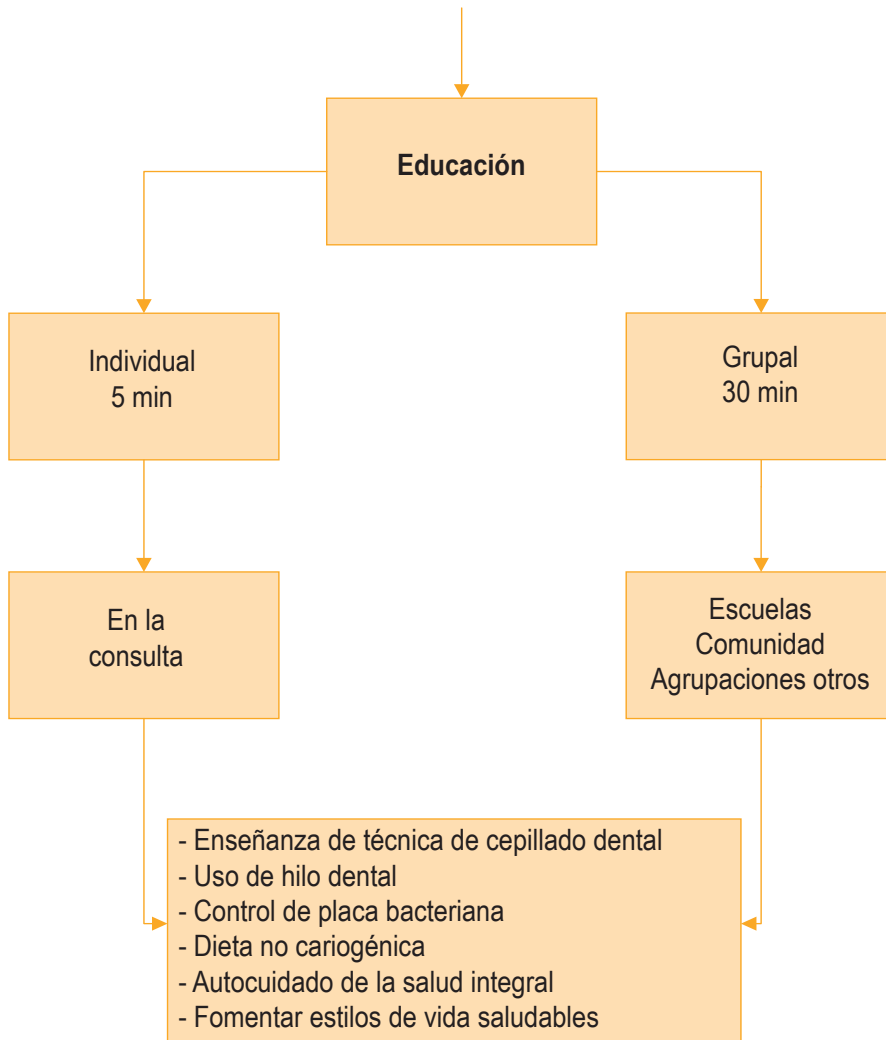
Protocolos de prevención

| Actividad | Definición | Procedimiento |
|---------------------------------|---|---|
| <p>Profilaxis dental</p> | <p>Procedimiento clínico realizado para remover y eliminar en forma mecánica la placa bacteriana y los cálculos supra y subgingivales del diente.</p> | <p>Administrar una sustancia reveladora de biopelícula bacteriana al paciente.</p> <p>Observar zonas pigmentadas y eliminar biopelícula bacteriana, cálculos supra y subgingivales, manchas, ubicadas en la porción coronal de los dientes con curetas de Gracey y/o ultrasonidos.</p> <p>Con baja velocidad y con una copa de caucho, aplicar la pasta profiláctica para pulir las superficies del diente.</p> |

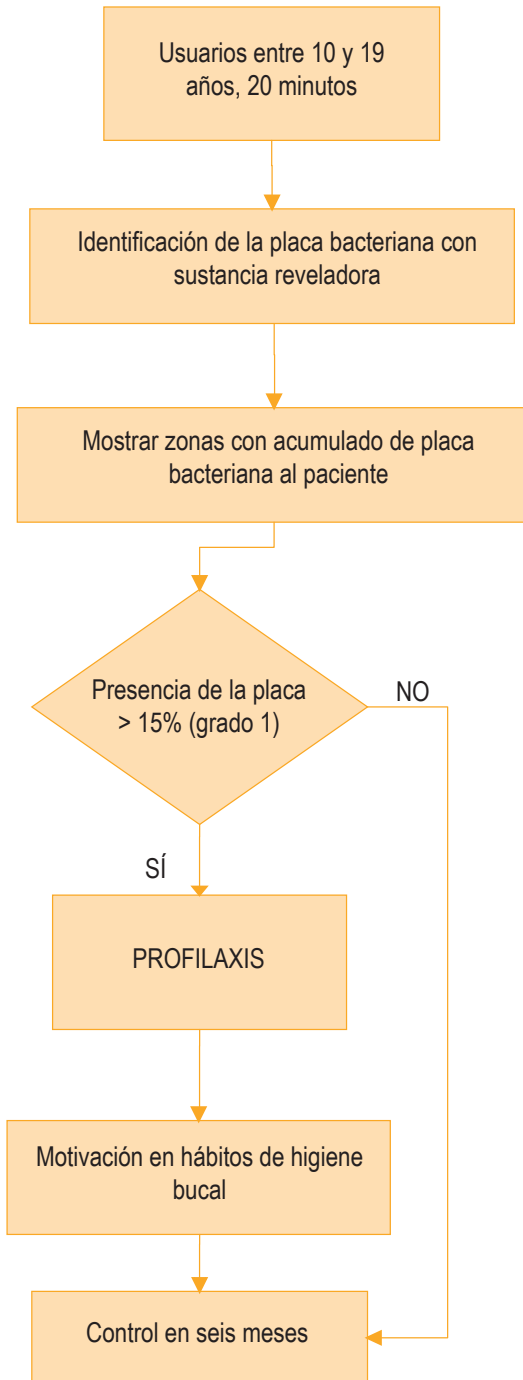
| | | |
|---|---|--|
| <p>Fluorización tópica</p> | <p>Procedimiento mediante el cual se incorpora a las superficies dentales una substancia que contiene flúor en diferentes concentraciones de acuerdo al riesgo.</p> | <p>Una vez realizada la profilaxis de los cuatro cuadrantes, secar las superficies dentales.</p> <p>Se inserta la cubeta en la boca por el tiempo que indique la casa fabricante, presionándola contra los dientes para asegurar el cubrimiento de los espacios proximales controlando la ubicación de la cubeta y la absorción con eyector de saliva los excesos del producto.</p> |
| <p>Aplicación de sellantes de fotocurado</p> | <p>Es una técnica que utiliza un biomaterial adherente a nivel de fosas y fisuras de las piezas dentales. Para evitar la formación de caries dentales.</p> | <p>Limpiar la superficie que se tratará con un cepillo profiláctico y/o una copa de goma, utilizando pastas abrasivas, controlando que al final la superficie quede bien limpia. Aislamiento absoluto o relativo de la(s) superficies que se sellará.</p> <p>Se seca la superficie o superficies por sellar con aire comprimido libre de impurezas.</p> <p>Grabar de la superficie del diente mediante aplicación de ácido ortofosfórico de acuerdo a las especificaciones del fabricante.</p> <p>Lavar de la superficie con agua en forma profusa teniendo especial cuidado, en el caso de aislamiento relativo, de no permitir la contaminación de la superficie grabada.</p> <p>Aplicar adhesivo y el sellador extendiéndolo bien a lo largo de la superficie con la ayuda de un micro aplicador para asegurar la penetración del mismo evitando que queden burbujas.</p> <p>Fotopolimerizar el material.</p> <p>Comprobar con un explorador romo o sonda si ha quedado una superficie lisa, sin ningún tipo de retención o burbujas en el material. Retirar el aislamiento (absoluto o relativo usado). Comprobar la oclusión. Desgastar selectivamente si es necesario.</p> |

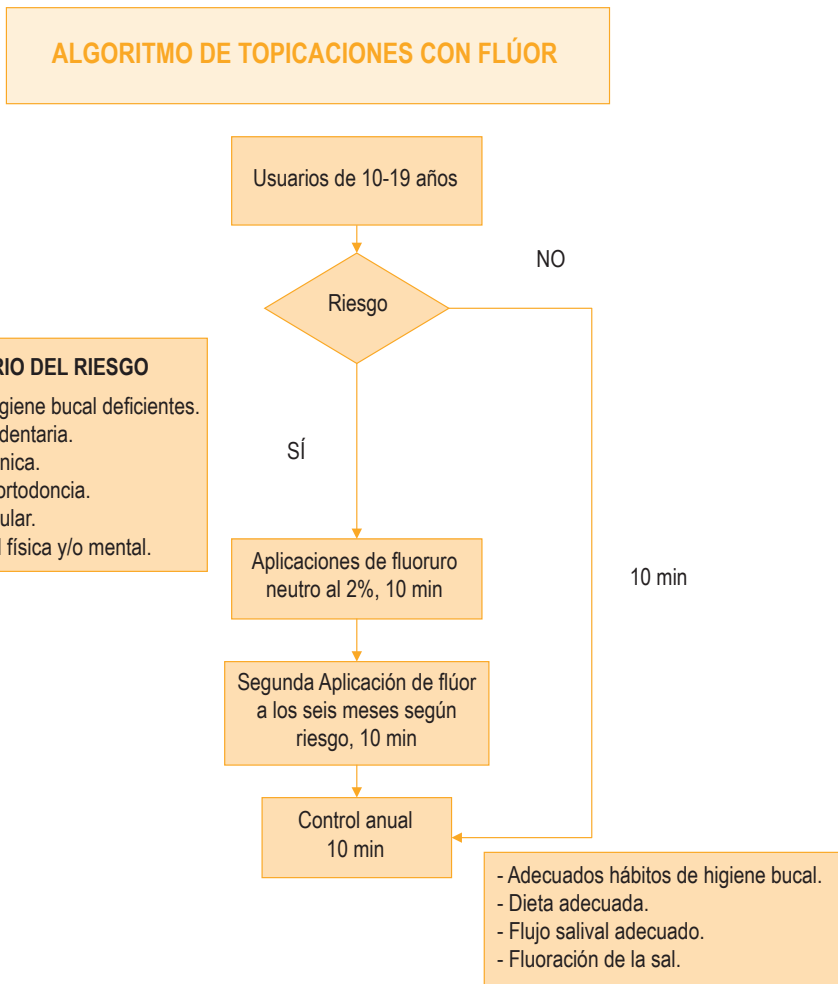
Algoritmos

ALGORITMO DE EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL

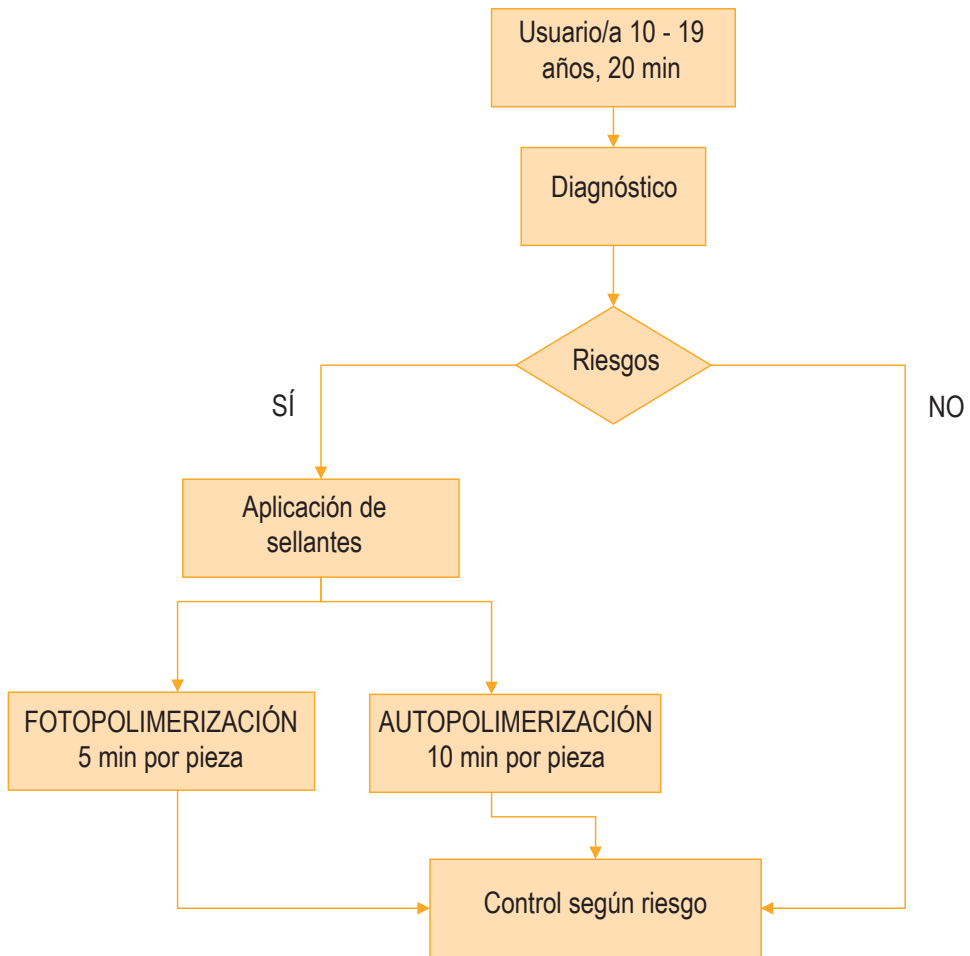


ALGORITMO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA





ALGORITMO DE APLICACIÓN DE SELLANTES





Capítulo III

**Protocolos de especialidades
odontológicas para el segundo y
tercer nivel de atención**

Odontopediatría

Anamnesis – Z01.2

La anamnesis consiste en una serie de preguntas sobre la historia de vida y salud del paciente pediátrico. La entrevista debe realizarse con los padres o responsables legales, siendo indispensable que ellos brinden informaciones claras y precisas sobre el paciente.

Procedimiento para anamnesis:

- **Identificación del paciente:** datos de filiación.
- **Historia familiar:** durante la gestación, patologías hereditarias, salud bucal del entorno familiar, situación social.
- **Antecedentes personales:** erupción, desarrollo y atención dental, problemas previos de salud bucal, hábitos de higiene oral, dietéticos y perniciosos.
- **Evaluación psicológica:** emocional y comportamiento.

Examen clínico extraoral

El examen se centrará en exploración de labios, articulaciones y exploración facial:

- **Exploración de los labios en:** reposo y funcional, aspecto, lesiones e integridad.
- **Exploración de las articulaciones:** movilidad, desviación, sonidos, dolor.
- **Exploración facial:** simetría de las dimensiones y perfil facial, color y aspecto de la piel, color de las conjuntivas, ventilación y secreciones nasales.

Examen intraoral

El examen consiste en una valoración de todas las estructuras de la cavidad oral.

- **Exploración de los tejidos blandos:** mucosa oral, orofaringe, paladar, lengua, suelo de la boca, encías, frenillos, glándulas salivales, incluyendo las amígdalas.
- **Exploración dentaria:** número, forma, tamaño, color, estructura, oclusión, espaciamientos, apiñamientos, caries, movilidad, fistulas, restauraciones.

Diagnóstico

- Evaluación de la higiene dental.
- Lesiones de caries.
- Salud gingival.

Plan de tratamiento:

- Profilaxis y fluorización.
- Sellantes.
- Restauraciones.
- Endodoncias.
- Exodoncias.
- Mantenedores de espacio.
- Ortopedia u ortodoncia.

Exámenes complementarios: Rx panorámica, Rx periapical, Rx oclusal, cefalometría, TAC en 3D, biometría, biopsias, etc.

Educación y motivación

Charlas a los padres o representantes y paciente pediátrico sobre:

- Importancia de la salud bucal, contagio y repercusiones.
- Alimentación saludable.
- Técnicas de cepillado.
- Tipo de cepillo según la edad.
- Pasta apropiada según la edad.
- Uso apropiado de hilo dental.
- Enjuagues bucales adecuados.

Protocolos de prevención de las principales patologías bucodentales.

| HIGIENE BUCAL EN NIÑOS SIN DENTICIÓN |
|---|
| Definición: es la remoción mecánica de biopelícula y restos alimenticios. |
| Procedimiento |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ubicar a la madre con el niño en sus faldas con la cabeza ubicada hacia el profesional y la madre sujetando al niño desde los hombros. - Limpieza manual con gasa estéril humedecida con agua hervida o filtrada. La gasa debe estar envuelta en el dedo índice. - Deslizar suavemente el reborde gingival superior e inferior, vestíbulo bucal, paladar duro y lengua, eliminando biopelícula y restos alimentarios. |

| | |
|----------------------|--|
| Recomendación | <ul style="list-style-type: none"> - Este procedimiento se lo realizará diariamente por la noche, con una duración de dos a tres minutos. - El profesional deberá informar a los padres que este procedimiento debe realizarse dos veces al día (en la mañana y la noche). - Se indicará a los padres o representantes que su próxima visita deberá ser apenas erupción su primer diente. - El profesional deberá analizar el factor de riesgo de caries familiar e indicar a la madre acudir a la consulta cuando inicie la erupción de los primeros dientes. |
|----------------------|--|

CEPILLADO DENTAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DENTICIÓN

Definición: es la forma mecánica de eliminación de la biopelícula y restos alimentarios.

Procedimiento

- Utilizar previamente revelador de placa bacteriana.
- Apoye el cepillo, con una inclinación aproximada de 45 grados, con respecto al eje mayor de la pieza dental, en la zona donde se unen los dientes y las encías.
- Cepille suavemente con un movimiento de delante hacia atrás, la superficie dental externa, en grupos de dos o tres dientes a la vez.
- Repita la operación con la superficie interna de los dientes.
- Inclina el cepillo verticalmente detrás de los dientes anteriores, haga movimientos de arriba abajo, usándola parte delantera del cepillo.
- Cepille las caras oclusales con un movimiento circular de atrás hacia adelante.
- Cepille la lengua suavemente de atrás hacia adelante, para eliminar las bacterias que producen el mal aliento, en su superficie más posterior.

| | |
|------------------------|--|
| Recomendaciones | <p>El cepillado se lo hará después de cada comida; tiempo promedio de cepillado de dos a tres minutos.</p> <p>El cepillo debe ser pediátrico de cerdas suaves y puntas redondeadas, de mango pequeño, cabeza no mayor de 2 cm de largo.</p> <p>En los niños/as de menos de cinco años, el cepillado debe ser realizado por los padres o familiares, los cuales deben estar totalmente motivados y entrenados.</p> <p>Los niños/as podrán empezar a cepillarse los dientes por sí solos, pero sin pasta dental y luego con pasta bajo la supervisión de los padres o responsables.</p> <p>Cambiar el cepillo de acuerdo a la necesidad.</p> <p>Se indicará un enjuague total con agua antes del cepillado; luego de este el niño arrojará solo la pasta que está en exceso para aprovechar la acción del flúor.</p> |
|------------------------|--|

| PROFILAXIS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE BAJO Y ALTO RIESGO DE CARIES | |
|---|------------------|
| <p>Definición: procedimiento que realiza el profesional para remover la placa bacteriana blanda o remineralizada y las manchas en las piezas dentales.</p> | |
| <p>Procedimiento</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Posicionar el sillón dental con una angulación de 180 grados aproximadamente, en la que se ubicará al niño o en el regazo de la madre. - Pigmentación con torunda de algodón embebida en revelador de placa bacteriana de las piezas dentales. - Colocación de succión. - Enjuagar con agua las piezas dentales pigmentadas. - Limpieza de los dientes con cepillo dental del niño (de preferencia) o cepillo profiláctico embebido en agua oxigenada de 10 volúmenes diluida en agua hervida o filtrada en una proporción de 1 a 3, en caso de bajo riesgo de caries. - Limpieza de los dientes con cepillo dental del niño (de preferencia) o cepillo profiláctico embebido en clorexidina, en caso de alto riesgo de caries y/o enjuague bucal con xilitol y/o clorhexidina. - Enjuague de la cavidad bucal con agua en forma suave. - Limpieza de los espacios interdentes con gasa o hilo dental. | |
| Recomendación | Cada tres meses. |

| UTILIZACIÓN DEL HILO DENTAL | |
|--|--|
| <p>Definición: la utilización correcta del hilo dental previene la formación de caries interproximales (entre los dientes) y las enfermedades periodontales, principales problemas de salud bucal de la población. Los dientes y encías permanecerán sanos, porque el hilo dental permite acceder a zonas donde el cepillo de dientes no alcanza.</p> | |
| <p>Procedimiento</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Enrolle 20 centímetros de hilo dental alrededor del dedo medio de cada mano. - Mantenga estirado dos a tres centímetros de hilo entre los dedos. Use los dedos índices para guiar el hilo dental entre las superficies de contacto de los dientes inferiores. - Guíe suavemente el hilo dental entre los dientes usando un movimiento de zig-zag. Introduzca cuidadosamente el hilo entre los dientes y al alrededor del diente. - Deslice el hilo dental de arriba hacia abajo sobre la superficie del diente y también debajo de la encía. - Después de pasarlo por todos los dientes, enjuagar vigorosamente la boca para eliminar la placa y los residuos de los espacios interdentes. | |

| | |
|----------------------------|---|
| <p>Indicaciones</p> | <p>La limpieza con el hilo dental en los niños/as debe ser realizada por los padres, la madre o responsable del niño que esté debidamente adiestrado para que pueda insertar el hilo dental sin lesionar la papila interdentalia. El hilo dental que se utilice para la limpieza dental debe ser sin cera deslizante.</p> |
|----------------------------|---|

TOPICACIÓN CON FLÚOR EN GEL, FLUORURO DE SODIO AL 0.2% EN NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS

Definición: la aplicación tópica de flúor en gel es una técnica capaz de reducir a la mitad la presencia de caries. El tratamiento es fácil de implementar y no tiene efectos secundarios conocidos ni agresivos.

El flúor actúa sobre los cristales del esmalte dentario, transformando la hidroxiapatita en fluorapatita, haciendo más resistente al proceso carioso; se cree también que actúa sobre microorganismos causantes **de la caries**, interfiriendo su proceso destructivo.

Procedimiento

- Realizar una profilaxis o cepillado riguroso de las piezas dentales antes de la colocación del flúor gel.
- Establecer el tamaño adecuado de la cubeta desechable para flúor y llenala con una cantidad máxima de 2 ml o 40% de su capacidad con fluoruro (colocando algodón en toda la cubeta para mejor absorción del flúor)
- Colocar al paciente sentado en posición erecta con la cabeza inclinada hacia adelante a fin de disminuir el riesgo de ingestión de flúor.
- Aislar los dientes con rollos de algodón y secar con la jeringa de aire para obtener un campo seco que permita mayor absorción de fluoruro.
- Insertar la cubeta en la boca por un minuto o de acuerdo a las indicaciones del fabricante, presionándola contra los dientes, para asegurar el cubrimiento de los espacios interproximales y se le pide al paciente que cierre la boca para ayudar a llevar el fluoruro alrededor de todas las superficies dentales.
- Finalmente solicitar al paciente que incline la cabeza hacia abajo para retirar la cubeta bucal. En esta actividad se debe mantener supervisión continua con el fin de prevenir accidentes con fluoruro.

| | |
|------------------------|--|
| Recomendaciones | <p>Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora.</p> <p>Es conveniente realizar topicaciones con flúor gel acidulado al 2,3% a partir de los seis años de edad, ya que el mismo actúa como un recubrimiento para evitar posibles lesiones cariosas. Su uso es principalmente importante para la prevención de las caries en niños durante la visita periódica.</p> <p>La frecuencia recomendada es de dos aplicaciones anuales, considerándose que cada aplicación supone un aporte de unos 5 ml.</p> |
|------------------------|--|

APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ AL 5% EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y PACIENTES DE ALTO RIESGO DE CARIES

Definición: la aplicación de flúor barniz es eficaz y efectiva para prevenir las caries dentales de la primera infancia y remineralizar superficies con alto riesgo de caries.

Procedimiento

- Posicionar el sillón dental con una angulación de 180 grados aproximadamente, en la que se ubicará al niño o en el regazo de la madre.
- Profilaxis dental.
- Colocación de succión.
- Aislamiento relativo por sextante.
- Secar las piezas dentarias que van a tratarse.
- Aplicar el barniz de flúor con pincel o aplicador en superficies dentales.
- Retiro de aislamiento relativo y succión.
- En pacientes menores de tres años y sin riesgo de caries, repetir el procedimiento cada seis meses.
- En pacientes con alto riesgo de caries, realizar el procedimiento de choque: una vez por semana, por un mes; luego una vez por mes, por tres meses; después de tres meses, seis meses y al año.

| | |
|------------------------|--|
| Recomendaciones | <p>Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por dos horas.</p> <p>Durante las 12 horas siguientes a la aplicación, se recomienda alimentos blandos y líquidos.</p> <p>Se le debe indicar a los padres o representantes no cepillar la boca del niño durante 24 horas después al procedimiento.</p> <p>Se recomienda el cambio del cepillo dental para los cepillados posteriores del niño.</p> |
|------------------------|--|

APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO

Definición: es una técnica simplificada de prevención de la caries dental, con preparación mínima, indolora y efectiva.

Procedimiento

- Diagnóstico clínico de la pieza que se debe sellar.
- Profilaxis de o de las piezas que se tratarán con pasta sin flúor ni grasa.
- Aislamiento relativo y succión.
- Secar las superficies dentarias que se van a sellar.
- Acondicionamiento de las fosas y fisuras con grabador ácido ortofosfórico al 37% por 15 segundos.
- Lavado de las superficies acondicionadas por el doble de tiempo del grabado.
- Secado.
- Aplicación del sellante.
- Si existe contaminación con saliva repetir el procedimiento anterior, acondicionando esta vez solo por cinco segundos.
- En surcos con caries incipiente, realizar ameloplastía (limpieza de caries a nivel del esmalte).
- Aplicación de adhesivo.
- Colocación de resina fluida.
- Fotopolimerización por 20 segundos o de acuerdo a las especificaciones del fabricante.
- Verificación con la punta roma de un explorador que el sellante cubra bien todas las fosas y fisuras; caso contrario, rellenar las superficies faltantes.
- Realizar el control de la oclusión.

Indicaciones

Indicar a los representantes que deben evitar dieta pegajosa al niño durante al menos 12 horas.
Evaluación semestral.

APLICACIÓN DE SELLANTES (TÉCNICA ART) TÉCNICA NO INVASIVA

Definición: es una técnica simplificada de prevención de la caries dental, con preparación mínima, indolora y efectiva.

Procedimiento

- Diagnóstico clínico de la pieza que se va a sellar.
- Control oclusal.
- Aislamiento relativo (rollos de algodón).
- Remoción de la placa y restos alimentarios en las partes más profundas de las fosas y fisuras con el explorador de punta roma.
- Limpiar la superficie del diente con torundas de algodón humedecidas con agua y con torundas de algodón.
- Acondicionamiento de las fosas y fisuras adyacentes por 15 segundos. Se usará el mismo líquido del ionómero de vidrio.
- Lavar la superficie con torundas de algodón embebidas en agua y secar con torundas de algodón.
- Aplicar el ionómero de vidrio en cantidades pequeñas en fosas y fisuras.
- Colocar una pequeña capa aislante (vaselina) y aplicar la técnica de digitopresión en las fosas y fisuras de la pieza que se está sellando.
- Remover el exceso de material una vez que este se ha semiendurecido.
- Realizar el control de la oclusión.
- Aplicar una capa extra de aislante (vaselina).

| | |
|---------------------------|--|
| Indicaciones | Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora. |
| Contraindicaciones | Hipersensibilidad al cemento de ionómero de vidrio. |

Protocolos de promoción y educación

EDUCACIÓN EN HIGIENE BUCAL

Definición: es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales, en estos protocolos se indicará cuales son las más recomendables para ser utilizados tanto en la casa como en el consultorio.

Bebés (0 meses a 2 años).

Abarca el inicio aproximado de la erupción dental hasta la erupción completa de la dentición temporal.

Cuidados en casa

Recomendar a los padres o a la madre o responsable del niño:

Explicar que, con la erupción de los primeros dientes, la alimentación nocturna (tanto leche materna o de biberón) debe disminuir, **hasta eliminarse completamente al año de edad.**

Recomendar que, a partir de esta etapa, el niño siempre debe dormir con la boca limpia, que debe realizarle la higiene después del último alimento, esto con el propósito de evitar el desarrollo de la caries por alimentación nocturna o de biberón.

Los padres, la madre o responsable del niño deberán realizar la higiene en la mañana y antes de dormir (dos veces al día) solo con gasa o una tela suave embebida en agua hervida tibia.

Se podrá utilizar cepillo de dientes cuando los molares ya estén presentes e indicar el uso del vaso de aprendizaje a partir de los ocho meses de edad para facilitar el destete. Recomendar el uso de pasta dental sin flúor

Cuidados en consultorio

- En la primera cita, el profesional odontólogo indica todos los cuidados arriba mencionados.
- Realizar la demostración práctica a los padres, la madre o responsable del niño para luego evaluar en citas posteriores la efectividad de sus cuidados del bebé.
- En cada consulta, se realizará la higiene bucal del bebé con gasa o el propio cepillo del paciente si ya tiene los molares presentes.
- Con criterio de riesgo, se realizarán topificaciones de flúor en barníz.

Recomendaciones

Las consultas odontológicas serán mensuales o trimestrales, en caso de alto riesgo de caries (caries de la primera infancia o de biberón).

| Niños preescolares (3 a 5 años de edad) | |
|--|--|
| <p>Cuidados en casa El cepillado dental es responsabilidad absoluta de los padres. A partir de los tres años, se recomienda a los padres o responsables del niño/a el uso de pasta dental con flúor (de no más de 500 ppm) en una cantidad aproximada a un grano de lenteja (0,15 g) en los dos cepillados, tanto en la mañana como en la noche.</p> | |
| <p>Cuidados en consultorio Profilaxis y fluorización</p> | |
| Control y mantenimiento | Citas odontológicas trimestrales |
| Escolares (6 a 14 años) | |
| <p>Cuidados en casa A partir de los seis años, se dejará que el niño/a se cepille sus dientes solo/a, siempre abarcando todos sus dientes con la respectiva supervisión de los padres, no es necesaria una técnica sofisticada. Se recomienda el control de los padres. Uso de hilo dental diario nocturno. A partir de los seis años ya puede utilizar la pasta dental de adulto (que contiene 1000 ppm).</p> | |
| <p>Cuidados en consultorio: Profilaxis con pasta fluorada. Asesoría de la técnica de cepillado. Se indicará y demostrará el uso del hilo dental y enjuague bucal. Se realizará topificaciones de flúor o aplicación de flúor gel con cubetas.</p> | |
| Control y mantenimiento | Indicación de control de dieta y citas odontológicas trimestrales. |

Atención de morbilidad

| PATOLOGÍA: CARIES DENTAL - K02_ | |
|--|--|
| <p>Definición: es el desequilibrio entre los factores de desmineralización y remineralización y en el que predominan los factores de desmineralización.</p> | |
| Etiología | <p>Los factores de la desmineralización son: huésped susceptible, microflora, sustrato (dieta alimenticia), tiempo, cantidad y calidad de la saliva.</p> <p>Los factores de la remineralización: cepillado, fluorización, sellantes, dieta equilibrada, etc.</p> |
| Criterios de diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> - Clínico. - Radiográfico. |

| PATOLOGÍA: CARIES MANCHA BLANCA | |
|---|---|
| Definición: lesión que provoca, en el esmalte, opacidad en la base inicial de la enfermedad, lo que da un color blanco tiza. | |
| Etiología | Placa bacteriana |
| Plan de tratamiento | |
| Identificación de mancha blanca: opacidad al aplicar aire | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Limpieza del área que se va a tratar con copa de caucho o cepillo profiláctico. - Aislamiento relativo del campo operatorio y succión. - Secado del área. - Aplicación del de flúor barniz al 5% o flúor neutro. - Indicar al paciente que no debe consumir alimentos, líquidos ni cepillarse los dientes luego de 2 horas. | |
| Control y mantenimiento | Se realizaran aplicaciones inicialmente cada semana, durante un mes y luego cada tres meses de acuerdo al caso. Para garantizar buenos resultados, se recomienda a la madre o representante una estricta supervisión de la higiene oral y control de la dieta del niño. |

| PATOLOGÍA: CARIES DE ESMALTE – K02.1 | |
|---|--|
| Definición: destrucción de la matriz inorgánica del esmalte. | |
| Etiología | Predominio de los factores de desmineralización |
| Clasificación | Fosas y fisuras. Superficies lisas. |
| Manifestaciones clínicas | Asintomático. Presenta una superficie de color blanco lechoso a pardo mate. Se intensifica a medida que se profundiza. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Fluorosis. Hipoplasia del esmalte. |
| Plan de tratamiento | |
| Identificar toda la zona afectada. Eliminar el tejido cariado con fresa redonda muy pequeña. Restauración definitiva con resina y/o ionómero de vidrio de restauración. Control de oclusión. | |
| Complicaciones | Caries de dentina. |

| | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Cada seis meses. |

| PATOLOGÍA: CARIES DE DENTINA – K02.2 | |
|--|--|
| Definición: Destrucción de la matriz inorgánica y orgánica de la dentina. | |
| Etiología | Predominio de los factores de desmineralización |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - Superficial-infectada. - Profunda-afectada. |
| Manifestaciones clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Sintomático. - Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos (pulpitis). - Cavidad con tejido reblandecido y cambio de coloración (café o marrón). |
| Criterios de diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> - Clínico. - Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | <ul style="list-style-type: none"> - Dentina reparativa o terciaria. - Hiperestesia dentinaria. - Abrasión, erosión, atrición, afracción. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Administración de anestesia cuando el caso lo requiere. - Aislado absoluto o relativo. - Apertura. - Remoción de dentina infectada. - Mantenimiento de dentina afectada. - Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2%. - Protección indirecta con (hidróxido de calcio, ionómero de base), óxido de zinc o IRM en cavidades profundas (-2 mm) por seis semanas o dos meses. - Obturación definitiva (amalgama, resina e/o ionómero de vidrio de restauración). - Control de oclusión. - Plan de prevención, control y mantenimiento. | |
| Complicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Pulpitis irreversible. - Herida pulpar. - Necrosis. - Absceso. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |

| | |
|--------------------------------|------------------|
| Control y mantenimiento | Cada tres meses. |
|--------------------------------|------------------|

| CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA – K02.8 | |
|---|---|
| <p>Definición: la caries de la primera infancia o caries de biberón es un tipo específico de caries, de aparición súbita que afecta tempranamente los dientes temporales antero-superiores de niños en edades precoces (uno a cuatro años).</p> <p>La caries rampante se caracteriza por afectar un gran número de dientes, ser de rápida evolución, ocasionar extensa destrucción coronaria, afectar superficies dentales consideradas de bajo riesgo para caries y presentar un patrón dental definido involucrando los dientes temporales en la secuencia de erupción de la cavidad bucal.</p> | |
| Etiología | <p>Resulta de la ingesta prolongada y frecuente de leche materna o biberones con leche, jugos y téis enriquecidos con azúcar, miel y chocolate, suministrados durante el día y las horas nocturnas. Es multifactorial y no necesariamente por la ingesta con biberón; pueden intervenir factores como desnutrición, complicaciones durante la gestación, problemas durante el sueño, enfermedades crónicas, factores genéticos, alteraciones hipoplásicas y condiciones socioeconómicas y culturales.</p> |
| Manifestaciones clínicas | <p>Tiene evolución rápida.</p> <p>Involucra más de tres incisivos.</p> <p>Afecta básicamente a incisivos superiores en sus superficies vestibulares, así como los primeros molares superiores e inferiores.</p> <p>En caso más graves, afecta a incisivos inferiores.</p> <p>Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.</p> <p>Cavidad con tejido reblandecido y cambio de color.</p> |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. |
| Exámenes complementarios | Examen radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | <ul style="list-style-type: none"> - Hipoplasia del esmalte. - Amelogénesis imperfecta. |

| Plan de tratamiento | |
|---|--|
| <p>- Primera fase Eliminación del hábito. Control de dieta. Realizar los tratamientos de urgencia (exodoncias dentales, tratamientos endodónticos), simultáneamente con todos los procedimientos químicos que forman parte de adecuación del medio bucal como: TRATAMIENTO INTENSIVO O DE CHOQUE. Indicado para caries de biberón o de la lactancia o llamada caries de la primera infancia y para caries rampante. Consiste el tratamiento en cuatro sesiones sucesivas una vez por semana, en el siguiente orden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primera semana: profilaxis y topicación con flúor barniz. - Segunda semana: profilaxis y topicación con clorhexidina y recubrimiento con barniz copal o uso de barniz con clorhexidina. - Tercera semana: profilaxis y topicación con flúor barniz. - Cuarta semana: terminar con profilaxis y topicación con clorhexidina y barniz. <p>Realizar seguimiento del tratamiento más espaciados al mes, tres meses y seis meses, una sola sesión con profilaxis y topicación con barniz flúor.</p> | |
| <p>- Segunda fase Administración de anestesia si el caso lo requiere. Aislado absoluto o relativo. Remoción del esmalte y dentina cariada. Desinfección de la cavidad con clorexidina al 2 % u otros. Protección indirecta (óxido de zinc- eugenol), valoración en seis semanas o dos meses Obturación definitiva (resina y/o ionómero de restauración). Endodoncia de acuerdo al caso. Exodoncia indicada de acuerdo al caso. Mantenedor de espacio en caso de exodoncia.</p> | |
| Complicaciones: | <ul style="list-style-type: none"> - Pulpitis. - Necrosis. - Abscesos. - Fracturas coronaria. |
| Criterios de alta: | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | <ul style="list-style-type: none"> - Primer control al mes. - Segundo control a los dos meses, y si se logra bajar el índice de caries, los controles serán cada tres meses. - Control de dieta - Control de pH salival. |

Patologías: enfermedades de la pulpa– K04.0

| PULPITIS – K04.0 | |
|--|---|
| Definición: inflamación pulpar que se manifiesta como una gran sensibilidad a los cambios térmicos o un dolor espontáneo del diente. | |
| Pulpotomía: Indicaciones | Exposición pulpar en dientes temporales y permanentes inmaduros posteriores por caries profunda. Hiperemia pulpar. Ausencia de infección (fístulas o abscesos). |
| Criterios de diagnóstico | Rx periapical de la pieza afectada. |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Enjuague previo con clorhexidina 0,12 %. - Anestesia local e infiltrativa y aislamiento absoluto o relativo. - Acceso coronal, en donde el tejido cariado debe ser removido. - Desinfección local de pieza dentaria a intervenir con clorhexidina. - Cambiar de fresa (debe estar estéril) para el retiro del techo pulpar. - Remoción de la pulpa coronaria con cuchareta estéril. - Limpiar cámara pulpar con torunda de algodón estéril humedecida en agua destilada. - Secar suavemente con torunda de algodón estéril. - Colocar sulfato ferroso al 15% sobre pulpa expuesta. - Secar suavemente con torunda de algodón estéril de dos a tres minutos. - Se retira con torunda de algodón estéril humedecida en agua destilada. - Se coloca una capa de óxido de zinc-eugenol. - Restauración con ionómero de restauración y resina o amalgama en ocho días posteriores al procedimiento. | |
| Control y mantenimiento | <ul style="list-style-type: none"> - Control radiográfico al finalizar la pulpotomía. - Controles posteriores cada tres meses. |
| Biopulpectomía: Indicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Pulpitis aguda irreversible. - Exposición pulpar como consecuencia de lesiones de caries. - Cuando el sangrado es abundante o escaso. |
| Criterios de diagnóstico | - Rx periapical de la pieza afectada. |
| Riesgos | - Pulpitis con sangrado abundante, retirar paquete vasculonervioso, y dejar abierto ocho días; se corre riesgo de hinchazón facial en caso de cerrar, si se presentara este cuadro, abrir y dar cobertura antibiótica e inflamatoria. |

Plan de tratamiento

Primera sesión:

- Enjuague previo con clorexidina al 0,12 %.
- Aislamiento absoluto o relativo.
- Acceso coronal, en donde el tejido cariado debe ser removido.
- Cambiar de fresa para realizar herida pulpar.
- Colocación de Depulpin (mínima cantidad) a nivel de herida.
- Colocar una torunda de algodón estéril.
- Obturar temporalmente con oxido de zinc-eugenol.
- Se cita al paciente al paciente en ocho días.

Segunda sesión: realización de pulpectomía.

- Aislamiento absoluto o relativo.
- Retiro de de óxido de zinc-eugenol.
- Cambiar de fresa para el retiro del techo pulpar.
- Remoción de la pulpa coronaria con cuchareta estéril.
- Acceso a los conductos radiculares.
- Introducir limas Headstron en los conductos y realizar la biomecánica del canal radicular.
- Irrigar los conductos con hipoclorito de sodio al 0.5% diluido con solución salina en proporción 50% y 50%.
- Secado de conductos con conos de papel.
- Obturación de conductos con pasta yodoformada (mezcla de una porción de yodoformo con tres de óxido de zinc y dos o tres gotas de paramonoclorofenol), con léntulos o limas girándolas en sentido inverso a las manecillas del reloj o cualquier procedimiento que asegure el llenado del conducto.
- Restauración con resina o ionómero de restauración luego de ocho días de realizado el procedimiento.

NOTA: se puede realizar biopulpectomía en una sola sesión de acuerdo al caso.

Control y mantenimiento

Control radiográfico al finalizar la biopulpectomía.
 Controles posteriores cada tres meses.

NECROSIS DE LA PULPA – K04.1

Definición: muerte de la pulpa con el cese de los procesos metabólicos de ese órgano y como consecuencia la pérdida de vitalidad, estructura y defensas naturales.

ABSCESO PERIAPICAL CON FÍSTULA – K04.6

Definición: es un cuadro en el que se produce una supuración de forma rápida en el periápice o furca.

| | |
|--|--|
| <p>Necropulpectomía: Indicaciones</p> | <p>Necrosis pulpar. Gangrena pulpar. Periodontitis apical de origen bacteriano. Absceso dentoalveolar.</p> |
| <p>Criterios de diagnóstico</p> | <p>Radiografía periapical de la pieza afectada.</p> |
| <p>Plan de tratamiento</p> | |
| <p>Primera sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enjuague previo con clorexidina al 0.12%. - Aislamiento absoluto o relativo. - Acceso corona, donde el tejido cariado debe ser removido. - Cambiar de fresa para el retiro del techo pulpar. - Desinfección de la cavidad con agua oxigenada diluida al 3%. - Acceso a los conductos radiculares. - Introducir limas Headstron en los conductos y realizar la biomecánica del canal radicular. - Irrigar los conductos con hipoclorito de sodio al 0,5% y lechada de cal (solución salina o agua destilada con hidróxido de calcio puro). - Secado de conductos con conos de papel. - Se coloca en la cavidad una torunda con el olor del formocresol. - Obturación de la cavidad con óxido de zinc-eugenol. - Dejar ocho días. <p>Segunda sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enjuague previo con clorexidina al 0,12 %. - Aislamiento absoluto o relativo. - Retiro de óxido de zinc-eugenol. - Retiro de torunda con el formocresol. - Desinfección de la cavidad con agua oxigenada diluida al 3%. - Acceso a los conductos radiculares. - Introducir limas Headstron en los conductos y realizar la biomecánica del canal radicular. - Irrigar los conductos con hipoclorito de sodio al 0,5%, solución salina, clorhexidina o lechada de cal - Secado de conductos con conos de papel. - Tercera sesión: obturación de conductos con pasta yodoformada (mezcla de una porción de yodoformo con tres de óxido de zinc y paramoclorofenol), con léntulos o limas girándolas en sentido inverso a las manecillas del reloj o cualquier procedimiento que asegure el llenado. - Obturación de la cámara pulpar solo con óxido de zinc. - Restauración con resina o ionómero restauración luego de ocho días de realizado el procedimiento. | |
| <p>Control y mantenimiento</p> | <p>Control radiográfico al finalizar la necropulpectomía. Controles posteriores cada tres meses.</p> |

Lesiones traumáticas en tejidos de soporte y estructuras dentarias en niños. – K08

Estas lesiones son muy frecuentes en niños y por las particularidades que rodean a las estructuras en crecimiento y formación en el niño, es necesario considerar las lesiones más prevalentes.

| PATOLOGÍA: LESION EN TEJIDOS DE SOPORTE – K08 | |
|---|---|
| Definición: lesión provocada por un impacto directo que causa ruptura de algunos vasos sanguíneos. No hay ruptura de ligamento periodontal, solo edema del mismo; el diente está firme en su alveolo. | |
| Etiología | Traumática. |
| Manifestaciones clínicas | Diente sensible a la percusión y masticación. No existe movilidad dentaria. No se observa signos patológicos radiográficamente. |
| Exámenes complementarios | Radiografías periapicales y panorámica. Pruebas de sensibilidad y vitalidad pulpar. |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Alivio de la oclusión. - Dieta blanda. - Analgésicos y/o antiinflamatorios. - Observación y evaluación periódica del paciente. | |
| Complicaciones | Pulpitis. Necrosis pulpar. |
| Control y mantenimiento | Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada tres meses. |
| Tiempo de trabajo | 15 minutos. |

| SUBLUXACIÓN (DIENTES DECIDUOS) – K08 | |
|---|---|
| Definición: lesión provocada por un impacto mayor que provoca ruptura de algunos vasos sanguíneos, y de algunas fibras del ligamento periodontal; hay hemorragia en el surco gingival. | |
| Etiología | Traumática. |
| Manifestaciones clínicas | Diente sensible a la percusión y masticación. Presencia de movilidad dentaria, más no desplazamiento. No se observa signos patológicos radiográficamente. |
| Exámenes complementarios | Radiografías periapicales y panorámica. Pruebas de sensibilidad y vitalidad pulpar. |

| Plan de tratamiento | |
|--|---|
| Alivio de las interferencias oclusales. Dieta blanda por dos semanas. Analgésicos y/o antiinflamatorios Observación y evaluación periódica del paciente | |
| Complicaciones | Necrosis pulpar. Reabsorción ósea y/o radicular. Complicaciones periapicales ocasionales. |
| Control y mantenimiento | Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada tres meses. |

| EXTRUSIÓN; CÓDIGO CIE – 10 – K08 | |
|---|---|
| Definición: lesión provocada casi siempre por fuerzas oblicuas que desplazan al diente sacándolo parcialmente al diente de su alveolo; hay ruptura de vasos sanguíneos y de terminaciones nerviosas de ligamento y de pulpa, también hay ruptura de algunas fibras del ligamento periodontal. | |
| Etiología | Traumática. |
| Manifestaciones clínicas | Diente sensible a la percusión y masticación. Diente desplazado axialmente fuera del alveolo. Diente con mucha movilidad. |
| Exámenes complementarios | Radiografías periapicales (técnica de la bisectriz para desplazamiento). Radiografía panorámica. |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Dependiendo de la edad del paciente, el diente puede ser dejado en la nueva posición. - Férula si fuera necesario, tomando en cuenta que no se afecte el germen del definitivo. - Dieta blanda por dos semanas. - Observación y evaluación periódica del paciente. | |
| Complicaciones | Necrosis pulpar. Complicaciones periapicales ocasionales. Reabsorción ósea y/o radicular. Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo. |
| Control y mantenimiento | Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada tres meses. |

| PATOLOGÍA: LUXACIÓN LATERAL –K08 | |
|--|---|
| Definición: lesión provocada casi siempre por fuerza horizontal que desplazan al diente horizontalmente, la corona hacia lingual y el ápice y tabla ósea hacia vestibular, es la lesión más común en dentición primaria. | |
| Etiología | Traumática. |
| Manifestaciones clínicas | Diente sensible a la percusión y masticación. Diente desplazado oblicuo y horizontalmente. Bastante sangrado por ruptura de vasos, pulpa y ligamento. |
| Exámenes complementarios | Radiografías periapicales. Radiografía panorámica. |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Dependiendo de la edad del paciente, el diente puede ser dejado en la nueva posición; la lengua se encarga de reubicar los dientes. - No se debe intentar reubicación forzada. - Dieta blanda por dos semanas. - Observación y evaluación periódica del paciente. | |
| Complicaciones | Necrosis pulpar. Complicaciones periapicales ocasionales. Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo. |
| Control y mantenimiento | Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada tres meses |

| PATOLOGÍA: INTRUSIÓN - K08 | |
|--|--|
| Definición: lesión que provoca el mayor daño a la pulpa y ligamento; el diente es desplazado dentro del alveolo por un impacto. | |
| Etiología | Traumática. |
| Manifestaciones clínicas | Intrusión puede ser total o parcial. Bastante sangrado por ruptura de vasos, pulpa y ligamento. El diagnóstico es prioritariamente radiográfico. |
| Exámenes complementarios | Radiografías periapicales (técnicas de localización). Radiografía panorámica. |

| Plan de tratamiento | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Dependiendo de la edad del paciente, el diente reerupciona solo (en niños muy pequeños). - Favorece la mayoría de las veces que el diente intruido sea desplazado casi siempre hacia vestibular, lejos de la posición del germen, detalle que debe ser confirmado por Rx. - Si la intrusión es hacia el fólculo, el diente primario debe ser extraído. - No se debe emplear elevadores para la exodoncia. - Observación y evaluación periódica del paciente. | |
| Complicaciones | <p>Necrosis pulpar. Complicaciones periapicales ocasionales. Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo.</p> |
| Control y mantenimiento | <p>Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada tres meses.</p> |

PATOLOGÍA: AVULSIÓN (DIENTES DECIDUOS) – K08

Definición: la avulsión es la exarticulación de un diente fuera de su alveolo causada casi siempre por un impacto frontal en dientes primarios afectados.
No se reimplantan dientes temporales porque se anquilosan e impiden la erupción del diente permanente.

ANESTESIA EN NIÑOS

Procedimiento

Colocación de anestésico tópico:

- Secar y aislar la mucosa y posteriormente aplicar el anestésico tópico por dos minutos.

Colocación de anestesia infiltrativa:

- Calentar el cartucho de anestesia a 37° C aproximadamente.
- Traccionar el labio para llevar la mucosa hacia la aguja que debe ser corta o ultracorta, introduciéndola superficialmente.
- Colocar el anestésico muy lentamente al inicio (dos gotas); esperar sin retirar la aguja tres segundos y continuar colocando lentamente el anestésico restante.

| RAÍZ RETENIDA - K08.3 | |
|---|--|
| Definición: se define así a toda pieza dental que, por caries o por fractura, haya perdido su estructura coronaria. | |
| Características clínicas | Dolorosa. Foco infeccioso. Destrucción coronaria. |
| Plan de tratamiento | |
| Exodoncias <ul style="list-style-type: none"> - Enjuagatorio con clorhexina al 0,12%. - Colocación del anestésico tópico en gel. - Colocación de anestesia infiltrativa o troncular. - Comprobación de la sensibilidad de la zona anestesiada. - Sindesmotomía. - Aprehensión de la pieza dental con fórceps pediátrico. - Luxación de la pieza dental con movimientos suaves y delicados. - Avulsión de la pieza dentaria. - Control de bordes óseos. - Colocación de gasa para hemostasia. | |
| Indicaciones | No escupir ni hacer enjuagues o buchadas luego de la exodoncia. Luego de ocho días, citar al paciente para colocación de mantenedor de espacio. |

| MANTENEDOR DE ESPACIO | |
|--|------------------------|
| Definición: se utiliza para conservar el espacio para la erupción de las piezas definitivas cuando, por causas externas, se ha tenido que extraer la pieza decidua antes del tiempo normal de exfoliación. | |
| Procedimiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Prueba y adaptación de banda metálica en la pieza contigua a la extracción. - Toma de impresión con alginato. - Enviar al laboratorio para confección de mantenedor. - Cementación de mantenedor en boca del paciente. - Se debe retirar el mantenedor cuando se observe la erupción de la pieza definitiva. | |
| Indicaciones | Controles semestrales. |

ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE - K12.0

Definición: es una forma de ulceración que afecta a la mucosa bucal, de presentación frecuente. Se caracteriza por la aparición de una o más úlceras dolorosas con pérdida de la continuidad del epitelio, variable en forma, número y tamaño.

| | |
|--|--|
| <p>Características clínicas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Dolorosas y es más frecuente en mujeres. - Son ovaladas. - Cubiertas por una membrana fibrosa amarillenta. - Halo eritematoso alrededor de la lesión. - Tienen un período de duración de 7 a 10 días. |
| <p>Etiología:</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Factores genéticos, inmunológicos. - Deficiencias nutricionales. - Disturbios gastrointestinales. - Calor interno (temperatura) o externo (insolación). - Infecciones. - Traumas localizados. - Alergias. - Factores emocionales. |

Plan de tratamiento

Enjuagatorios de manzanilla con bicarbonato 2,5 cc.
 Aplicación de sustancias idiopáticas.



Capítulo IV

Protocolos de odontopediatría para tercer nivel de atención

Historia clínica: se debe realizar siguiendo los mismos pasos que en el segundo nivel de atención.

Anestesia general en odontopediatría

A la gran mayoría de los pacientes pediátricos se les puede atender en la consulta odontológica de manera habitual, siempre y cuando se establezca una muy buena relación con el paciente y sus padres. Sin embargo, existe un porcentaje de niños que, por distintos motivos, no van a aceptar esa atención y por eso es necesario aplicar otras técnicas para controlar esta conducta o ansiedad. Estas técnicas son la sedación consciente o profunda y la anestesia general.

Anestesia general

Tiene múltiples ventajas para el odontólogo, pero, a su vez, es un gran estrés tanto para los padres como para el odontólogo tratante, por los riesgos que implica. Esta técnica se va a realizar en un centro hospitalario de tercer nivel.

Definición: estado controlado de inconsciencia, que lleva a la pérdida de reflejos protectores, durante el cual el paciente no va a responder a los estímulos físicos y verbales.

Indicaciones

1. Niños menores de cuatro años con seis a ocho piezas dentales afectadas.
2. Enfermedad odontológica severa en niños con capacidades diferentes: en niños de alto riesgo odontológico que presenten caries de la primera infancia asociada con retardo mental, niños autistas o con síndrome de Down.
3. Enfermedad odontológica severa en niños incontrolables: es decir que, en la atención habitual, no haya buenos resultados.
4. Enfermedad odontológica grave en niños con enfermedad médica significativa como cardiopatía, alteración renal o hepática, discrasias sanguíneas, alergia al anestésico local, o alteraciones que pongan en riesgo la vida del paciente.
5. Traumatismos extensos del macizo maxilofacial: niños con traumatismos extensos del macizo maxilofacial que van a requerir una atención multidisciplinaria.

Preoperatoria

- Historia clínica completa.
- Consentimiento informado.
- Interconsulta con el médico tratante.
- Exámenes de laboratorio: biometría hemática, tiempo de protrombina y tiempo de trombolastina.
- Examen radiográfico: radiografía panorámica y periapicales necesarias.

Operatorio

- Personal completo, de acuerdo al caso.
- Análisis radiográfico.
- Preparación de instrumental y material necesario.
- Preparar el campo operatorio.
- Trabajar por cuadrantes.
- Realizar todas las acciones operatorias odontológicas: prevención, endodoncia, operatoria, exodoncias.
- Limpieza de todos los restos de material y secreciones.
- Retirar tapón de gasa.
- Entregar paciente al anestesiólogo.

Posoperatorio médico-odontológico

- Indicaciones del anestesiólogo.
- Medicación si lo amerita.
- Control en 48 horas.

Anexos

1. Instrumental necesario para odontopediatría

- Bandejas porta instrumental.
- Pinzas para algodón.
- Espejos planos pediátricos y medianos.
- Espejos planos de aumento.
- Explorador de doble o un solo extremo de punta roma.
- Cucharetas pequeñas, medianas y grandes afiladas para operatoria dental y para endodoncia.
- Atacador doble extremo.
- Bruñidores para amalgama.
- Bruñidores para resina
- Espátulas de acero.
- Espátulas plásticas.
- Loseta de vidrio.
- Portaamalgama.
- Tijera de metal.
- Talladores para amalgama.
- Gutaperchero doble extremo de bronce para resina.
- Gutaperchero doble extremo de metal para obturaciones temporales.
- Gutaperchero doble extremo de plástico para ionómero de vidrio.
- Contorneador interproximal para resina.
- Portahidróxido de calcio o dicalero.
- Vaso Dapen.
- Portadesechos.
- Portarollos de algodón.
- Tambor para gasas.
- Portaservilletas.
- Carpule.
- Fórcep pediátrico superior 150.
- Fórcep pediátrico inferior 151.
- Elevadores rectos acanalados fino y grueso.
- Mango de bisturí #3
- Caja Petri estéril.
- Caja para endodoncia.
- Cubetas para toma de impresión tallas XS, S, M, L.
- Empujabandas.
- Sacabandas.

2. Biomateriales e Insumos necesario para odontopediatría

- Sellantes de fosas y fisuras de foto (set de ácido, adhesivo y resina fluida).
- Ionómero de vidrio de restauración.
- Ionómero de vidrio de base cavitaria.
- Óxido de zinc.
- Eugenol.
- Cápsulas de amalgama.
- Mercurio.
- Resinas de fotocurado.
- Fluoruro de sodio acidulado al 2%.
- Flúor barniz al 5%.
- Flúor neutro.
- Pasta profiláctica.
- Cubetas desechables para flúor.
- Cotonetes para aplicación de flúor.
- Brochita para aplicación de flúor barniz.
- Anestésico tópico en gel.
- Anestésico con vasoconstrictor.
- Anestésico sin vasoconstrictor.
- Hidróxido de calcio puro.
- Hidróxido de calcio autopolimerizable.
- Desvitalizante pulpar sin arsénico (Depulpin).
- Banda metálica para matrices.
- Cuñas de madera o de plástico.
- Coronas de celuloide preformadas.
- Papel de articular.
- Tiras de celuloide.
- Rollito de teflón.
- Tira de lija.
- Tira metálica dentada.
- Discos de lija para pulir resina.
- Piedra pómez o bicarbonato.
- Fresas de diamante redondas para turbina: pequeñas, medianas y grandes.
- Fresas de carburo tungsteno redondas para micromotor: pequeñas, medianas y grandes.
- Fresas de diamante en forma de fisura, pera y flama para turbina.
- Fresas de diamante de pulido fino y extrafino para pulir resina.
- Fresas de caucho para pulido.
- Algodón en rama.
- Algodón en rollo.
- Agujas desechables ultracorta (pediátricas con punta siliconada).
- Agujas desechables cortas.

- Hojas de bisturí
- Hilo dental.
- Revelador de placa bacteriana.
- Copas de caucho para profilaxis.
- Cepillos profilácticos.
- Eyectores de saliva.
- Abrebocas de la Ultradent.
- Alcohol.
- Clorexidina al 0.12% y al 2%.
- Hipoclorito de sodio 0,5%.
- Solución salina.
- Agua destilada.
- Agua oxigenada de 10 vol.
- Guantes de manejo.
- Vaselina.
- Mascarillas.
- Dique de goma.
- Grapas.
- Solución desinfectante para equipo trimodular y piezas de mano.
- Lubricante para piezas de mano.
- Conos de papel de la primera y segunda series.
- Visores de protección transparentes.
- Gafas de protección para luz halógena.
- Gasa.
- Jeringuillas descartables de 1 cc y 3 cc.
- Limas Herstroms primera y segunda series.
- Léntulos para contraángulo.
- Bolitas de algodón estéril.
- Arco de Osby modificado.
- Perforador de dique de goma.
- Portagrapas.
- Yodoformo en polvo.
- Paramonoclofenol.
- Formocresol.
- Sulfato férrico al 15%.
- Alginato.
- Yeso piedra.
- Bandas metálicas para molares.
- Ligas separadoras.

3. Equipo y materiales para RX en odontopediatría

- Rayos X.
- Caja reveladora.
- Líquido revelador.
- Líquido fijador.
- Placas periapicales pediátricas.
- Placas oclusales.
- Delantal de plomo con protección de tiroides para paciente pediátrico y para profesional.
- Kit EndoRay/Cone Endo o posicionador de filmes radiográficos para toma de radiografía.

Cirugía maxilofacial

Segundo y tercer nivel de atención

Normas de admisión para el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial

La admisión de pacientes al Servicio debe estar autorizada por un odontólogo de la especialidad en Cirugía Maxilofacial en el Servicio Urgencias, o por un residente de especialidad con conocimiento y autorización del tratante de llamada y/o turno.

Los internamientos quedarán limitados a los plenamente justificados.

- Todo paciente hospitalizado en el Servicio deberá contar, con Historia clínica médica completa, nota de ingreso, exámenes de laboratorio básicos más autorización y consentimientos informados firmados de acuerdo al caso.
- El estado de salud de cada paciente hospitalizado deberá informarse al Departamento de Trabajo Social todos los días al terminar el pase de visita.
- Cada paciente quedará a cargo de un odontólogo especialista tratante, el que será asignado por el responsable (director o líder) del Servicio de Cirugía Maxilofacial, de acuerdo al cronograma de trabajo.
- Los pacientes hospitalizados deberán ser revisados por el *staff* del servicio por lo menos una vez al día y, de acuerdo a la normatividad vigente, se deberán registrar los hallazgos en el expediente clínico.
- Las indicaciones y prescripciones médicas deberán ser claras y precisas y se asentarán en la hoja de indicaciones médicas, la cual deberá ser firmada por el odontólogo especialista tratante más su sello profesional.
- El personal de enfermería deberá llevar un control estricto del cumplimiento de las órdenes médicas.
- Todo paciente que egrese del Servicio deberá contar con un resumen clínico de la atención brindada y el aviso de alta correspondiente, más indicaciones farmacológicas y cuidados externos de acuerdo al caso.
- En igualdad de condiciones, se dará preferencia a la atención de los pacientes de mayor vulnerabilidad.

Ingreso de los pacientes al Servicio de Cirugía Maxilofacial por Consulta Externa

- Todo paciente que ingresa al Servicio de Cirugía Maxilofacial por Consulta Externa, tendrá que presentar una Hoja de Referencia. Toda vez que el paciente haya abierto su expediente en Estadística, la enfermera de turno toma y registra signos vitales en la hoja diaria de consulta.
- El tratante más el residente de mayor jerarquía encargado de la consulta serán quienes le brinden atención al paciente en su primera consulta, debiendo realizar una nota de primera vez, la cual deberá contener los datos más relevantes del motivo de consulta.
- Realizar la historia clínica. Será supervisada por el jefe de servicio y/o tratante; en su defecto, por el especialista de turno.
- En cada caso y dependiendo del diagnóstico, a cada paciente se le solicitará los estudios de gabinete (laboratorio, Rx, TAC, modelos, fotografías) pertinentes para continuar el tratamiento correspondiente.
- Las citas subsecuentes serán registradas en la libreta de citas del servicio y en el carné del paciente para su atención subsecuente.

Admisión de pacientes de la Consulta Externa

1. El paciente deberá presentarse en el área de Admisión con la solicitud de hospitalización debidamente llenada por el Cirujano Maxilofacial tratante.
2. En el momento del internamiento, la forma correspondiente será integrada al expediente clínico.
3. Se procederá al llenado de registro de pacientes, con los datos de identificación, anotando nombre del paciente, número de expediente, fecha y hora de ingreso, servicio en que será hospitalizado, origen de la solicitud de hospitalización y nombre del odontólogo especialista tratante.
4. Se asignará al enfermo una cama en el área de hospitalización y se efectuará el registro en la tarjeta de control correspondiente.
5. Con el objeto de precisar responsabilidades, proporcionar al paciente, familiar responsable o tutor legal el formulario de consentimiento informado de autorización para realizar procedimientos de diagnóstico y tratamiento, con el objeto de contar con su firma y la de dos testigos.
6. Entregar al enfermo la ropa hospitalaria para su internamiento por parte de enfermería.
7. Quien corresponda entregará al acompañante la tarjeta de visita en donde se especifican los datos del paciente, los días y horario de visita, así como la vigencia de la misma.

8. Quien corresponda entregará a los familiares o tutor, la ropa y objetos de valor del enfermo. En el caso de que estos no se presenten, el dinero y demás pertenencias quedarán depositadas en la Administración del Hospital, en un área especialmente destinada para este objeto, entregando al paciente el recibo que ampara a dichas pertenencias.
9. Terminando el proceso de admisión, el paciente será conducido al área de hospitalización correspondiente, en camilla o silla de ruedas, según se requiera, para hacer entrega física del paciente y expediente a la enfermera responsable del área.

Admisión de pacientes por Urgencias

1. En el caso de pacientes con una urgencia médico-quirúrgica, traumatológica o proceso infeccioso severos de la región cervicofacial en estado consciente, será canalizado al área de hospitalización correspondiente, con la solicitud debidamente autorizada por el médico responsable del Servicio de Urgencias en turno, una vez compensado y estabilizado adecuadamente.
2. La solicitud de hospitalización será integrada en el expediente clínico.
3. Los datos básicos de ingreso hospitalario serán proporcionados por el paciente, familiar o tutor.
4. En caso de enfermos en estado inconsciente, los datos básicos de ingreso serán proporcionados por el familiar, tutor o acompañante.
5. En la eventualidad de pacientes inconscientes y ausencia familiar, tutor o acompañante, se buscará una identificación en sus pertenencias para el registro de los datos más elementales.
6. Cuando no es posible la identificación del paciente internado por una urgencia, se registrará como desconocido/a procediéndose a tomar la huella digital de ambos pulgares y haciendo una descripción de sus características físicas, dándose aviso a la Dirección del Hospital y a Trabajo Social.
7. En el caso anterior, los datos básicos e información complementaria serán obtenidos cuando las condiciones generales del paciente lo permitan o al localizar a sus familiares.
8. Cuando el caso lo amerite y teniendo la información necesaria, Trabajo Social deberá notificar de inmediato a los familiares del paciente.
9. En el caso de que tengan los datos necesarios y tratándose de un paciente nuevo, se procederá a la asignación de su número de expediente y al llenado de la tarjeta índice del paciente.

10. Cuando se tengan los datos de identificación necesarios y tratándose de un paciente subsecuente, pero que no presente su carné de citas por pérdida u olvido del mismo, se procederá en primera instancia a solicitar al servicio de Archivo Clínico la localización del número de expediente.
11. Considerando el caso anterior en días sábados, domingos y festivos; así como el turno nocturno, el personal administrativo de Admisión, procederá a localizar, en el índice de pacientes, el número de expediente, retirando este del archivo y enviándolo al servicio de Urgencias.
12. Asignar una cama de hospitalización y se efectuar el registro adecuado en la tarjeta de control.
13. Anotar en el libro de registro de ingresos y egresos de los pacientes.
14. Quien corresponda elaborará y entregará la tarjeta de visita.
15. Con el objeto de deslindar responsabilidades al Hospital, se le proporcionará al paciente, familiar responsable o tutor legal, el formulario correspondiente al consentimiento informado con el objeto de registrar su firma y la de los dos testigos legales.
16. En el caso de que el paciente sea menor de edad o un adulto en estado de inconsciencia, el consentimiento informado será firmado por los familiares o acompañantes; en ausencia de estos, se dará aviso a la Dirección del Hospital, así como de trabajo social del hospital y será legalizado cuando las condiciones generales del enfermo lo permitan.
17. Se le proporcionará la ropa adecuada para su internamiento, por parte de enfermería.
18. Terminado el proceso de admisión, el paciente será trasladado al área respectiva de hospitalización. En el caso de que la gravedad del paciente no permita el trámite completo de admisión, este será siempre secundario y deberá completarse en forma inmediata en el lugar en donde el paciente esté recibiendo la atención correspondiente.

Hospitalización del paciente

1. El paciente es recibido por el personal de enfermería del servicio correspondiente, que informa al tratante o al residente de turno sobre el ingreso del paciente.
2. El odontólogo residente de la especialidad de turno solicita los exámenes de laboratorio y gabinete que sean necesarios.
3. El odontólogo residente de la especialidad presenta el caso del paciente de nuevo

ingreso ante el jefe del Servicio, especialista tratante y equipo de trabajo. El jefe del Servicio asigna un especialista como tratante del paciente.

4. El especialista tratante revisa al paciente y los resultados de laboratorio y gabinete.
5. El cirujano maxilofacial tratante corrobora el diagnóstico o lo ajusta según el caso.
6. El cirujano maxilofacial tratante elabora y propone un plan de tratamiento ratificando o ajustando la hoja de indicaciones
7. El cirujano maxilofacial tratante revisará por lo menos diariamente en los días hábiles al paciente realizando los ajustes necesarios en el plan de tratamiento y consignándolos en el expediente clínico, hasta que el paciente sea egresado.
8. El jefe de Servicio supervisará periódicamente la evolución del paciente y podrá proponer al cirujano maxilofacial tratante, ajustes en el plan de tratamiento en caso de considerarlo necesario.

Solicitud de análisis clínico: de laboratorios estudios radiológicos y anatomopatológicos

Exámenes de laboratorio

1. El cirujano maxilofacial tratante o el residente establecen la necesidad de un estudio de laboratorio como parte del protocolo de diagnóstico de un paciente.
2. Llenar la solicitud de examen o estudio correspondiente, que debe estar firmada por el cirujano maxilofacial tratante o por el médico residente.
3. Enviar la solicitud al laboratorio correspondiente.
4. El laboratorio da las indicaciones que deben cumplirse en el paciente antes del estudio o la toma de la muestra, para efectuar el examen solicitado.
5. El cirujano maxilofacial residente anota en la hoja de indicaciones las instrucciones que deben cumplirse para la realización del estudio.
6. La enfermera asignada realiza las disposiciones anteriores, para que el paciente esté preparado para el estudio.
7. Tomar la muestra utilizando la técnica establecida para cada examen en particular.
8. En el caso de estudio radiológico, el paciente deberá ser trasladado al servicio correspondiente.
9. Cuando, por su estado de salud, no es conveniente el traslado del enfermo, se utilizará el equipo portátil cuando sea posible.
10. El laboratorio reportará los resultados a la brevedad posible, utilizando los formatos establecidos para tal objeto.

Se incluye:

- Exámenes radiológicos, TAC, RM, etc.
- Especímenes o muestras anatómicas.
- Exámenes de laboratorio: BH (biometría hemática), QS (química sanguínea), TP (tiempo de protrombina), TPT (tiempo de tromboplastina), etc.
- Modelos de estudio.
- Fotografías.

Interconsultas

1. Elaborar la solicitud en el formato correspondiente de la HCU (Historia Clínica Única), llenando debidamente los datos requeridos. Debe hacerlo el cirujano maxilofacial tratante.
2. Señalar los datos clínicos y resultados de exámenes que justifiquen la solicitud y orienten al médico interconsultante.
3. El médico interconsultante procederá al examen del enfermo, pudiendo solicitar los resultados adicionales que sean necesarios a efecto de definir su diagnóstico.
4. Comentar los hallazgos clínicos de laboratorio.
5. Registrar las conclusiones y los diagnósticos respectivos.
6. Anotar las indicaciones terapéuticas y las recomendaciones.

Suministro de medicamentos

1. Como consecuencia de la valoración diaria, el cirujano maxilofacial tratante anotará, en la nota de evolución y en la hoja de indicaciones, el tratamiento correspondiente especificando: nombre genérico del medicamento, presentación, la dosis, la periodicidad y la vía de administración.
2. Se concentrará en el recetario colectivo la prescripción de todos los pacientes del área, registrando: nombre, número de cama número historia clínica de cada paciente.
3. Se llevará el recetario colectivo a la farmacia donde será surtido, de acuerdo a las especificaciones señaladas, para un período de 24 horas.
4. El recetario colectivo quedará en farmacia, y el control de suministros, en el área de hospitalización, será llevado en el expediente de cada uno de los enfermos.

Egreso de los pacientes hospitalizados

1. El cirujano maxilofacial tratante deberá firmar la Nota de Egreso en el expediente clínico.
2. Anotará en la misma los sucesos relevantes acontecidos durante la hospitalización del paciente.
3. También deberá autorizar el aviso de alta del paciente, debidamente llenado.
4. Dará aviso a Trabajo Social del estado de alta del paciente, posterior al pase de visita.

5. El área de Trabajo Social procederá a realizar trámites administrativos necesarios para que el paciente pueda egresar del hospital.

Egreso voluntario de pacientes

1. El paciente, sus familiares o el tutor solicitan al cirujano maxilofacial tratante el egreso del enfermo de manera voluntaria.
2. Llenar el formulario del consentimiento informado en la correspondiente alta voluntaria para que sea firmado por el paciente y/o sus familiares, en donde exonera de toda responsabilidad al hospital y al personal del mismo por las complicaciones que pudiera presentar.
3. El cirujano maxilofacial tratante firmará el aviso de alta señalando la razón del egreso como voluntario.
4. Avisará al departamento de Trabajo Social para que oriente a los familiares para los trámites administrativos para que el paciente pueda egresar del hospital.

Egreso por defunción

1. El cirujano maxilo facial tratante informará a los familiares sobre la defunción del paciente y las causas de la misma.
2. Se elaborará el certificado de defunción, el cual será firmado por el médico tratante.
3. El cirujano maxilofacial tratante firmará la nota del egreso por defunción, en la que señalará las condiciones en las que ingresó el paciente, la evolución intrahospitalaria, el tratamiento realizado, las causas de la defunción y la fecha y la hora de la misma.
4. La enfermera del servicio comunica a Trabajo Social y a Admisión de la defunción, indicando la hora y las causas de la misma.
5. Cuando la defunción haya sido por causas violentas, Trabajo Social notificará a la Policía Judicial para la realización de los trámites legales necesarios.

Protocolos de cirugía bucal y maxilofacial

PERICORONARITIS PERICORONITIS AGUDA, CIE- 10 K05.2

| | |
|--|--|
| Definición: inflamación e infección del saco pericoronario. | |
| Etiología | Accidentes de erupción. Bacteriano. Inmunosupresiones. Establecimiento de una puerta de entrada condicionada por factores mecánicos (traumáticos). |
| Tiempo de procedimiento | Dependiendo del caso: tiempo promedio, una hora |
| Clasificación | Aguda. Crónica. |
| Manifestaciones clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Dolor. - Calor. - Rubor. - Inflamación. - Imposibilidad funcional (trismus). |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. |
| Diagnóstico diferencial | Quistes. Tumoraciones. Infección. |
| Exámenes complementarios | Estudios preoperatorios de gabinetes básicos e indispensables. Estudio radiográfico. |
| Plan de tratamiento | |
| Terapia analgésica y antiinflamatoria. Operculotomía. Antibioticoterapia si el caso amerita. | |
| Complicaciones | Quiste odontógeno. Proceso infeccioso. Gingivostomatitis. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología |
| Control y mantenimiento | En casos agudos, seguimiento hasta que la patología remita. En casos crónicos: Observación de hasta 24 horas. Eliminación de la causa. |

| CIRUGÍA PREPROTÉSICA | |
|--|--|
| OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS MAXILARES, CIE- 10 K10.8 | |
| Definición: establecimiento de una base ósea colocación de prótesis. | |
| Etiología | Inadecuado reborde alveolar para colocación de prótesis. |
| Tiempo de procedimiento | Dependiendo de la intervención quirúrgica según la extensión. Tiempo promedio una hora y 30 minutos. |
| Clasificación | Regularización de proceso alveolar. Profundización de vestíbulos. Resección de exostosis óseas. Frenectomías. |
| Manifestaciones clínicas | Reborde alveolar insuficiente. Interferencias para prótesis. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. |
| Exámenes complementarios | Estudios preoperatorios de gabinetes básicos e indispensables. Ortopantomografía, radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran. |
| Plan de tratamiento | |
| De acuerdo al diagnóstico, se determinará el plan quirúrgico: tipo de anestesia, técnica quirúrgica que se debe seguir, así como utilización de injertos si el caso lo requiere. | |
| Complicaciones | Rechazo de injertos. Hemorragia. Dehiscencias. Sangrado. |
| Criterios de alta | Superficie protética adecuada. Cicatrización adecuada. |
| Control y mantenimiento | Según el caso amerite. |

| DIENTES RETENIDOS, DIENTES INCLUIDOS, CIE – 10 K01.0 DIENTES IMPACTADOS, CIE – 10 K01.1 | |
|--|---|
| Definición: dientes retenidos son aquellos que no erupcionan en la cavidad bucal al cumplir su tiempo de erupción. Dientes incluidos son aquellos que están dentro de los maxilares y pueden hacer erupción dentro de su tiempo. Dientes impactados: son aquellos que no han erupcionado debido a una obstrucción mecánica. | |
| Etiología | Idiopática, fisiológica, hereditaria. Obstrucción mecánica super numerario, quiste o tumor). Falta de espacio en las arcadas sea de origen esquelético o por pérdida prematura de dientes deciduos. |
| Clasificación | Caninos retenidos. Incisivos retenidos. Premolares retenidos. Molares retenidos. Supernumerarios retenidos. |
| Manifestaciones clínicas | Dolor (en ocasiones). Edema. Trismo. Disfunción. Infecciones. Hemorragias. Parestesias. En algunos casos, manifestaciones neurológicas. Asintomáticos, por hallazgo radiológico casual o requerimiento ortodóntico. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Exámenes radiográficos. |
| Diagnóstico diferencial | Tumoraciones. Quistes. |
| Exámenes complementarios | Estudios de laboratorio complementarios. Radiográficos: ortopantomografía (radiografías panorámicas), TC. Exámenes preoperatorios básicos. |

Plan de tratamiento

Profilaxis antibiótica (de acuerdo a cada caso).
 Desinfección de la cavidad bucal con clorhexidina al 2%.
 Realizar antisepsia de la región y colocación de campos estériles.
 Anestesia local regional.
 Comprobar sensibilidad de la zona anestesiada.
 Incisión del área de la mucosa bucal del sector por intervenir.
 Levantamiento de colgajo mucoperióstico.
 Osteotomía y ostectomia.
 Odontosección si el caso lo amerita (ver protocolo).
 Exéresis de pieza dentaria retenida.
 Cuidados de lecho quirúrgico a través de curetaje y lavados con suero fisiológico.
 Sutura.
 Colocar tapón de gasa durante 30 minutos.
 Prescribir antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios.

| | |
|--------------------------------|--|
| Complicaciones | Infección. Parestesias. Hemorragias. Fracturas. Osteomielitis. |
| Criterios de alta | Cicatrización adecuada. |
| Control y mantenimiento | Informar al paciente sobre los cuidados que deberá mantener hasta el momento en que se retiren puntos de sutura. En Consulta Externa, control posoperatorio y retiro de puntos a los ocho días. |

TOMA DE BIOPSIA

Definición: es el procedimiento por el cual se toma una muestra de tejido para su posterior análisis biopatológico.

| | |
|---------------------------------|---|
| Tiempo de procedimiento | Tiempo promedio: 40 a 60 minutos. |
| Clasificación | - Excisional. - Incisional. |
| Manifestaciones clínicas | Presencia de inflamación. Presencia de tumoración. Dolor, tumefacción, disfunción, parestesias. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. |
| Exámenes complementarios | Estudios preoperatorios de laboratorio básico e indispensable. |

| Plan de tratamiento | |
|--|---|
| <p>Toma de biopsia</p> <p>Cuando las condiciones generales del paciente lo permitan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparación del equipo e instrumental necesario. - Asepsia y antisepsia de la región. - Procedimiento quirúrgico propiamente dicho. - El espécimen se introducirá en un recipiente estéril que contenga el medio acuoso adecuado. - El espécimen será enviado el mismo día en que se tomó a estudio histopatológico. | |
| Complicaciones | <p>Dolor.</p> <p>Parestesia.</p> <p>Disfunción.</p> <p>Sangrado.</p> <p>Metástasis.</p> <p>Dehiscencia.</p> <p>Infección.</p> |
| Control y mantenimiento | Según el caso y resultado histopatológico. |

| IMPLANTOLOGÍA ORAL | |
|--|---|
| <p>Definición: colocación quirúrgica de uno o más dispositivos (implante) que servirá de base para colocar las prótesis requeridas por el paciente.</p> | |
| Etiología | Se utiliza este tratamiento en caso de pérdida de piezas dentarias por diferentes causas. |
| Tiempo de procedimiento | El tiempo requerido depende del caso: tiempo promedio tres horas. |
| Clasificación | Implante óseo integrado. |
| Manifestaciones clínicas | <p>Paciente edéntulo parcial</p> <p>Paciente edéntulo total</p> |
| Exámenes complementarios | <p>Estudios preoperatorios de laboratorio básicos e indispensables.</p> <p>Tomografía computarizada, ortopantomografía, lateral de cráneo, radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran.</p> <p>Fotografías clínicas.</p> <p>Modelos de estudio.</p> <p>TAC de senos paranasales.</p> |
| Plan de tratamiento | |
| De acuerdo al diagnóstico, se determinará plan quirúrgico, tipo de anestesia, técnica quirúrgica, tipo y características del implante. | |

| | |
|--------------------------------|---|
| Complicaciones | Parestesias, dolor, infección. Técnica quirúrgica inadecuada. Rechazo del implante. |
| Criterios de alta | Osteointegración del dispositivo (implante). |
| Control y mantenimiento | Según el caso amerite. |

| CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA, CIE – 10 K12.2 | |
|--|--|
| Definición: son formas anatomoclínicas de la inflamación aguda. Celulitis es la inflamación dura con contenido gaseoso. Absceso es la colección difusa purulenta rodeada de una pared de fibrina. | |
| Etiología | Bacteriana. Traumática. |
| Tiempo de procedimiento | Tiempo promedio, dos horas |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - Celulitis odontógenas. - Celulitis no odontógenas. - Abscesos odontógenos. - Abscesos no odontógenos. |
| Manifestaciones clínicas | Tumefacción. Eritema. Dolor. Edema de consistencia gomosa. Linfoadenitis (en ocasiones). Cambios hemodinámicos importantes (en ocasiones). |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. |
| Diagnóstico diferencial | Infecciones por: Actinomicosis. Tuberculosis. Micosis: Histoplasmosis. Coccidiomicosis. Blastomicosis. Angina de Ludwig. |
| Exámenes complementarios | Estudios preoperatorios de laboratorio básicos e indispensables. |

| Plan de tratamiento | |
|--|--|
| <p>Hospitalización en todos los casos Administración de antibioticoterapia, en el caso de que el diagnóstico sea por causas odontogénicas. Eliminar el problema, extracción y drenaje. Los pacientes con infecciones que amenacen la integridad de la vía aérea. Interconsulta con UCI compromiso del mediastino. Interconsulta con cardiorácica.</p> | |
| Complicaciones | Hemorragia. Celulitis orbitaria. Diseminación del proceso. Trombosis de seno cavernoso. Osteomielitis. Sepsis. Muerte. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Controles diarios hasta que remita la patología y la condición general del paciente se establezca. |

| AFECCIONES DE SENOS MAXILARES AFECCIONES INFLAMATORIAS DE LOS MAXILARES, CIE – 10 K10.2 | |
|--|---|
| Definición: es la patología de las afecciones odontógenas de los senos maxilares. | |
| Etiología | Alteraciones odontógenas. |
| Tiempo de procedimiento | De acuerdo al tipo de la patología: tiempo promedio, una hora y 30 minutos. |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - Infecciosas. - Inflamatorias. - Neoplásicas. - Por trauma. |
| Manifestaciones clínicas | Dolor. Sensación de presión en globo ocular. Sensación de peso en cara por cambios de posición. Inflamación. Secreción. Dificultad respiratoria. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. |

| | |
|---|---|
| Diagnóstico diferencial | Sinusitis por otras causas. Criptas dentarias en desarrollo. Conductos nutricios en la pared del seno. |
| Exámenes complementarios | Estudios preoperatorios de laboratorio básico e indispensable. Protocolo radiográfico para senos paranasales. TAC. RM. Biopsia en caso necesario. |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Eliminación del factor etiológico. - Abordaje con cirugía de Catwell Luc en caso necesario. - Prescripción de analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos. - Medidas de orden general. | |
| Complicaciones | Meningitis. Meningoencefalitis. Síndrome de ápice orbitario. Infecciones. Metástasis. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Según el caso. |

| | |
|--|---|
| ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES CIE – 10 K11 MUCOCELE DE LA GLÁNDULA SALIVAL, CIE – 10 K11.6 ENFERMEDAD DE LA GLÁNDULA SALIVAL NO ESPECIFICADA (Sialoadenopatía SAI), CIE – 10 K11.9 | |
| Definición: patología, lesión o disfunción de las glándulas salivales. | |
| Etiología | Por fenómenos de retención (obstructivo). Calcificaciones. Quistes o tumoraciones. Trauma. |
| Tiempo de procedimiento | De acuerdo al procedimiento que requiera la patología: Tiempo promedio una hora y 30 minutos. |
| Clasificación | Tumor de glándula salival. Sialoadenitis. Mucocele ránula. Hemangioma. Linfangioma. Varicosidades. |

| | |
|--|--|
| Manifestaciones clínicas | De acuerdo a la patología se puede presentar: Dolor. Retención salival. Deformidad. Xerostomía. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínicos. Estudios preoperatorios. Sialografías. TAC. RM y ultrasonido. Biopsia. |
| Diagnóstico diferencial | Lipoma. Neurofibroma. Linfangioma. Quiste dermoide e epidermoide. Quiste tirogloso. Hipertiroidismo y patología tiroidea. |
| Plan de tratamiento | |
| De acuerdo al diagnóstico diferencial de glándulas mayores o menores se determinará plan quirúrgico y/o tratamiento específico, tipo de anestesia, técnica quirúrgica. | |
| Complicaciones | Imposibilidad funcional. Infecciones. Metástasis. Parálisis facial. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología |
| Control y mantenimiento | Según el caso. |

TUMORES Y QUISTES ODONTOGÉNICOS, QUISTES DE LA REGIÓN BUCAL, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE, CIE – 10 K09 QUISTES ORIGINADOS POR EL DESARROLLO DE LOS DIENTES, CIE – 10 K09.0

Definición: cavidad patológica revestida o no de epitelio con contenido en su interior.

| | |
|--------------------------------|--|
| Etiología | Múltiple. Inflamatorios. Factores irritativos constantes. Del desarrollo. |
| Tiempo de procedimiento | Dependiente del caso: tiempo promedio dos horas y 30 minutos |

| | |
|--|---|
| <p>Clasificación</p> | <p>Quistes odontogénicos</p> <p>Del desarrollo: Quiste folicular o dentígero: Quiste de erupción. Queratoquiste odontogénicos. Quiste gingival del recién nacido. Quiste gingival del adulto. Quiste periodontal lateral. Quiste odontogénico calcificado. Quiste odontogénico claudular.</p> <p>Inflamatorio: Quiste radicular. Quiste residual. Quiste paradental. Tumores odontogénicos. Tumores del epitelio odontogénico sin ectomesenquima odontogénico. Ameloblastoma. Tumor odontogénico epitelial calcificante. Tumor escamoso odontogénico. Tumor odontogénico de células claras. Tumores del epitelio odontogénico con ectomesenquima odontogénica. Fibroma ameloblástico. Fibroodontoma ameloblástico. Odontoamelo blastoma. Tumor adenomatoide odontogénico. Odontoma complejo. Odontoma compuesto. Tumores de mesénquima odontogénico con o sin epitelio odontogénico incluido. Fibroma odontogénico. Mixoma. Cementoblastoma.</p> |
| <p>Manifestaciones clínicas</p> | <p>Aumento de volumen. Pérdida de función. Cambios sensoriales o motores. Dolor en caso de infección (no es característica prominente).</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Criterios de diagnóstico</p> | <p>Examen clínico. Estudios preoperatorios. Biopsia dependiendo del caso.</p> |
| <p>Diagnóstico diferencial</p> | <p>Quistes no odontogénicos. Tumores primarios y metastásicos de origen no odontogénico. Neoplasias malignas. Osteomielitis.</p> |
| <p>Exámenes complementarios</p> | <p>Estudios preoperatorios de laboratorio básico e indispensable. Ortopantomografía, lateral de cráneo radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran. PA de macizo facial. Waters. Laterales oblicuas de mandíbula. Biopsia. Ultrasonido. TAC, RMM. Aspiración.</p> |
| <p>Plan de tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biopsia incisional. - Contando con el diagnóstico histopatológico, se informa al paciente el tipo de lesión y aspectos generales, su comportamiento. - Dependiendo del caso, se llevará a cabo el procedimiento quirúrgico: marsupialización, enucleación, resección en bloque, hemiamandibulectomía, maxilectomía o hemimaxilectomía entre otros. - Valoración por el servicio de Anestesiología, Ontología. - Dependiendo de la lesión, se decidirá la colocación de placas y tornillos (de Marx). - Control radiográfico. - Radioterapia y/o quimioterapia dependiendo del caso con las especialidades involucradas. | |
| <p>Complicaciones</p> | <p>Dehiscencia de la herida. Infección. Disfunción. Trismus. Fracturas patológicas.</p> |

| | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Control clínico radiográfico. |

| HERIDA DE LA MEJILLA Y DE LA REGIÓN TEMPOROMANDIBULAR, CIE – 10 S01.4 HERIDA DEL LABIO Y DE LA CAVIDAD BUCAL, CIE – 10 S01.5 | |
|---|---|
| Definición: pérdida de continuidad de los tejidos. | |
| Etiología | Trauma. |
| Tiempo de procedimiento | Dependiendo del trauma: tiempo promedio, una hora. |
| Clasificación | Por la región anatómica. Por el nivel de profundidad. Por el tipo del mecanismo del trauma. Por el tiempo de exposición de los tejidos al medio externo. |
| Manifestaciones clínicas | Hemorragia. Dolor. Edema. Pérdida de la función. Cambios sensoriales o motores. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. |
| Exámenes complementarios | Exámenes de laboratorio. |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Seguir normas de bioseguridad. - Dependiendo del caso: - Retirar la cubierta de la herida e irrigarla con suficiente solución salina. - Observar la herida y el curso de cicatrización. - Limpiar con solución antiséptica la herida, del centro a la periferia, desprendiendo tejido desvitalizado y detritus si es necesario. - En el caso de escalpe, manejar con sistemas de drenes rígidos, irrigar con solución antiséptica en jeringa a través de los drenes cuantas veces sea necesario, se irriga con suficiente solución salina o agua estéril a través de los drenes y empaquetar dentro del área cruenta hacia los espacios aponeuróticos involucrados gasas embebidas en isodine solución, teniendo cuidado de que no tengan contacto con la piel. - Limpiar con suficiente solución salina o agua estéril la herida y la piel circundante. - Secar. - Aplicar medicamentos prescritos según el caso. - Cubrir la herida con apósitos o gasas estériles. - Fijar los apósitos o gasas con vendaje o <i>micropore</i>. - Dejar al paciente en la posición indicada para él, de la manera más cómoda posible. | |

| | |
|--------------------------------|--|
| Complicaciones | Sinequia, tejido sobre el área valvular. Deformidades óseas y cartilagineas secundarias a la cicatrización. Hemorragia. Infección. Falta de función. Parestesias. Pérdida de substancia. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | De acuerdo a la herida. |

| PLASTIA DE HERIDAS FACIALES CON ANESTESIA LOCAL | |
|---|--|
| Definición: la reconstrucción de la pérdida de sustancia de tejidos de cubierta o sostén. | |
| Tiempo de procedimiento | Dependiendo de la extensión y gravedad: Cabeza y cuello Tiempo promedio, una hora. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Exámenes radiográficos. |
| Exámenes complementarios | Estudios de gabinete complementarios (radiografías). Exámenes preoperatorios básicos. |
| Plan de tratamiento | |
| Equipo, instrumental y material: equipo de cirugía menor. | |
| PROCEDIMIENTO: | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Realizar antisepsia de la región y colocación de campos estériles. - Proceder a la aplicación de anestesia local. - Plastia de la herida. - Si fuera necesario y dependiendo del tamaño de la herida, colocar dren blando o rígido (este último a presión negativa) con el fin de evitar la formación de hematoma. - Apósito quirúrgico. - Prescribir: antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios. | |
| Complicaciones | Infección. Hemorragia. Edema. Parestesias. Dehiscencia de la herida. |
| Criterios de alta | Cicatrización adecuada. |

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>Control y mantenimiento</p> | <p>Informar al paciente sobre los cuidados a que debe someterse hasta el momento en que se retiren los puntos de sutura.</p> <p>En Consulta Externa, control posoperatorio, en el caso de heridas faciales.</p> |
|---------------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| <p align="center">PADECIMIENTOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR DEL SÍNDROME MIOFACIAL DOLOROSO TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR. CIE – 10 K07.6 SÍNDROME DE LA DISFUNCIÓN DOLOROSA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. TRASTORNO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR.</p> | |
| <p>Definición: patología intra o extraarticular que afecta a la articulación temporomandibular.</p> | |
| <p>Etiología</p> | <p>Multifactorial.</p> |
| <p>Tiempo de procedimiento</p> | <p>De acuerdo a la patología y su evolución: tiempo promedio, una hora</p> |
| <p>Clasificación</p> | <p>Extraarticular. Interarticular.</p> |
| <p>Manifestaciones clínicas</p> | <p>Dolor. Mialgias. Espasmos. Ruido de la articulación. Limitación de la apertura bucal. Espasmo del músculo masticatorio.</p> |
| <p>Criterios de diagnóstico</p> | <p>Examen clínico. Estudios preoperatorios.</p> |
| <p>Diagnóstico diferencial</p> | <p>Síndrome auriculotemporal. Neoplasias asociadas. Patologías del oído medio. Migraña.</p> |
| <p>Exámenes complementarios</p> | <p>Estudios preoperatorios de laboratorio básicos e indispensables. Resonancia magnética.</p> |

| Plan de tratamiento | |
|---|--|
| <p>Dependiendo del caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescripción médica de relajantes musculares. - Prescripción médica de antiinflamatorios. - Fisioterapia. - Dieta blanda. - Medidas generales. - Quirúrgico, si el caso amerita. - Cuando se trata de un síndrome miofacial doloroso, el tratamiento anteriormente comentado es el indicado. - En caso de persistir el padecimiento, se iniciará protocolo médico quirúrgico para descartar alguna disfunción interna de la articulación temporomandibular. | |
| Complicaciones | <p>Estenosis o infección de canal auditivo. Anquilosis, infección. Parestesias. Espasmos. Hemorragias. Neuritis y neuralgias. Disfunción permanente. Problemas oclusales. Afección periférica del VII par.</p> |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Según el caso amerite. |

| LUXACIÓN DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) MANDÍBULA, CIE – 10 S03.0 | |
|---|--|
| Definición: dislocación del cóndilo de su cavidad glenoidea | |
| Etiología | <p>Trauma directo o indirecto. Distensión o esgince del músculo ligamentoso. Psicogénica. Anomalía dentofacial.</p> |
| Tiempo de procedimiento | Según el caso: tiempo promedio, una hora |
| Clasificación | <p>Aguda. Crónica recurrente. Crónica prolongada.</p> |
| Manifestaciones clínicas | <p>Pérdida de la relación oclusal. Mordida abierta. Sialorrea. Trismus. Dolor de ATM. Prominencia bilateral de los cóndilos en zona preauricular.</p> |

| | |
|---|---|
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. |
| Exámenes complementarios | Estudios preoperatorios de gabinetes básicos e indispensables. Ortopantomografía, lateral de cráneo y de ATM en los casos que lo requieran. |
| Plan de tratamiento | |
| Maniobra o técnica de Nellaton. Vendaje de Barton. Analgésicos y antiinflamatorios. | |
| Complicaciones | Luxación crónica. Tendencia a la artrosis. Disminución paulatina de la apertura bucal degenerativa. Lesiones intraarticulares permanentes. Dolor crónico. |
| Criterios de alta | Evolución fisiológica favorable. |
| Control y Mantenimiento | Según el caso amerite. |

OSTEOARTRITIS Y OSTEOARTROSIS DE ATM.

| | |
|---|---|
| Definición: osteoartritis de la articulación temporomandibular es una enfermedad degenerativa. Osteoartrosis de la articulación temporomandibular es una enfermedad inflamatoria. | |
| Etiología | Microbiana. Trauma directo e indirecto de la mandíbula. Enfermedad autoinmune. Sobrecarga articular. |
| Tiempo de procedimiento | Según el caso: tiempo promedio, dos horas |
| Clasificación | Artritis infecciosa. Artritis traumática. Artritis reumatoide. Artrosis. |
| Manifestaciones clínicas | Dolor. Limitación de la movilidad mandibular. Ruido de la articulación. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. |

| | |
|---|--|
| <p>Diagnóstico diferencial</p> | <p>Patología discal. Agenesia. Hipoplasia. Hiperplasia. Desórdenes traumáticos. Luxación crónica recurrente. Luxación crónica prolongada. Desórdenes neoplásicos. Resorción condilar idiopática.</p> |
| <p>Exámenes complementarios</p> | <p>Historia médica y dental detallada. Estudios preoperatorios de gabinete básico e indispensable. TAC. RM. Ortopantomografía, lateral de cráneo. Radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran.</p> |
| <p>Plan de tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia analgésica, antiinflamatoria y de relajación muscular. - Fisioterapia (aplicación de fomentos húmedos calientes por lo menos tres veces al día). - Dieta estrictamente licuada. - Medidas generales. - Procedimientos no invasivos e invasivos si el caso lo amerita. | |
| <p>Complicaciones</p> | <p>Infección. Estenosis del canal auditivo. Anquilosis. Degeneración. Parestesia. Parálisis. Hemorragia. Espasmo muscular. Problemas oclusales.</p> |
| <p>Criterios de alta</p> | <p>Resolución de la patología.</p> |
| <p>Control y mantenimiento</p> | <p>Según el caso.</p> |

| FRACTURA FACIAL | |
|--|---|
| Definición: pérdida de continuidad de los huesos del macizo facial. | |
| Etiología | Traumática. Patológica. |
| Tiempo de procedimiento | Según el tipo de lesión: tiempo promedio, tres horas |
| Clasificación | Fractura del tercio medio de la cara. Fracturas del tercio superior de la cara. Fracturas del tercio inferior de la cara. Fracturas de acuerdo a la clasificación de MacGraum. |
| Manifestaciones clínicas | Edema. Equimosis. Diastasis. Pérdida funcional. Vascularidad. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. |
| Diagnóstico diferencial | Secuela de trauma. |
| Exámenes complementarios | Examen radiográfico de acuerdo al sitio de lesión. TAC. Reconstrucción 3D. |
| Plan de tratamiento | |
| Tratamientos cruentos. Tratamientos no cruentos. | |
| Complicaciones | Infección. Pérdida de función. Parestesias. Hemorragias. Compromiso de vía aérea. Necrosis. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Según el caso. |

| CIRUGÍA DEL MAXILAR, CIE - 10 K07 | |
|---|--|
| Definición: es la cirugía ortognática de los maxilares superiores, derecho e izquierdo | |
| Etiología | Producto de las deformidades del desarrollo de los mismos. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Tiempo de procedimiento | De acuerdo al procedimiento: tiempo promedio, dos horas. |
| Clasificación | Micronasia. Magronasia. Apertognatia. Prognatismo maxilar. Retrognatismo maxilar. |
| Manifestaciones clínicas | Altura facial reducida. Espacio libre excesivo. Protrusión maxilar. Retrusión maxilar. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. |
| Diagnóstico diferencial | Trauma. Otras deformidades congénitas. |
| Exámenes complementarios | Ortopantomografía y radiografía de ambas articulaciones en oclusión máxima y apertura máxima. TAC. Estudios preoperatorios de laboratorio básico e indispensable. Ortopantomografía, lateral de cráneo radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran. |
| Plan de tratamiento | |
| Según el caso: | |
| - Ortodoncia prequirúrgica. | |
| - Cirugía ortognática. | |
| - Ortodoncia posquirúrgica. | |
| Complicaciones | Infecciones. Dehiscencias. Mala unión ósea. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Según el caso amerite. |

| CIRUGÍA DE LA MANDÍBULA, CIE - 10 K07 | |
|--|---|
| Definición: procedimiento quirúrgico en donde se realizan técnicas de osteotomía en la región mandibular. | |
| Etiología | Anomalía dentofacial. Trauma. |
| Tiempo de procedimiento | Según el caso. |
| Clasificación | Apertognatia. Prognatismo mandibular. Retrognatismo mandibular. Laterognatismo mandibular. |
| Manifestaciones clínicas | Altura facial reducida. Espacio libre excesivo. Protrusión mandibular. Retrusión mandibular. Laterognatismo mandibular. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. |
| Diagnóstico diferencial | Trauma. Otras deformidades congénitas. |
| Exámenes complementarios | Ortopantomografía y radiografía de ambas articulaciones en oclusión máxima y apertura máxima. TAC. Estudios preoperatorios de laboratorio básico e indispensable. Ortopantomografía, lateral de cráneo. Radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran. |
| Plan de tratamiento | |
| Técnica de osteotomía vertical de rama. Técnica de osteotomía sagital de rama. | |
| Complicaciones | Hemorragia. Parestesia. Infecciones. Dehiscencias. Diastasis. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Según el caso amerite. |

| CIRUGÍA BIMAXILAR, CIE - 10 K07 | |
|--|---|
| Definición: procedimiento quirúrgico donde se aplican osteotomías en huesos faciales para corregir anomalías dentofaciales. | |
| Etiología | Congénita. Traumática. |
| Tiempo de procedimiento | Requiere de largo tiempo de procedimiento: tiempo promedio, cuatro horas. |
| Manifestaciones clínicas | Alteración facial y oclusal. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. |
| Diagnóstico diferencial | Trauma. Otras deformidades congénitas. |
| Exámenes complementarios | Ortopantomografía y radiografía de ambas articulaciones en oclusión máxima y apertura máxima. TAC. Estudios preoperatorios de laboratorio básico e indispensable. Ortopantomografía, lateral de cráneo radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran. |
| Plan de tratamiento | |
| Según el caso se aplicará: Técnica vertical de rama. Técnica sagital de rama. Mentoplastias. Lefort I. Segmentaria anterior. Subapical. | |
| Complicaciones | Parestesia. Hemorragia. Infecciones. Dehiscencia. A la unión ósea. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Según el caso. |

| MENTOPLASTIA DE AVANCE Y RETRUSIÓN, CIE 10 K07 | |
|--|---|
| Definición: aumento o disminución de la región mentoniana. | |
| Etiología | Congénita. Traumática. |
| Tiempo de procedimiento | Según el caso: tiempo promedio, dos horas. |
| Clasificación | Microgenia. Macrogenia. Laterogenia. |
| Manifestaciones clínicas | Microgenia: déficit en la proyección antero - posterior del mentón. Macrogenia: aumento de la proyección antero posterior del mentón. Laterogenia: aumento lateral de la proyección del mentón. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. |
| Diagnóstico diferencial | Trauma. Otras deformidades congénitas. |
| Exámenes complementarios | Ortopantomografía y radiografía de ambas articulaciones en oclusión máxima y apertura máxima. TAC. Cefalometría. Estudios preoperatorios de gabinete básico e indispensable. Ortopantomografía, lateral de cráneo radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran. |
| Plan de tratamiento | |
| Según el caso se aplicará: Genioplastia de avance. Genioplastia de reducción. Laterognatia. Injerto. | |
| Complicaciones | Infecciones. Dehiscencia. A la unión ósea. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Según el caso amerite. |

| TRATAMIENTO DE LA HIPERTROFIA MASETERINA BICHECTOMÍA MIOPLASTÍA DE MÚSCULOS MASETEROS | |
|---|---|
| Definición: es la hipertrofia bilateral o unilateral del músculo masetero, acompañada de una hipertrofia con prominencia del ángulo óseo mandibular. | |
| Etiología | Idiopática. |
| Tiempo de procedimiento | Según la alteración: tiempo promedio, tres horas. |
| Clasificación | Hipertrofia unilateral. Hipertrofia bilateral. |
| Manifestaciones clínicas | Contorno facial ovalado, unilateral o bilateral |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. |
| Diagnóstico diferencial | Infecciones. Tumores. |
| Exámenes complementarios | Tomografía de región afectada. |
| Plan de tratamiento | |
| Miotomía maseterina por vía endobucal. Osteotomía de ángulo mandibular por vía endobucal. Exéresis de bolsa de Bichat. | |
| Complicaciones | Infección. Dehiscencia. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Según el caso. |

| RECONSTRUCCIONES FACIALES CON SOMATOPRÓTESIS | |
|---|---|
| Definición: reconstrucción de las pérdidas de órganos maxilofaciales por medio de prótesis oculares, nasales, oculopalpebrales, auriculares, prótesis de órganos combinados, obturadores palatinos, prótesis dentales. | |
| Etiología | Lesión inicial mutilante. |
| Clasificación | Prótesis ocular. Prótesis nasal. Prótesis auricular. Prótesis oculopalpebral. Prótesis Maxilofacial compleja (dos o más órganos). Obturadores palatinos. Prótesis total o parcial dental. Prótesis dento-maxilares |

| | |
|--|--|
| Manifestaciones clínicas | Adaptación al material protésico: irritación de piel y/o mucosas. Reacción alérgica al material protésico. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico posquirúrgico. Estudios preprotésicos. |
| Exámenes complementarios | TAC. Estudios alérgicos. Estudios radiográficos. |
| Plan de tratamiento | |
| <p>Se confeccionan prótesis maxilofaciales en secuencia común: Impresiones del campo protésico. Obtención de modelos de trabajo. Confección primaria de prótesis en cera. Pruebas en cera sobre el paciente. Toma de color de piel y/o rasgos especiales (iris, escleras, dientes, etc.). Procesado a material definitivo (Silicón médico biocompatible, acrílicos de termopolimerización, metal, porcelana). Instalación de la prótesis terminada en paciente. Ajustes y control.</p> | |
| Complicaciones | Rechazo al material protésico. Alergias. Recidiva de la enfermedad de base (Ca). |
| Criterios de alta | Adaptación de la prótesis maxilofacial por parte del paciente. Reposición del órgano maxilofacial perdido. Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Según el caso. |

HENDIDURAS LABIALES Y PALATINAS

4.36.1 Labioplastias

4.36.2. Palatoplastias

4.36.3. Manejo de las secuelas del paciente con labio y paladar fisurado

| ENFERMEDADES DE LOS LABIOS, CIE – 10 K13 FISURA DEL PALADAR Y LABIO LEPORINO, CIE – 10 Q35 –Q37 LABIO LEPORINO, CIE – 10 Q36 FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO, CIE – 10 Q37 | |
|---|--|
| Definición: son alteraciones congénitas que provocan deformidades en el territorio maxilofacial. | |
| Etiología | Genética. Hereditaria. Adquirida. |
| Tiempo de procedimiento | En dependencia del caso y el paciente: tiempo promedio, seis horas. |
| Clasificación | Según la clasificación de Paul Tessier en orden de complejidad de la 0 a la 14. |
| Manifestaciones clínicas | En orden de complejidad desde línea media hasta el externo de tercio medio e inferior del macizo facial. |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Análisis citogenético. |
| Exámenes complementarios | Estudios de imagen. Estudios genéticos. Estudio estéreo litográfico. |
| Plan de tratamiento | |
| De acuerdo a la complejidad del caso, edad del paciente, manejo anterior y ulterior, siendo esta dependiente del manejo multidisciplinario. | |
| Complicaciones | Nutricionales. Respiratorias. Fonéticas. Neurológicas. |
| Criterios de alta | Resolución programada de la patología. |
| Control y mantenimiento | Según el caso de manejo multidisciplinario. |

| TRATAMIENTO DE CÁNCER ORAL NEOPLASIAS, CIE – 10 C00 - C97 | |
|--|--|
| Definición: neoplasia maligna de la boca. | |
| Etiología | Multifactorial: Cambio o daño del material genético. Virus: herpes simple y papiloma. Tabaco y alcohol. |
| Tiempo de procedimiento | Depende del caso: tiempo promedio, cuatro horas. |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - Primaria: carcinoma espinocelular, tumor maligno de glándulas salivales, mesenquimatoso, melanoma, carcinoma verrugoso. - Sistémica: carcinoma metastásico, mieloma múltiple. - Linfoma y leucemia. - Sarcoma de Kaposi. |
| Manifestaciones clínicas | <p>Nódulo o tumefacción. Mancha rugosa. Costra. Dolor o hipersensibilidad. Hemorragia. Cambio en la mordida o oclusión. Una o varias piezas dentales sueltas. Mal ajuste de prótesis. Nódulos o tumefacción de cuello. Restricción de la lengua. Cambio en movimiento mandibular. Disgeusia. Hiperesia, parestesia o anestesia. Paresia o parálisis. Diplopía. Tos crónica. Cambio en voz o habla. Disfagia. Síntoma de tumor primario distante.</p> |
| Criterios de diagnóstico | Examen clínico. Estudios preoperatorios. Estudio radiológico. Biopsia. |
| Exámenes complementarios | Estudios preoperatorios de laboratorio básico e indispensable. Ortopantomografía, lateral de cráneo radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran. |

Plan de tratamiento

- Cirugía.
- Irradiación (externa o intersticial).
- Quimioterapia (rara vez se aplica sola).
- Inmunoterapia.
- Combinaciones de lo anterior.

“El cáncer oral se trata mejor con la actuación de un comité o equipo que puede estar conformado por: odontólogo especialista, oncólogo, cirujano maxilofacial, radioterapeuta, quimioterapeuta, higienista dental, experto en nutrición, psiquiatra o psicólogo, y trabajadora social”. (Norman Wood, Paul Goaz, LESIONES ORALES Y MAXILO FACIALES, 2008)

| | |
|--------------------------------|--|
| Complicaciones | Defectos quirúrgicos con pérdida de estética y función. Xerostomía y mucositis. Caries por radiación e infecciones dentales. Infecciones de tejidos blandos: bacterianas, virales y micóticas. Osteoradionecrosis. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Según el caso amerite. |

Anexos

Atención en un servicio de cirugía y traumatología bucal y maxilofacial, el cual constará de todos los requerimientos de un servicio quirúrgico.

Recursos Humanos (mínimo)

- 2 cirujanos maxilofaciales tratantes.
- Residentes pos-gradistas de cirugía maxilofacial.
- 1 licenciada en enfermería.
- 2 auxiliares de enfermería y/o odontología.
- 1 auxiliar de enfermería circulante.

Infraestructura

De acuerdo a la demanda mínimo:

Área de prelavado y lavado

- 2 consultas externas para diagnóstico.
- 2 quirófanos para procedimientos de cirugía menor.
- 1 área de esterilización.
- Área de cambio de ropa.
- 1 área de posoperatorio.
- 1 área de observación en cirugía con seis camas.
- 4 camas para hospitalización en cirugía maxilofacial en piso.

Equipamiento

Consultas externas 1 y 2 (cada una debe tener):

- 1 escritorio.
- 1 chaise long.
- 1 negatoscopio.
- Computador, impresora, intranet e internet.
- Estetoscopio.
- Tensiómetro.
- Balanza.
- Lámpara de luz fría.
- Mesa de Mayo.

Quirófanos para procedimientos quirúrgicos de cirugía bucal

Equipo mínimo necesario:

- Sillón odontológico quirúrgico.
- Lámpara de luz fría a ruedas, luz frontal o frontolux de fibra óptica.
- Alta succión.
- Cámara intraoral.
- Radiovisiógrafo.
- Negatoscopio.
- Motor quirúrgico eléctrico (para punta recta y sierra).
- Electrocauterio/electrobisturí.
- Láser (para tejidos blandos).
- Porta Sueros.
- Mesa de Mayo
- 1 monitor.
- Kit de emergencia respiratoria.
- Perchas para materiales e insumos.
- Toma de gases centralizada.
- Máquina de anestesia general.

Instrumental mínimo necesario:

10 juegos de instrumental específico:

- Separadores de Minessota.
- Separadores de Wieder.
- Elevadores de Wintter.
- Legras doble extremo (periostótomos).
- Mangos de bisturí número tres.
- Pinza Kelly curva.
- Pinza Kelly recta.
- Tijera de Mayo recta.
- Tijera Iris.
- Elevadores rectos de media caña.
- Elevador recto fino.
- Punta de succión Jean Kawer.
- Elevadores de Winter izquierdo y derecho.
- Carpulle con dispositivo de aspiración.
- Cureta de bordes cortantes de Luca.
- Pinza gubia.
- Lima para hueso doble extremo.
- Pinza Addson Braun.

- Pinza de Lebecke.
- Fórceps.
- Portaagujas.
- Tijeras de Metzembaun.
- Pinza de campo pequeñas.
- Copela de acero inoxidable.
- Semiluna.
- Pinza de Haro.

Área de esterilización

- Autoclave tipo Sterrad.
- Fundas de esterilización descartables (varias dimensiones).
- Bandejas de esterilización (varias dimensiones).
- Cinta marcadora.
- Autoclave de 21 litros.
- Tambores perforados de diferentes tamaños.

Insumos

- Gafas protectoras.
- Batas quirúrgicas descartables.
- Gorros quirúrgicos descartables.
- Mascarillas quirúrgicas descartables.
- Zapateras quirúrgicas descartables.
- Guantes de manejo.
- Guantes quirúrgicos.
- Jabón quirúrgico.
- Yodo povidona.
- Merthiolate blanco.
- Tintura de benjuí.
- Clorhexina al 2%.
- Glutaraldehido.
- Esparadrapo poroso.
- Esparadrapo de tela.
- Anestésico con vasoconstrictor.
- Anestésico sin vasoconstrictor.
- Agujas para carpulle cortas y largas.
- Fresas quirúrgicas redondas y de fisura.
- Fresas de carburo tungsteno # 7-8.
- Hilo de sutura.
- Bajalenguas.
- Gasas.

Endodoncia

Segundo y Tercer nivel de atención

Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, CIE – 10 K04

| PULPITIS CIE – 10 K04.0 | |
|--|---|
| PULPITIS REVERSIBLE-HIPEREMIA PULPAR | |
| Definición: es la inflamación de la pulpa con capacidad reparativa una vez eliminada la causa. No requiere tratamiento de los canales radiculares. | |
| Etiología | Caries. Dentina expuesta. Traumatismos. Preparación de cavidades sin refrigeración. Excesiva deshidratación de la dentina. Restauraciones defectuosas. |
| Tiempo de procedimiento | Tiempo promedio: 45 minutos. |
| Clasificación | Puede ser reversible e irreversible. |
| Manifestaciones clínicas | Dolor agudo a estímulos diversos (frío, calor, ácidos, dulces, roce). Cede al retirar estímulo. |
| Criterios de diagnóstico | Exploración intraoral. Aplicación frío y calor. |
| Diagnóstico diferencial | Pulpitis irreversible. |
| Exámenes complementarios | Pruebas de vitalidad pulpar (estimulación térmica y eléctrica). Laser doppler. RVG. |
| Procedimiento | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Anestesia local infiltrativa o troncular según el caso. 2. Aislamiento absoluto del campo operatorio. 3. Eliminar la causa etiológica. 4. Desinfección cavitaria con clorhexidina al 0,12% con torunda estéril. 5. Protección pulpar indirecta (ionómeros) y/o protección pulpar directa con MTA o hidróxido de calcio químicamente puro (siempre que sea totalmente aséptica la herida pulpar). 6. Obturación temporal con ionómero o permanente. 7. Control sintomático en ocho días. 8. Ajuste oclusal. | |
| Terapéutica | Si el caso lo requiere, analgésicos. |
| Complicaciones | Pulpitis irreversible. Necrosis pulpar. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Control radiográfico a los seis meses y al año. |

NOTA.- El tiempo que se emplee en este procedimiento dependerá de la anatomía, ubicación dentaria, y la colaboración del paciente.

| PATOLOGÍA: K04.0 PULPITIS, PULPITIS IRREVERSIBLE - PULPITIS ULCEROSA-PULPITIS HIPERPLÁSICA O PÓLIPO PULPAR-REABSORCION DENTINARIA INTERNA, K040 | |
|--|--|
| Definición inflamación pulpar sin capacidad de recuperación a pesar de eliminar la causa. | |
| Etiología | <ul style="list-style-type: none"> Pulpitis reversible no tratada. Persistencia del irritante. Caries profunda no tratada, dentina expuesta. Traumatismos. Restauraciones defectuosas. Problemas de oclusión. Irritaciones químicas. Fracturas coronarias. |
| Tiempo promedio de procedimiento por sesión | <ul style="list-style-type: none"> 35 minutos mínimo dientes anteriores. 45 minutos mínimo premolares. 1 hora y 30 minutos mínimo molares. |
| Manifestaciones clínicas | <ul style="list-style-type: none"> Dolor intenso. Espontáneo. Continuo e irradiado. La estimulación térmica (frío o calor y la eléctrica). Intensifican el dolor que se mantiene al retirar el estímulo Aumenta en decúbito por la noche y con el esfuerzo. Dolor a la percusión vertical. Pulpitis asintomática, ausencia de dolor. |
| Criterios de diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> Exploración intraoral. Aplicación calor, frío. Percusión vertical. Radiográfico (ensanchamiento radiológico del espacio periodontal). Rx RVG. |
| Diagnóstico diferencial | <ul style="list-style-type: none"> Pulpitis reversible. Necrosis pulpar. Gangrena pulpar. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. |
| Tratamiento | Biopulpectomía. |

Procedimiento

Primera Sesión

HCl.

Anestesia local infiltrativa o troncular.

Reconstrucción de la pieza dental si es necesario.

Aislamiento absoluto del campo operatorio.

Retiro de caries o pólipo pulpar.

Acceso cameral, con fresa redonda hasta caer en cámara luego cambiar a endo Z o fresa Batt para eliminación de techo cameral.

Localización de conductos radiculares.

Irrigación con Hipoclorito de Sodio 2.5 % en biopulpectomía y aspiración.

Permeabilización de conductos radiculares.

Eliminación del tejido pulpar (limas e irrigación y aspiración).

Conductometría (longitud de trabajo) con apoyo del localizador apical y Rx.

Preparación quimicomecánica de conductos radiculares (limas e irrigación y aspiración).

Si no es posible terminar en una sola sesión, se recomienda medicación intraconducto (hidróxido de calcio puro con vehículo a elección).

Obturación temporaria.

Control de oclusión.

Segunda Sesión

Anestesia local infiltrativa o troncular.

Aislamiento absoluto.

Preparación quimicomecánica de conductos radiculares (limas e irrigación con hipoclorito de sodio al 2,5% y aspiración).

Conometría con apoyo radiográfico.

Secado de conductos radiculares.

Obturación de conductos radiculares con técnica de preferencia, siempre y cuando no exista sintomatología, de lo contrario medicación intraconducto y otra sesión.

Rx posoperatorio.

Obturación provisional (ionómero de vidrio).

Control de oclusión.

Restauración definitiva.

Ajuste oclusal.

Control radiográfico a los seis meses y al año.

| | |
|--------------------------------|---|
| Terapéutica | Si lo requiere antiinflamatorio y/o analgésico. |
| Complicaciones | Pueden evolucionar en una necrosis pulpar con afectación periapical irreversible. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Control radiográfico a los seis meses y al año. |

NOTA.- Los tiempos que se emplean en este procedimiento podrían aumentar dependiendo de la anatomía, ubicación dentaria, y la colaboración del paciente.

| PATOLOGÍA: K 04.1 NECROSIS PULPAR GANGRENA PULPAR | |
|--|---|
| Definición: muerte de la pulpa parcial o total. | |
| Etiología | Procesos inflamatorios o traumáticos. Agentes físicos, químicos o infecciosos. |
| Manifestaciones clínicas | Asintomático. Respuesta al frío, calor negativo. Discromía (cambio de color de la corona). Dolor a la percusión vertical. Movilidad dentaria. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Pulpitis. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. Radiovisiografía. |
| Tratamiento | Necropulpectomía. |
| Procedimiento | |
| <p>Tratamiento endodóntico</p> <p>Primera Sesión:</p> <p>HCl. Lectura radiográfica. Reconstrucción de la pieza dental si es necesario. Colocación de anestesia local infiltrativa o troncular. Aislamiento absoluto del campo operatorio. Retiro de caries. Acceso cameral, con fresa redonda hasta caer en cámara luego cambiar a endo Z o fresa Batt para eliminación de techo cameral. Irrigación de conductos por tercios (coronal, medio) con hipoclorito de sodio 5.25% en conductos infectados, colocando suero fisiológico entre el hipoclorito y la clorhexidina 2% y por último EDTA 17%, efectuándolo en tres tiempos. Conductometría con apoyo del localizador apical. Toma de radiografía. Preparación quimicomecánica de conductos radiculares (limas e irrigación con hipoclorito de sodio al 5,25% y aspiración). Secado de conducto. Medicación intermedia con hidróxido de calcio o paramonoclorofenol por ocho días. Obturación provisional. Control de oclusión.</p> | |

Segunda Sesión:

Colocación de anestesia.
 Aislamiento absoluto del campo operatorio.
 Retiro obturación provisional.
 Irrigación con hipoclorito de sodio al 5,25%.
 Preparación quimicomecánica de conductos radiculares (limas e irrigación y aspiración).
 Secado de conducto radicular en caso de que la pieza esté asintomática o proseguir con medicación intermedia.
 Conometría.
 Radiografía de conometría.
 Obturación de conductos radiculares con técnica de preferencia, siempre y cuando no exista sintomatología; de lo contrario, medicación intraconducto y otra sesión.
 Rx posoperatoria.
 Obturación temporal.
 Control de oclusión.
 Se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación/apexogénesis o no.

| | |
|--------------------------------|---|
| Terapéutica | Si el caso lo requiere, analgésicos/antiinflamatorios y antibióticos. |
| Complicaciones | Absceso periapical. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Radiográfico cada tres meses durante el primer año. |

NOTA.- Los tiempos que se emplean en este procedimiento podrían variar dependiendo de la anatomía, ubicación dentaria, y la colaboración del paciente.

Patologías periapicales o perirradiculares

| PATOLOGÍAS PERIAPICALES | |
|---|---|
| Definición: la enfermedad periapical está dada por un desencadenamiento infeccioso persistente dentro del sistema de conducto radicular. | |
| Etiología | Dadas por infecciones persistentes del conducto radicular, traumas, enfermedades periodontales, asociadas con enfermedades sistémicas. |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - Periodontitis Apical Aguda K04.4. - Absceso dentoalveolar agudo K04.7. - Peridontitis Apical Crónica K04.5. - Granuloma K04.5. - Quistes K04.8. - Verdadero: quiste inflamatorio apical con una cavidad patológica bien definida. - En bolsa: quiste inflamatorio apical con una cavidad similar a un saco recubierto por epitelio, comunicado con el conducto radicular. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Criterios de referencia | Remisión a : <ul style="list-style-type: none"> - Periodoncia en patologías combinadas endo-perio. - Cirugía para casos de apicectomía y remoción de quistes verdaderos y control de patologías recurrentes. - Prótesis para rehabilitación definitiva del diente. - Odontopediatría. - Ortodoncia en caso de ser requerido. |
| Criterios de alta | Luego de mínimo seis meses hasta un año, el control radiográfico debe presentar ausencia o disminución de lesión periapical y ausencia de sintomatología. |
| Control y mantenimiento | El paciente acudirá a controles radiográficos de tres, seis y 12 meses. |

PERIODONTITIS APICAL AGUDA KO4.4

| | |
|---|---|
| Definición: inflamación del tejido periapical, que se caracteriza por ser aguda y no supurativa. | |
| Etiología | De origen séptico, traumático, físico y químico, sobreinstrumentación iatrogénica de los conductos por origen endodóntico. Puede estar asociada a una patología pulpar. |
| Manifestaciones clínicas | Sintomatología. Dolor a la percusión vertical y masticación. Movilidad dentaria mínima. Sensación de extrusión. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico, ligamento ligeramente ensanchado. |
| Diagnóstico diferencial | Pulpitis irreversible. Periodontitis crónica. Absceso Fénix. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. Radiovisiografía. |

Procedimiento

Tratamiento endodóntico

Primera sesión:

HCl.

Lectura radiográfica.

Administración de anestesia local infiltrativa o troncular.

Aislamiento absoluto del campo operatorio.

Acceso cameral, con fresa redonda hasta caer en cámara; luego cambiar a endo Z o fresa Batt para eliminación de techo cameral.

Irrigación con hipoclorito de sodio 5,25% en conductos infectados, colocando suero fisiológico entre el hipoclorito y la clorhexidina 2% y por último EDTA 17%, efectuándolo en tres tiempos.

Conductometría con apoyo del localizador apical.

Toma de radiografía.

Preparación quimicomecánica (limas e irrigación con hipoclorito de sodio y aspiración).

Secado de conducto.

Medicación intermedia con hidróxido de calcio o paramonoclorofenol por ocho días.

Obturación provisional.

Control de la oclusión.

Segunda sesión:

Administración de anestesia local infiltrativa o troncular.

Aislamiento absoluto del campo operatorio.

Retiro de obturación provisoria.

Irrigación de conductos radiculares con hipoclorito de sodio y aspiración.

Preparación quimicomecánica de conductos radiculares (limas e irrigación y aspiración).

Conometría.

Rx de conometría.

Secado de conducto radicular.

Obturación de conducto radicular con técnica de preferencia en caso de que la pieza esté asintomática o proseguir con medicación intermedia.

Rx posoperatoria.

Control de la oclusión.

También se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no.

Tratamiento quirúrgico: posible curetaje apical.

| | |
|--------------------------------|---|
| Terapéutica | Antiinflamatorio y/o antibióticos. |
| Complicaciones | Absceso periapical agudo. |
| Criterios de referencia | Cirugía. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Radiográfico cada tres meses durante el primer año. |

Procedimientos

La orientación terapéutica depende del agente etiológico.

El tratamiento etiológico facilita la reparación periapical y la remisión de síntomas.

Si el agente causal es posendodoncia se aliviara únicamente la oclusión.

Se tratará con biopulpectomía o necropulpectomía dependiendo del estado pulpar.

NOTA.- Los tiempos que se emplean en este procedimiento podrían variar dependiendo de la anatomía, ubicación dentaria y la colaboración del paciente.

| PATOLOGÍA: PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA GRANULOMA-QUISTE, K04.5 | |
|--|---|
| Definición: respuesta inflamatoria crónica de la periapical, que se desarrolla a partir de lesiones crónicas con presencia de tejido granulomatoso y presencia de infiltrado. | |
| Etiología | Irritantes moderados de tipo físico, químico o biológico. Necrosis y/o gangrena pulpar que actúan como depósito de toxinas afectando a través de foramen y conductos accesorios. |
| Manifestaciones clínicas | No presenta síntomas: Puede presentar dolor a la percusión vertical, y no da molestias a la masticación. |
| Criterios de diagnóstico | Radiográficamente: ligamento ensanchado con radiolucidez periapical. RVG. Prueba de vitalidad: no responde. |
| Diagnóstico diferencial | Periodontitis apical aguda. Pulpitis irreversible. Absceso Fénix. Quiste periapical. |
| Exámenes complementarios | Examen radiográfico. Láser <i>doppler</i> . Pruebas eléctricas. Tomografía axial computarizada. |

Procedimiento

Primera sesión:

HCL.

Anestesia local infiltrativa o troncular.

Reconstrucción del la pieza dental si es necesario.

Aislamiento absoluto del campo operatorio.

Acceso cameral, con fresa redonda hasta caer en cámara; luego cambiar a endo Z o fresa Batt para eliminación de techo cameral.

Localización y permeabilización de conductos radiculares.

Irrigación con hipoclorito de sodio 5,25% en conductos infectados, colocando suero fisiológico entre el hipoclorito y la clorhexidina 2% y por último EDTA 17% efectuándolo en tres tiempos.

Preparación químicomecánica de conductos radiculares (limas e irrigación y aspiración).

Conductometría (longitud de trabajo) con apoyo radiográfico y del localizador apical.

Preparación y ensanchamiento de conductos (limas e irrigación y aspiración).

Secado de conductos radiculares

Medicación intermedia con hidróxido de calcio o paramonoclorofenol por ocho días.

Obturación provisional.

Control de oclusión.

Segunda sesión:

Anestesia local infiltrativa o troncular.

Aislamiento absoluto del campo operatorio.

Preparación químicomecánica.

Irrigación con hipoclorito de sodio 5.25% en conductos infectados, colocando suero fisiológico entre el hipoclorito y la Clorhexidina 2% y por último EDTA 17%, efectuándolo en tres tiempos.

Conometría con apoyo radiográfico.

Secado de conductos radiculares.

Obturación de conductos radiculares con técnica de preferencia si no existe sintomatología; de lo contrario, proseguir con medicación intermedia.

Rx posoperatoria.

Obturación provisional (ionómero de vidrio).

Control de oclusión.

Restauración definitiva.

Tratamiento quirúrgico

Curetaje apical.

Apicectomía.

| | |
|--------------------------------|--|
| Terapéutica | Analgésicos, antiinflamatorios según el caso lo amerite: |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Control radiográfico a los seis meses y al año. |

| ABSCESO PERIAPICAL CON FÍSTULA, K04.6 | |
|---|--|
| Definición: respuesta local defensiva de hueso alveolar que rodea el ápice como consecuencia de una necrosis pulpar. | |
| Etiología | Procesos inflamatorios o traumáticos. Agentes físicos, químicos o infecciosos. |
| Manifestaciones clínicas | Asintomático. Presencia de fístula a nivel apical. Respuesta al frío, calor negativo. Discromía (cambio de color de la corona). Dolor a la percusión vertical. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Pulpitis. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. Radio-visiografía. |
| Tratamiento | Necropulpectomía. |
| Procedimiento | |
| <p>Tratamiento endodóntico</p> <p>Primera sesión:</p> <p>HCl.</p> <p>Lectura radiográfica.</p> <p>Reconstrucción de la pieza dental si es necesario.</p> <p>Colocación de anestesia local infiltrativa o troncular.</p> <p>Aislamiento absoluto del campo operatorio.</p> <p>Realizar punción con explorador estéril a nivel de la fístula.</p> <p>Retiro de caries. Acceso cameral, con fresa redonda hasta caer en cámara; luego cambiar a endo Z o fresa Batt para eliminación de techo cameral.</p> <p>Irrigación y aspiración de conductos por tercios (coronal, medio) con hipoclorito de sodio 5,25% en conductos infectados, colocando suero fisiológico entre el hipoclorito y la clorhexidina 2% y por último EDTA 17%, efectuándolo en tres tiempos.</p> <p>Conductometría con apoyo del localizador apical.</p> <p>Toma de radiografía.</p> <p>Preparación quimicomecánica de conductos radiculares (limas e irrigación con hipoclorito de sodio al 5,25% y aspiración).</p> <p>Secado de conducto.</p> <p>Medicación intermedia con hidróxido de calcio o paramonoclorofenol por ocho días.</p> <p>Obturación provisional.</p> <p>Control de oclusión.</p> | |

Segunda sesión:

Colocación de anestesia.
 Aislamiento absoluto del campo operatorio.
 Retiro obturación provisional.
 Irrigación con hipoclorito de sodio al 5,25%.
 Preparación quimicomecánica de conductos radiculares (limas e irrigación y aspiración).
 Secado de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomática o proseguir con medicación intermedia.
 Conometría.
 Radiografía de conometría.
 Obturación de conductos radiculares con técnica de preferencia, siempre y cuando no exista sintomatología y haya desaparecido la fístula; de lo contrario, medicación intraconducto y otra sesión. Rx posoperatoria.
 Obturación temporal.
 Control de oclusión.
 Se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación/apexogénesis o no.
Tratamiento quirúrgico: posible curetaje y/o apicectomía.

| | |
|--------------------------------|---|
| Terapéutica | Si el caso lo requiere, analgésicos/antiinflamatorios y antibióticos. |
| Complicaciones | Absceso periapical. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Radiográfico cada tres meses durante el primer año. |

NOTA.- Los tiempos que se emplean en este procedimiento podrían variar dependiendo de la anatomía, ubicación dentaria y la colaboración del paciente.

| ABSCESO PERIAPICAL SIN FÍSTULA ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO K04.7 | |
|---|---|
| Definición: inflamación aguda y supurativa de los tejidos periapicales con acumulación de exudado purulento. | |
| Etiología | Persistencia e intensificación del proceso microbiano. |
| Tiempo de procedimiento | Por sesión: 35 minutos mínimo en incisivos 45 minutos mínimo en premolares 1 hora y 30 minutos mínimo por sesión |
| Manifestaciones clínicas | Sintomático agudo. Dolor severo, constante y pulsátil. Extrusión con movilidad dentaria. Acumulación de pus y exudado. Cuadro febril. |

| | |
|--|--|
| Criterios de diagnóstico | Clínico. Radiográfico. |
| Diagnóstico diferencial | Síndrome endoperiodontal. |
| Exámenes complementarios | Radiográfico. Radiovisiografía. Laboratorio si el caso lo requiera (cultivo y antibiograma). |
| Procedimiento | |
| <p>Tratamiento endodóntico</p> <p>Primera sesión:</p> <p>HCl.</p> <p>Lectura radiográfica.</p> <p>Colocación de anestesia en <i>spray</i> alrededor del diente que se va a tratar.</p> <p>Aislamiento absoluto del campo operatorio.</p> <p>Acceso cameral, con fresa redonda hasta caer en cámara; luego cambiar a endo Z o fresa Batt para eliminación de techo cameral.</p> <p>Drenaje vía dentaria, hasta que no se observe salida del contenido purulento.</p> <p>Lavado de conductos por tercios (coronal, medio) con hipoclorito de sodio al 5,25% y aspiración.</p> <p>Conductometría con apoyo del localizador apical.</p> <p>Toma de radiografía.</p> <p>Irrigación de conductos radiculares hasta tercio apical.</p> <p>Secado de conducto.</p> <p>Medicación intermedia paramonoclorofenol.</p> <p>Obturación provisional con vía de drenaje.</p> <p>Control operatorio a las 24, 48, 72 horas dependiendo de la severidad de la patología.</p> <p>Control de oclusión.</p> | |
| <p>Segunda sesión:</p> <p>Colocación de anestesia en <i>spray</i> alrededor del diente que se va a tratar.</p> <p>Aislamiento absoluto del campo operatorio.</p> <p>Retiro de obturación provisional.</p> <p>Irrigación de conductos radiculares con hipoclorito de sodio al 5,25%.</p> <p>Preparación quimicomecánica de los conducto radiculares (limas e irrigación y aspiración).</p> <p>Secado de conductos radiculares.</p> <p>Medicación intermedia paramonoclorofenol.</p> <p>Obturación provisional.</p> <p>Control de la oclusión.</p> | |

Tercera sesión:

- Colocación de anestesia local infiltrativa o troncular.
- Aislamiento absoluto del campo operatorio.
- Retiro de obturación provisional.
- Irrigación con hipoclorito de sodio y aspiración.
- Preparación biomecánica del conducto radicular (limas e irrigación y aspiración).
- Conometría con apoyo del localizador apical.
- Rx de conometría.
- Secado de conducto radicular.
- Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza esté asintomática o proseguir con medicación intermedia y ensanchar conductos.
- Control radiográfico.
- Control de la oclusión.
- También se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no.

Tratamiento quirúrgico

Posible curetaje apical y/ o apicectomía.

Terapéutica obligatoria: antibióticoterapia y analgésicos/antiinflamatorios.

| | |
|--------------------------------|---|
| Complicaciones | Absceso más complicado. |
| Criterios de referencia | Referencia a cirugía si persiste absceso. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Radiográfico cada tres meses durante el primer año. |

NOTA.- Los tiempos que se emplean en este procedimiento podrían variar dependiendo de la anatomía, ubicación dentaria y la colaboración del paciente.

PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTE CON HIPOCLORITO DE SODIO

- Explicación al paciente.
- Conservar la calma.
- Controlar el dolor inmediato.
- Tratar de succionar el exceso en cámara.
- Irrigación con suero fisiológico abundante.

Plan de tratamiento

Tratamiento farmacológico

- Antihistamínico.
 - Tavegil (amp 2 mg- 2 ml).
- Corticoesteroides.
 - 10 minutos después.
 - Celestone cronodoce amp. 6 mg-1 ml.
 - Dexometaxona 4 mg-ml.

- Antibiótico terapia de profilaxis 7 a 10 días.
- Analgésicos potentes.
- Corticoides de larga duración.

Advertir duración de inflamación, realizar compresas de fisioterapia, si es necesario, hospitalización y cirugía.

Anexos

Equipamiento endodóntico

- Localizador apical.
- Microscopio endodóntico.
- Ultrasonido endodóntico.
- Puntas ultrasónicas.
- Equipo radiológico radivisiógrafo.
- Sistema de obturación.
- Motor rotatorio para instrumentación endodóntica.
- Autoclave.

Instrumental manual básico endodóntico:

- Jeringas para irrigación.
- Explorador para endodoncia DG 16.
- Succiones para endodoncia.
- Tamboril endodóntico.
- *Endoblock*.
- Regla milimétrica endodóntica.
- Calibrador endodóntico.
- Precurvador de limas.
- *Endo-Ray*
- Juego de grapas universal.
- Perforador de dique.
- Arco de Young.
- Portagrapa.
- Mechero.
- Cucharillas endodónticas (Mayllefer).
- Espejos bucales.
- Pinzas algodonerías.
- Fresas de diamante pequeñas, medianas y grandes.
- Fresas de carburo pequeñas, medianas y grandes.

- Fresas endo Z.
- Gates Glidden Nº. 1, 2, 3 tallo corto y tallo largo.
- Carpule.
- Tijeras para cortar conos.
- Gutaperchero.

Limas K

- Primera serie (15-40).
21 mm-25 mm-28 mm-31 mm.
- Segunda serie (45-80).
21 mm-25 mm-28 mm-31 mm.

Limas intermedias Preserie (0,6 - 0,8, 10)

- 21 mm, 25 mm, 28 mm, 31 mm.

Limas K flex

- Primera serie (15-40).
21 mm-25 mm-28 mm-31 mm.
- Segunda serie (45-80).
21 mm-25 mm-28 mm-31 mm.

Limas NITI

- Primera serie (15-40).
21 mm-25 mm.

Limas Headstroem

- Primera serie (15-40).
21 mm-25 mm-28 mm-31 mm.
- Segunda serie (45-80).
21 mm-25 mm-28 mm-31 mm.

Limas Rotatorias ProTaper

- SX 19 mm.
- S1 21, 25.
- S2 21, 25.
- F1 21, 25.

- F2 21, 25.
- F3 21, 25.
- F4 21, 25.
- F5 21, 25.

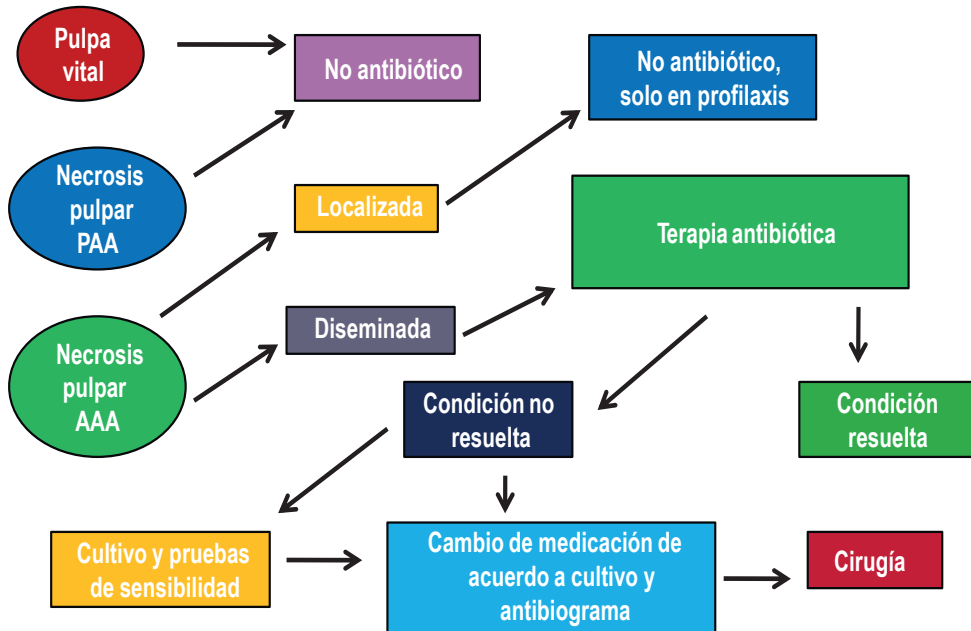
Condensadores

- A-B-C-D.

Biomateriales:

- Anestésico con y sin vasoconstrictor.
- Conos de papel.
- Conos de gutapercha (convencionales y para técnicas rotatorias).
- Conos accesorios.
- Dique de goma.
- Cemento de obturación.
- Hipoclorito de sodio 5,25%.
- Clorhexidina 2%.
- EDTA 17%.
- Alcohol 70%.
- Ca(OH)₂.
- Suero fisiológico.
- MTA.
- Óxido de zinc eugenol.
- Cavit.

Recomendaciones de FDA para manejo antibiótico en pacientes sintomáticos para endodoncia



Fuente: 1 Fouad. A . Are antibiotics effective for endodontic pain? Endodontic Topics 2002,3,52

Periodoncia

Segundo y tercer nivel de atención

| | |
|--|----------------------------|
| ENFERMEDADES DEL PERIODONTO, CÓDIGO CIE – 10 - <u>K05</u> | |
| ENTIDAD NOSOLÓGICA: enfermedades gingivales inducidas por placa bacteriana (K05.0) | |
| Definición: se define como el patrón de signos y síntomas de diferentes enfermedades localizadas en la encía. Todas ellas se caracterizan por presentar placa bacteriana que inicia o exacerba la severidad de la lesión, ser reversibles si se eliminan los factores causales y por tener un posible papel como precursor en la pérdida de inserción alrededor de los dientes. | |
| Etiología | Enfermedad multifactorial. |

| | |
|--|--|
| <p>Clasificación</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gingivitis asociada solo con placa dental. <ol style="list-style-type: none"> a. Sin otros factores locales asociados. b. Asociada también a otros factores locales. 2. Modificadas por factores sistémicos. <ol style="list-style-type: none"> a. Asociadas con el sistema endocrino: <ul style="list-style-type: none"> - Gingivitis asociada a la pubertad. - Gingivitis asociada al ciclo menstrual. b. Asociadas al embarazo: <ul style="list-style-type: none"> - Gingivitis. - Granuloma piogénico. c. Gingivitis asociada a diabetes mellitus. d. Asociadas con discrasias sanguíneas: <ul style="list-style-type: none"> - Gingivitis asociada a leucemia. - Otras. 3. Modificadas por medicamentos <ol style="list-style-type: none"> a. Agrandamientos gingivales. b. Gingivitis asociada a medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> - Asociada a anticonceptivos orales. - Otras. 4. Modificadas por malnutrición: <ol style="list-style-type: none"> a. Déficit de ácido ascórbico. b. Otras. |
| <p>Manifestaciones clínicas</p> | <p>Los factores clínicos asociados a la gingivitis inducida por placa incluyen signos clínicos de inflamación que provocan contornos gingivales agrandados, debido a la existencia de edema o fibrosis, una coloración roja o azulada, sangrado al sondaje y un incremento del exudado gingival, signos y síntomas que están confinados a la encía. Todos estos signos están asociados a periodontos con niveles de inserción estables sin pérdidas en los niveles de inserción, o estables aunque en periodontos reducidos.</p> |
| <p>Criterios de diagnóstico</p> | <p>Clínico.</p> |
| <p>Exámenes complementarios</p> | <p>Es necesario solo el examen clínico.</p> |
| <p>Plan de tratamiento</p> | |
| <p>Fase sistémica: interconsulta con el médico tratante; debe estar controlado sistémicamente si el paciente lo amerita.</p> <p>Fase higiénica: profilaxis, eliminación de factores retentivos de placa bacteriana, fisioterapia oral, controles químicos de placa bacteriana, uso de enjuagues a base de colutorios, clorhexidida al 0,12% u otros.</p> <p>Fase reconstructiva: De acuerdo al caso, se puede realizar procedimientos de cirugía mucogingival como (gingivoplastia y gingivectomía), así como también se puede necesitar de una remisión a Rehabilitación Oral y Ortodoncia.</p> <p>Fase de mantenimiento: control químico de placa bacteriana y profilaxis cada tres o cuatro meses para evaluar y controlar la salud periodontal del paciente.</p> | |

| ENFERMEDADES GINGIVALES NO ASOCIADAS A PLACA BACTERIANA, K05.1 | |
|--|--|
| Definición: se define como el patrón de signos y síntomas de diferentes enfermedades localizadas en la encía; estas se caracterizan por no estar asociadas a placa bacteriana, sino a etiologías específicas de tipo bacteriano, viral, fúngico, genético, sistémico, traumático, entre otras no específicas. | |
| Etiología | Enfermedad multifactorial. |
| Clasificación | <ol style="list-style-type: none"> 1. De origen bacteriano específico. 2. De origen viral. 3. De origen micótico. 4. De origen genético. 5. Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas. 6. Lesiones traumáticas, iatrógenas, accidentales. 7. Reacciones de cuerpo extraño. 8. Otras no especificadas. |
| Manifestaciones clínicas | Específico de acuerdo al caso, han sido observadas en raras ocasiones, pero generalmente se caracterizan y manifiestan clínicamente como ulceraciones edematosas dolorosas con un color rojo intenso, parches mucosos o encías muy inflamadas no ulceradas atípicas. Las lesiones orales pueden o no estar acompañadas por lesiones en otro lugar del organismo. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. |
| Exámenes complementarios | Exámenes de laboratorio. Examen microbiológico. Examen histopatológico. Examen radiográfico. |
| Plan de tratamiento | |
| <p>Fase sistémica: interconsulta con el médico tratante, el paciente debe estar controlado sistémicamente.</p> <p>Fase higiénica: profilaxis, eliminación de factores retentivos de placa bacteriana, fisioterapia oral, controles químicos de placa bacteriana, uso de enjuagues a base de clorhexidina al 0,12%.</p> <p>Fase reconstructiva: de acuerdo al caso, se puede realizar procedimientos de cirugía mucogingival como (gingivoplastia y gingivectomía), así como también se puede necesitar de una remisión a Rehabilitación Oral y Ortodoncia.</p> <p>Fase de mantenimiento: control químico de placa bacteriana y profilaxis cada tres o cuatro meses para evaluar y controlar la salud periodontal del paciente.</p> | |
| Tiempo de trabajo | 30 minutos (tres citas). |
| Nivel de atención | Segundo y tercero. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Cada tres o cuatro meses si es necesario. |

| PATOLOGÍA: PERIODONTITIS CRÓNICA, K05.2 | |
|---|--|
| <p>Definición: es una entidad infecciosa crónica que produce inflamación en los tejidos de soporte dental, pérdida de inserción progresiva y pérdida ósea. Se caracteriza por formación de bolsas y/o recesión gingival. Su inicio puede ser a cualquier edad pero se la detecta más comúnmente en adultos. El término crónico se refiere a un tiempo de progresión de la enfermedad sin tratamiento, pero no sugiere que esta sea intratable.</p> | |
| Etiología | La infección bacteriana es la primera causa de la enfermedad, siendo la placa el factor iniciador de la misma; sin embargo, los mecanismos de defensa juegan un papel fundamental en su patogénesis. |
| Clasificación | <p>1. Según su extensión puede clasificarse en:</p> <p>a. Localizada: si están afectadas menos de un 30% de las localizaciones.</p> <p>b. Generalizada: si más del 30% de las localizaciones están afectadas.</p> <p>2. Según su severidad se define:</p> <p>a. Periodontitis leve: cuando las pérdidas de inserción clínica son de 1 mm a 2 mm.</p> <p>b. Periodontitis moderada: si las pérdidas de inserción se encuentran entre 3 mm y 4 mm.</p> <p>c. Periodontitis severa: ante pérdidas de inserción clínica mayor o iguales a 5 mm.</p> |
| Principales signos y síntomas | Incluyen pérdida de inserción clínica, pérdida de hueso alveolar, formación de bolsas periodontales e inflamación gingival. A esto se puede asociar un agrandamiento y/o recesión gingival, sangrado al sondaje, movilidad dentaria, supuración, pudiendo llegar a la pérdida dentaria. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. |
| Exámenes complementarios | Examen radiográfico. Examen microbiológico. |

| Plan de tratamiento | |
|---|---|
| Fase sistémica: interconsulta con el médico tratante, debe estar controlado sistémicamente si el paciente lo amerita. | |
| Fase higiénica: profilaxis, fisioterapia oral, eliminación de factores retentivos de placa bacteriana, control del índice de placa bacteriana, extracción de los dientes con mal pronóstico, ajuste oclusal, raspados y alisados radiculares a campo cerrado, abierto (según el caso), tratamiento antimicrobiano. | |
| Fase reconstructiva: colocación de férulas periodontales, tratamientos periodontales quirúrgicos resectivos o regenerativos, cirugía mucogingival, alargamientos de corona, remisión a diferentes especialidades. | |
| Fase de mantenimiento: se realizará una reevaluación, control de placa bacteriana periódica y profilaxis cada tres o cuatro meses y controlar la salud periodontal del paciente. | |
| Tiempo de trabajo | 45 minutos (cinco citas) |
| Nivel de atención | Segundo y tercero. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | Sondaje periodontal, control de placa bacteriana y profilaxis cada tres o cuatro meses rigurosamente. De ser necesario, volver a tratamiento periodontal. |

| PERIODONTITIS AGRESIVA, K05.3 | |
|--|---|
| Definición: la periodontitis agresiva es un tipo específico de periodontitis con hallazgos clínicos y de laboratorio diferentes, que los identifica claramente frente a la periodontitis crónica. Esta entidad puede o no estar relacionada con algunos desórdenes sistémicos que afectan la encía y llevan a la pérdida dental, en cualquiera de las dos denticiones. El grado de destrucción periodontal está relacionado con la virulencia bacteriana de la flora asociada y la susceptibilidad del huésped. | |
| Etiología | Agregatibacter actinomycetemcomitans o Porphyromonas gingivalis; anomalías en los fagocitos; fenotipo de macrófagos con hiperrespuesta con niveles elevados de prostaglandina E2 e interleuquina-1β. |
| Clasificación | 1.- localizada. De inicio circumpuberal y con una respuesta elevada de anticuerpos frente a los agentes infecciosos. Clínicamente se caracterizan por pérdidas de inserción interproximal en primeros molares e incisivos o al menos en dos dientes permanentes, uno de los cuales es un primer molar y no incluye más de dos dientes que no sean primeros molares e incisivos. 2.- generalizada. Se suele presentar en pacientes menores de 30 años, pero puede aparecer en edades superiores. La respuesta de anticuerpos es pobre. Existen episodios de pérdida de inserción, que afecta a tres dientes permanentes diferentes de primeros molares e incisivos. |
| Principales signos y síntomas | Son pacientes que, salvo por la presencia de la infección periodontal, son clínicamente sanos. Rápida pérdida de inserción y destrucción ósea. Predisposición genética. |

| | |
|---|--|
| Criterios de diagnóstico | Clínico, radiográficos y datos históricos. |
| Exámenes complementarios | Examen radiográfico. Examen microbiológico. |
| Plan de tratamiento | |
| <p>Fase sistémica: interconsulta con el médico tratante, debe estar controlado sistémicamente si el paciente lo amerita.</p> <p>Fase higiénica: profilaxis, fisioterapia oral, eliminación de factores retentivos de placa bacteriana, controles periódicos del índice de placa bacteriana, extracción de los dientes con mal pronóstico, ajuste oclusal, raspados y alisados radiculares a campo cerrado. Se debe realizar una examen microbiológico para realizar una terapia antimicrobiana específica más enjuagues de clorhexidida al 0,12% dos veces a día por un minuto por 15 días.</p> <p>Fase reconstructiva: colocación de férulas periodontales, tratamientos periodontales quirúrgicos resectivos o regenerativos, cirugía mucogingival, remisión a las diferentes especialidades de acuerdo al caso.</p> <p>Fase de mantenimiento: se realizará una reevaluación, control de placa bacteriana y profilaxis cada dos o tres meses rigurosamente y controlar la salud periodontal del paciente.</p> | |
| Tiempo de trabajo | 45 minutos (cinco citas) |
| Nivel de atención AFICHE | Segundo y tercero. |
| Criterios de alta | Paciente bajo terapia de mantenimiento periodontal. |
| Control y mantenimiento | Sondaje periodontal, control de placa bacteriana y profilaxis cada dos a tres meses rigurosamente. De ser necesario, entrar a tratamiento periodontal. |

| | |
|--|----------------------------|
| PERIODONTITIS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS, K05.4 | |
| <p>Definición: tipos de periodontitis que aparecen como un resultado de la alteración de varias enfermedades sistémicas como son los desórdenes hematológicos (Ej. leucemia) desórdenes genéticos (Síndrome de Down, Papillon-Léfevre) y otros desórdenes no especificados o imposibles de incluir en las dos subcategorías anteriores.</p> | |
| Etiología | Enfermedad multifactorial. |

| | |
|---|--|
| <p>Clasificación</p> | <p>a. Asociada a desórdenes hematológicos Neutropenia adquirida. Leucemias. Otras.</p> <p>b. Asociada a desórdenes genéticos Neutropenia familiar y cíclica. Síndrome de Down. Síndrome de déficit de adhesión leucocitaria. Síndrome de Papillon-Lefèvre. Síndrome de Chediak-Higashi. Síndrome de histiocitosis. Enfermedad de almacenamiento del glucógeno. Agranulocitosis infantil genética. Síndrome de Cohen. Síndrome de Ehler-Danlos (tipos IV y VII). Hipofosfatasa. Otros.</p> <p>c. No especificados</p> |
| <p>Principales signos y síntomas</p> | <p>Pérdida del nivel de inserción. Aumento de la profundidad del sondaje.</p> |
| <p>Criterios de diagnóstico</p> | <p>Clínico.</p> |
| <p>Exámenes complementarios</p> | <p>Exámenes de laboratorio. Exámenes inmunológicos.</p> |
| <p>Plan de tratamiento</p> | |
| <p>Fase sistémica: interconsulta con el médico tratante obligatorio; el paciente debe estar controlado sistémicamente para realizar los procedimientos.</p> <p>Fase higiénica: profilaxis, fisioterapia oral, eliminación de factores retentivos de placa bacteriana, controles periódicos del índice de placa bacteriana, extracción de los dientes con mal pronóstico, ajuste oclusal, raspados y alisados radiculares a campo cerrado. Tratamiento antimicrobiano.</p> <p>Fase reconstructiva: colocación de férulas periodontales, tratamientos periodontales quirúrgicos resectivos o regenerativos, cirugía mucogingival, gangliectomías.</p> <p>Fase de mantenimiento: se realizará una reevaluación, control de placa bacteriana y profilaxis cada dos o tres meses rigurosamente y controlar la salud periodontal al paciente.</p> | |
| <p>Nivel de atención</p> | <p>Segundo y tercero.</p> |
| <p>Criterios de alta</p> | <p>Paciente bajo terapia de mantenimiento periodontal.</p> |
| <p>Control y mantenimiento</p> | <p>Sondaje periodontal, control de placa bacteriana y profilaxis cada dos a tres meses rigurosamente. De ser necesario, entrar a tratamiento periodontal.</p> |

| ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES, K05.5 | |
|--|--|
| Definición: las enfermedades periodontales necrotizantes son afecciones que tienen una presentación clínica con características de inicio rápido, dolor gingival, necrosis interdental y sangrado espontáneo. | |
| Etiología | Existen una serie de factores que predisponen la aparición de estas infecciones tales como el estrés, la inmunosupresión ej.: sidal, malnutrición, tabaquismo y otras drogas, traumatismo, o existencia de una gingivitis previa. |
| Clasificación | 1. Gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN). 2. Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN). |
| Principales signos y síntomas | Gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN): necrosis interdental gingival, con papilas ulceradas, sangrado gingival inducido y espontáneo y dolor, linfadenopatías, fiebre, halitosis y malestar general. Cuando es recurrente, puede desencadenar en PUN. Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN): pérdida del nivel de inserción (destrucción del hueso y del ligamento periodontal), necrosis interdental gingival, con papilas ulceradas, sangrado gingival y dolor, linfadenopatías, fiebre, halitosis y malestar general. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. |
| Exámenes complementarios | Examen radiográfico. Examen microbiológico. |
| Plan de tratamiento | |
| Fase sistémica: interconsulta con el médico tratante y exámenes de laboratorio. El paciente deberá estar controlado sistémicamente para realizar cualquier procedimiento de tipo periodontal. Fase higiénica: control del dolor, fisioterapia oral, eliminación de factores retentivos de placa bacteriana, raspados y alisados radiculares a campo cerrado y abierto, irrigación con clorhexidina al 0,12%, controles periódicos del índice de placa bacteriana, antibioticoterapia (amoxicilina más ácido clavulánico y metronidazol y otros según el criterio del profesional). Fase reconstructiva: tratamiento periodontal quirúrgico resectivo o regenerativo. Fase de mantenimiento: se realizará una reevaluación, control de placa bacteriana y profilaxis cada dos meses rigurosamente y controlar la salud periodontal del paciente. | |
| Nivel de atención | II y III. |
| Criterios de alta | Paciente bajo terapia de mantenimiento periodontal. |
| Control y mantenimiento | Control de placa bacteriana y profilaxis cada dos meses rigurosamente y controlar la salud periodontal del paciente. |

| ABSCEOS DEL PERIODONTO, K05.6 | |
|--|--|
| Definición: es una infección purulenta localizada en los tejidos periodontales que puede ser una manifestación clínica en pacientes sanos o con periodontitis moderada o severa. | |
| Etiología | <ol style="list-style-type: none"> 1. Absceso gingival. Lesión localizada, dolorosa, rápidamente expansiva que afecta al margen gingival o a la papila interdental. Suele ser una respuesta inflamatoria aguda de la encía a un cuerpo extraño introducido en la encía. 2. Absceso periodontal. Acumulación localizada de pus en la pared gingival de una bolsa periodontal que origina la destrucción de la inserción de fibras colágenas y la pérdida del hueso alveolar adyacente. Suele estar asociado a la existencia de bolsas periodontales tortuosas, furcas afectadas o defectos infraóseos. 3. Absceso pericoronar. Acumulación localizada de pus sobre el tejido gingival que rodea la corona de un diente que no ha erupcionado completamente, generalmente en la zona del tercer molar inferior. El tejido gingival aparece rojo e inflamado y los pacientes pueden encontrar dificultades para tragar. |
| Clasificación | <ol style="list-style-type: none"> 1. Absceso gingival. 2. Absceso periodontal. 3. Absceso pericoronar. |
| Principales signos y síntomas | Se caracterizan por inflamación, supuración, enrojecimiento, extrusión del diente implicado y diente sensible a la percusión. A veces aparece una ligera elevación de la temperatura. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. |
| Exámenes complementarios | Examen radiográfico. |
| Plan de tratamiento | |
| El objetivo del tratamiento es aliviar los signos y síntomas, se debe establecer un drenaje y un raspado y alisado radicular de la zona afectada con el fin de eliminar cálculos y demás irritantes de la bolsa. Debe complementarse con irrigación de antisépticos, ajuste oclusal limitado y terapia antimicrobiana. De acuerdo al nivel de destrucción periodontal y de las condiciones del paciente se pueden considerar la terapia quirúrgica o la exodoncia. | |
| Nivel de atención | II y III. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología en pacientes sanos. |

| PATOLOGÍA: PERIODONTITIS ASOCIADA A LESIONES ENDODÓNTICAS, K05.7 | |
|---|---|
| Definición: es la pérdida de los tejidos de soporte del diente (encía adherida, ligamento periodontal, hueso alveolar debido al avance de una lesión endodóntica. | |
| Etiología | Infección de origen endodóntico y por iatrogenia en el tratamiento endodóntico. |
| Principales signos y síntomas | Se produce un incremento en la profundidad de sondaje de los dientes adyacentes, inflamación, sangrado al sondaje, supuración, formación de fístula, sensibilidad a la percusión, incremento en la movilidad del diente, pérdidas óseas angulares y dolor. Estos signos y síntomas suelen aparecer en periodontitis asociadas a placa que comienzan en el margen gingival y progresan apicalmente. Sin embargo, también pueden estar causadas por infecciones endodónticas que alcanzan al ligamento periodontal a través del foramen apical o a través de los canales laterales o accesorios y avanzan coronalmente. |
| Criterios de diagnóstico | Clínico. |
| Exámenes complementarios | Examen radiográfico |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento endodóntico. - Tratamiento periodontal (raspado y alisado radicular o campo abierto) concomitante al tratamiento endodóntico, en aquellos pacientes que no se ha resuelto la lesión por este medio. - Tratamiento antimicrobiano. - Puede necesitarse de terapia quirúrgica (apicectomía). | |
| Nivel de atención | II y III. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |

| FACTORES LOCALIZADOS RELACIONADOS CON EL DIENTE QUE MODIFICAN O PREDISPONEN A LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES GINGIVALES/PERIODONTALES INDUCIDAS POR PLACA, K06.1 | |
|---|---|
| Etiología | Multifactorial. |
| Clasificación: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Factores anatómicos del diente. 2. Aparatos y restauraciones dentales. 3. Caries a nivel amelocementario. 4. Fracturas radiculares. 5. Reabsorción radicular cervical. |
| Principales signos y síntomas | Inflamación gingival, sangrado gingival, halitosis, enrojecimiento de la encía, posible profundidad al sondaje, dolor, posible movilidad dentaria dependiente del caso. |
| Criterios de diagnóstico | - Clínico. |

| | |
|---|-----------------------------|
| Exámenes complementarios | - Examen radiográfico. |
| Plan de tratamiento | |
| <p>Fase higiénica: eliminación del factor retentivo de la placa bacteriana, profilaxis, ajuste oclusal, raspados y alisados radiculares a campo cerrado de acuerdo al caso, fisioterapia oral, extracción del diente afectado cuando no es posible realizar el tratamiento.</p> <p>Fase reconstructiva: cirugía mucogingivales, cirugía preprotésica, cirugía de regeneración tisular guiada, cirugía periodontal de acuerdo al caso. Se realizará remisiones a los diferentes especialistas según amerite.</p> <p>Fase de mantenimiento: se realizará una reevaluación, control de placa bacteriana y profilaxis cada tres meses y controlar la salud periodontal del paciente.</p> | |
| Nivel de atención | Segundo y tercero. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |

| | |
|---|--|
| PATOLOGÍA: DEFORMACIONES Y CONDICIONES MUCOGINGIVALES, K06.2 | |
| Definición: todas aquellas alteraciones mucogingivales de etiología genética o adquirida que producen lesiones periodontales y de reborde edéntulo. | |
| Deformaciones y condiciones mucogingivales | <ol style="list-style-type: none"> a. Retracción gingival. b. Ausencia de encía queratinizada. c. Profundidad del vestibulo disminuida. d. Implantación anormal del frenillo. e. Agrandamiento gingival. f. Cresta vertical y/u horizontal deficiente. |
| Principales signos y síntomas | Inflamación gingival, sangrado gingival, enrojecimiento de la encía, posible profundidad al sondaje, dolor, hipersensibilidad dentaria, irritación de la mucosa, desadaptación protésica. |
| Criterios de diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> • Clínico. |
| Plan de tratamiento | |
| <p>Fase higiénica: eliminación del factor retentivos de placa bacteriana, profilaxis, raspados y alisados radiculares a campo cerrado de acuerdo al caso, fisioterapia oral.</p> <p>Fase reconstructiva: cirugía mucogingivales, cirugía preprotésica, cirugía regenerativa. Se realizará remisiones a los diferentes especialistas según amerite.</p> <p>Fase de mantenimiento: reevaluación periodontal, control de placa bacteriana y profilaxis cada tres meses y controlar la salud periodontal del paciente.</p> | |
| Tiempo de trabajo | 45 minutos (tres citas). |
| Nivel de atención | Segundo y tercero. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |

| PATOLOGÍA: TRAUMA DE LA OCLUSIÓN, K06.3 | |
|---|--|
| Definición: fuerza excesivas que se transmiten del diente a los tejidos periodontales por causas multifactoriales (bruxismo, puntos altos de contacto, prótesis desadaptadas, malposición dentaria, etc.) | |
| Clasificación | <ol style="list-style-type: none"> 1. Trauma oclusal primario (sobre periodonto sano). 2. Trauma oclusal secundario (sobre periodonto reducido o enfermo). |
| Principales signos y síntomas | Dolor, movilidad dentaria, ensanchamiento del ligamento periodontal, sensibilidad, afracción, desgaste de las superficies oclusales, recesión gingival. |
| Criterios de diagnóstico | - Clínico. |
| Exámenes complementarios | - Examen radiográfico. |
| Plan de tratamiento | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminar el dolor. 2. Control de la oclusión por desgaste selectivo. 3. Ferulización (de acuerdo al caso). 4. Eliminación de los factores locales que producen el trauma. 5. Remisión a las especialidades (Rehabilitación Oral u Ortodoncia) según el caso. 6. Se realizará controles periódicos de acuerdo al caso. | |
| Nivel de atención | II y III. |
| Criterios de alta | Resolución de la patología. |

Anexos

Materiales e instrumental necesarios para periodoncia

- Espejo bucal.
- Sonda periodontal.
- Sonda de Nabers.
- Pinza clínica.
- Jeringa carpule.
- Instrumentos sónicos/ultrasonidos.
- Juego de curetas de la serie Gracey 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11-12 13-14 15-16 / sugerencia mínimo de los números .3-4 11-12;13-14).
- Piedras de afilar curetas.
- Bandeja para instrumental.
- Mango de bisturí Nº 3.
- Gingivectomo de Kirkeland.
- Gingivectomo de Orban.
- Tijeras para remoción de sutura.
- Castro Viejo (pinza de sutura) .
- Portaagujas Crile Wood.
- Legra o periostótomo.
- Tijera para tejidos Goldman Fox.
- Turbina de alta velocidad.
- PerioSet (fresas de diamante para osteotomía).
- Placa de vidrio.
- Espátula para cemento quirúrgico.
- Gasa.
- Anestésico tópico.
- Anestésico con vasoconstrictor.
- Anestésico sin vasoconstrictor.
- Aguja descartables.
- Servilletas de papel.
- Suero fisiológico.
- Jeringa para irrigación.
- Campo quirúrgico esterilizado para mesilla y campo de ojo para paciente.
- Película radiográfico periapical.
- Guantes quirúrgicos.
- Hilo de sutura de seda 3-0 y 4-0.
- Hilo de sutura vicril 3-0 y 4-0.
- Hojas de bisturí.
- Cemento quirúrgico en pasta.
- Solución de gluconato de clorhexidina al 0,12% (para antisepsia bucal anterior a la intervención).
- Retractor Minnesota.

Ortodoncia

Segundo y tercer nivel de atención

Anomalías dentofaciales (incluso maloclusiones)

| CÓDIGO | CODIFICACIÓN CIE 10 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES - OMS |
|--------|--|
| K07 | Anomalías dentofaciales (incluso la maloclusión). |
| K070 | Macro y micrognatismo (esquelético). |
| K071 | Prognatismo y retrognatismo (dental). |
| K072 | Normoclusión (clase I), sobremordida, mordida abierta, mordida cruzada posterior, mordida cruzada anterior. |
| K073 | Anomalías de la posición del diente: apiñamiento, desplazamiento dental: mesio, disto, labio, linguoversión, giroversión, diastemas. Posición dental: labio, linguo, mesio, distogresión. Intrusión, extrusión. Micro y macrodoncia. |
| K074 | Maloclusión de tipo no especificado. |

MALOCCLUSION, CÓDIGO CIE – 10 - K07

Definición: mala posición de las piezas dentales y/o bases maxilares, no solo en sus relaciones estáticas sino dinámicas, con sus piezas dentales contiguas (apiñamiento) y con las antagonistas; los dientes no siempre están alineados correctamente. Las relaciones de contacto no son las adecuadas entre los dientes de las arcadas superior e inferior.

Los tipos de maloclusión pueden ser: mordida profunda, mordida abierta y mordidas cruzadas, esto en sentido vertical y transversal; en sentido anteroposterior nos referiremos a la clasificación universal de Angle (ver protocolo). Como consecuencia, podemos tener alteraciones funcionales, esqueléticas, dentarias y de ATM.

| | |
|--|---|
| <p>Etiología</p> | <p>Factores generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herencia. - Defectos congénitos. - Alteraciones musculares (hábitos). - Traumatismos. - Iatrogénicos. <p>Factores locales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anomalías por el número de dientes: agenesias y supernumerarios. - Anomalías del tamaño de los dientes: macro y microdoncia. - Anomalías de la forma de los dientes: conoides e hipoplasias. - Anomalías de la erupción dentaria: ectopias, transposición, pérdida prematura de piezas temporales, permanencia prolongada de temporales, etc. - Pérdida prematura de longitud de arco dentario (caries interproximales). - Presencia de frenillos de implantación anormal. - Falta de crecimiento de uno o ambos maxilares. - Exceso de crecimiento de uno o ambos maxilares. - Anomalías de posición de uno o ambos maxilares. - Otros. |
| <p>Clasificación</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Clase I. - Clase II subdivisión 1 y 2. - Clase III. |
| <p>Exámenes de diagnóstico</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica. - Modelos de estudio y registro de mordida: análisis de espacio. - Radiografía panorámica. - Radiografía cefálica o lateral de perfil. - Trazado cefalométrico. - Fotografías intraorales. - Fotografías extraorales. |
| <p>Exámenes complementarios</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Radiografía oclusal. - Radiografía carpal. - Radiografía periapical. - Radiografía antero-posterior. - Rx. de ATM. - Tomografías. - Otras. |

Procedimiento:

Realizar la anamnesis detallada (a más de llenar historia clínica) observando aspectos considerados esenciales para ortodoncia y ortopedia, los mismos que se detallarán en la Historia Clínica de Ortodoncia y/o Ortopedia.

Evaluación de las condiciones físicas del paciente (altura, peso, postura).

Historia médica (tipo de parto, alteraciones congénitas, enfermedades de la infancia, alergias, antecedentes familiares, tratamiento médico, uso de medicamentos e intervenciones quirúrgicas.

Historia dental (caries, restauraciones, cirugías o traumas previos).

Evaluación de hábitos: respiración oral, deglución atípica, succión del pulgar, succión del labio, otros.

Examen extraoral: frontal, sagital, análisis labial.

Examen intraoral: anteroposterior, transversal, vertical, evaluación periodontal, etc...

Análisis funcional de ATM: estática, dinámica, palpación.

Registro de alteraciones óseas, dentarias, funcionales y neuromusculares (evaluación clínica).

Fases de tratamiento:

- Un tratamiento de ortodoncia se realiza con aparatología removible y/o fija, se debe considerar la edad y la gravedad de la maloclusión (ver protocolos).

Duración aproximada del tratamiento:

Un tratamiento de ortodoncia puede tener una duración promedio aproximada de 18 a 24 meses.

En ocasiones puede durar hasta la finalización del crecimiento del paciente. En general, siempre dependerá de la patología, la técnica empleada y la cooperación del paciente.

Diagnóstico y tratamiento de maloclusiones en dentición primaria

Desarrollo de la dentición

Los gérmenes de los dientes temporales están alojados en cavernas óseas recubiertas de mucosa. Con relación al estado de calcificación dentaria, diferentes autores han investigado y reportado, lo siguiente: a las 14 semanas de vida intrauterina, la calcificación de los incisivos centrales a las 15 semanas y media, la de los primeros molares; a las 16 semanas, los incisivos laterales; a las 17 semanas, los caninos; a las 18 semanas, los segundos molares.

Podemos resumir que, para el momento del nacimiento, se encuentran calcificadas la mayoría de las coronas de los dientes primarios; en el momento del nacimiento; ya está formado el esmalte de las coronas de incisivos y caninos, la superficie oclusal y la mitad de la corona de los primeros molares, y las cúspides de los segundos molares. La erupción se inicia con los incisivos centrales inferiores generalmente a los 7 meses de vida; a estos les siguen los incisivos centrales superiores y, a los 12 -14 meses, los incisivos laterales. La formación radicular es más lenta completándose hacia los 3 o 4 años, después de la erupción dentaria. Canut anota que el proceso de la erupción se realiza en tres períodos que se suceden ininterrumpidamente, y que corresponden a la salida de distintos grupos dentarios de la siguiente manera: “en un primer grupo hacen erupción los centrales inferiores a los seis meses, seguidos de centrales, laterales superiores y finalmente, laterales inferiores. El intervalo de separación cronológica de cada par de dientes homólogos suele ser de dos a tres meses. Una vez que han hecho erupción los incisivos, hay un período de descanso en la salida dentaria de cuatro a seis meses.

En un segundo grupo erupcionarán los primeros molares hacia los 16 meses y, a los 20 meses, los caninos; el período de erupción es de seis meses y le sigue un período silente de cuatro a seis meses. En esta fase de desarrollo de la dentición primaria, la boca se prepara para el cambio de dieta líquida a sólida; el máximo crecimiento se concentra en la parte distal de la apófisis alveolar y así queda lista para la erupción de las piezas posteriores en la cual un hace erupción con los cuatro segundos molares, que tardan unos cuatro meses. Aproximadamente a los dos años y medio ya se debería haber completado la dentición primaria.

Desde el nacimiento, las dimensiones transversales de los maxilares aumentan de forma evidente debido a la actividad de las estructuras medias (en la mandíbula, solo es posible hasta los seis meses). El aumento del proceso alveolar inducido por la erupción comporta, asimismo, el ensanchamiento hacia vestibular y algo más tarde también lateral gracias a los caninos temporales. De este modo, los incisivos, que partían de una pronunciada situación de estrechez, consiguen, por lo general después de la erupción, una alineación con espacio suficiente.

Es más, aproximadamente el 70% de los niños tiene espacios dentarios en la zona anterior. Y este es un requisito decisivo, ya que los dientes sucesores permanentes, que tienen un tamaño mucho mayor, pueden producir un déficit de espacio. Sin estos vacíos entre los incisivos temporales, los incisivos definitivos no podrán solucionar su problema de espacio. En esta primera fase de la erupción dentaria, por lo tanto, ya se establecen algunas claves decisivas para el ulterior desarrollo de los incisivos permanentes. Si la erupción de los incisivos temporales ha terminado y las relaciones permanecen estables, posteriormente ya no se podrá crear espacio adicional.

Hacia la mitad del segundo año de vida, se espera la erupción de los primeros molares temporales. En este proceso, resulta decisivo que la lengua, hasta entonces interpuesta entre los maxilares, se retire, como mínimo temporalmente, para que los contactos dentarios funcionales puedan ajustarse de manera precisa.

Los segundos molares temporales erupcionarán unos 10 meses más tarde, alrededor de los dos años y medio.

En los primeros molares, la calcificación se inicia justo antes o después del nacimiento; para el resto de gérmenes dentarios, tiene lugar durante el período de dentición temporal.

La fase funcional de la dentición temporal completa dura unos tres años y no conlleva ningún cambio esencial. Ni siquiera la anchura de la arcada dentaria entre los molares temporales superiores aumenta de forma apreciable.

La erupción de los primeros molares y el recambio que se inicia simultáneamente en la zona antero inferior marcan la **etapa de dentición mixta**. Esta finaliza con la exfoliación de los caninos temporales superiores y los segundos molares temporales, de modo que constituye un período de desarrollo de unos seis años.

Planos terminales

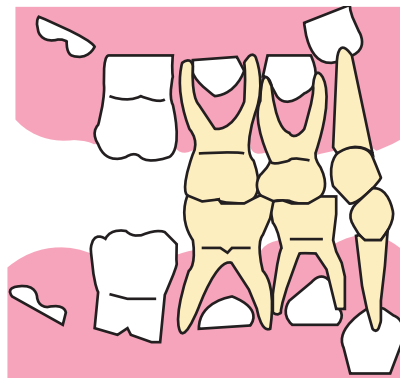
En pacientes con dentición temporal espaciada y plano recto de los molares temporales, los primeros molares permanentes inferiores erupcionan y se mueven hacia mesial los molares temporales, cierran el espacio distal a los caninos temporarios (espacios primates), convierten el plano terminal recto en una relación de escalón mesial. Una relación normal entre molares temporales es la de Plano Terminal Recto. El equivalente a la Clase II de Angle en la dentición primaria es el Escalón Distal, mientras que la Clase I corresponde al Escalón Mesial. La literatura indica que la Clase III no suele observarse en la dentición primaria gracias al patrón normal de crecimiento craneofacial en que la mandíbula queda retrasada con respecto al maxilar superior; sin embargo, en nuestro medio, la evidencia de esta patología es mayor.

Generalmente, al salir los dientes anteriores, se produce cierto adelantamiento posicional en el patrón eruptivo. Ellos hacen erupción en forma vertical y adelantándose hacia labial; permitiendo aumentar la longitud del arco ganando espacio para el alineamiento. El micrognatismo mandibular se va compensando por su crecimiento relativo durante primer año de vida con respecto al superior. Al completar la erupción de los ocho incisivos, se establece un tope anterior para la función mandibular.

A partir de los seis años, la dentición temporal va siendo sustituida por la dentición permanente, siendo los primeros molares inferiores los primeros que hacen erupción. La relación anteroposterior entre los dos primeros molares permanentes depende de sus posiciones en los maxilares, la relación sagital entre el maxilar y la mandíbula y los promedios de las dimensiones mesiodistales de las coronas de los molares deciduos, tanto maxilares como mandibulares.

Los premolares son más pequeños que los dientes primarios que reemplazan. Por término medio, el segundo molar inferior primario es 2 mm mayor que el segundo premolar; mientras que en el arco maxilar, el segundo molar primario es 1,5 mm mayor. El primer molar primario es solo algo mayor que el primer premolar, pero deja libre 0,5 mm más en la mandíbula. Como consecuencia de ello, existen a cada lado de la mandíbula unos 2,5 mm y en el maxilar 1,5 mm; a los que se denominan Espacios de Deriva.

Generalmente, el segundo molar temporal mandibular es mayor en la dimensión mesiodistal que el segundo molar temporal maxilar, lo que permite que las caras distales de ambos dientes estén ubicadas aproximadamente sobre un mismo plano. A esta relación se le conoce como Plano Terminal Recto.



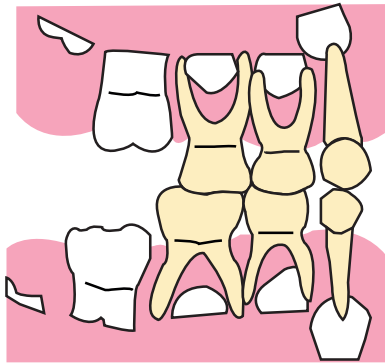
Plano Terminal Recto

Cuando se pierden los segundos molares primarios, los primeros molares permanentes se mesializan, utilizando el espacio de deriva y reduciendo la longitud y circunferencia de arco. Normalmente, los molares inferiores se desplazan más mesialmente que sus equivalentes superiores, lo que contribuye a la transición normal desde la relación de Plano

Terminal Recto en la dentición temporal a la relación de Clase I en la dentición permanente.

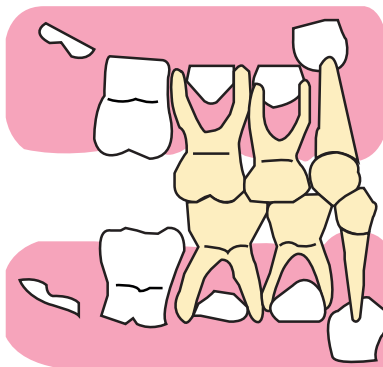
El crecimiento diferenciado de la mandíbula con respecto al maxilar superior también contribuye a la transición de los molares.

La relación de Escalón Distal puede corregirse y pasar a una relación de Clase I o puede permanecer como Relación de Clase II debido a que el crecimiento mandibular no sea suficiente.



Escalón Distal

Una relación de Escalón Mesial puede convertirse en una Relación de Clase I o evolucionar hacia una Clase III al continuar el crecimiento mandibular.



Escalón Mesial

Las relaciones oclusales de la dentición temporal son similares a la de la dentición permanente, pero los términos empleados para su descripción son diferentes.

Desarrollo de la función

La deglución

La deglución consiste en una serie de movimientos coordinados de la musculatura de la boca, la faringe y el esófago que empujan la saliva o el bolo alimenticio desde la cavidad oral hacia el esófago.

Se acostumbra a dividir la deglución en tres etapas: oral, faríngea y esofágica, de las cuales la única voluntaria es la oral.

Deglución normal

Etapas oral: inmediatamente antes de que empiece el acto de la deglución, la lengua está en posición de descanso pasivo, con la punta en contacto con los incisivos superiores, el maxilar inferior está en posición de descanso fisiológico con los arcos dentarios separados y los labios en contacto uno con el otro, pero sin ninguna acción; el conducto respiratorio se encuentra abierto a través de las fosas nasales.

Cuando comienza la deglución, los dientes se ponen en contacto oclusal y el bolo alimenticio queda sostenido en el dorso de la lengua por breves instantes, la punta de la lengua se coloca en contacto con el borde alveolar superior en la mucosa palatina cerca de la cara lingual de los incisivos. El dorso de la lengua adquiere una forma de cuchara sosteniendo el bolo alimenticio, y elevándose en forma de arco para encontrar el paladar blando, el cual desciende al mismo tiempo para contactar con la lengua. Este cierre es conocido como válvula palatolingual tiene el papel de impedir que el bolo entre prematuramente en la faringe. Más tarde, el bolo alimenticio es impelido hacia atrás por un movimiento de dirección posterior de los músculos de la lengua, que se oprime contra el paladar en su parte anterior.

La lengua y el velo del paladar desarrollan una presión conjunta que conduce el bolo hasta el istmo de las fauces.

Etapas faríngea: una vez que el bolo alcanza el istmo de las fauces, se desencadena la etapa faríngea de modo reflejo.

Deglución anormal

En la deglución anormal no hay contacto entre las arcadas dentarias, la punta de la lengua se coloca entre los incisivos superiores e inferiores, y los bordes laterales entre las superficies oclusales de los premolares y los molares.

En la deglución anormal también puede haber intervención labial. En los prognatismos alveolares superiores, el labio inferior se interpone entre el resalte incisivo haciéndolo cada vez mayor para poder realizar el cierre oral anterior. Esto se produce por contracción del músculo borlas del mentón y provoca vestibuloversión de los incisivos superiores y linguoversión de los inferiores.

Esta deglución se produce como una reminiscencia del pasado, la época en que no se poseían dientes y se realizaba la deglución con la lengua protruida por el acto de la succión.

En algunos casos el paciente debe adelantar la lengua debido a que su anomalía dento-maxilar le impide el cierre oral anterior. Una vez restituida la anomalía, se devuelve a la función normal. Pero otras veces, aunque se corrige la anatomía, la función no madura, lo que provoca recidivas. En esos casos, tan importante es reeducar el mal hábito como corregir la alteración morfológica.

Respiración

La respiración debe ser nasal y no bucal. Las fosas nasales están preparadas anatómicamente para limpiar y calentar el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas, y la cavidad bucal solo debe intervenir en la respiración en aquellos casos en que un esfuerzo físico hace que el aire inspirado por las fosas nasales resulte insuficiente.

Cuando la respiración se hace continuamente por la boca debemos considerarlo anormal. Y ello indica la presencia de obstáculos en las vías aéreas, que pueden provocar una serie de anomalías en etapas de crecimiento.

El respirador bucal debe mantener su boca abierta, y descende la lengua para favorecer el pasaje de aire, lo que provoca la extrusión de las piezas dentarias (en especial molares). Por otra parte, el cierre labial no se produce, con la consiguiente hipotonía muscular, dando lugar a mordidas abiertas, labios incompetentes, paladares ojivales, mordidas cruzadas (por falta de desarrollo transversal de los maxilares superiores). A su vez, estas modificaciones de tejidos blandos provocan que la lengua proincline a los incisivos superiores; los incisivos inferiores por la falta de contacto oclusal superior, se extruyen llegando a ocluir en el paladar duro. Es característica la facies adenoidea.

Los obstáculos respiratorios bajos provocan alteraciones inversas a las anteriormente descritas. El niño con amígdalas hipertrofiadas o dolorosas siente dolor en el acto de la deglución y protruye el maxilar inferior para separar las amígdalas como postura antiálgica. El cuadro clínico es prognatismo total del maxilar inferior, mordida cruzada anterior, proquelia inferior. Pero no todos los obstáculos bajos provocan este cuadro, en especial porque la mayoría de las amígdalas hipertrofiadas se asocian con un cuadro de adenoides.

En dentición temporal, los tratamientos de maloclusiones son indicados en los siguientes casos:

Pérdida prematura de dientes y estructuras dentarias primarios que comprometen la longitud del arco.

Dientes en malposición que produzcan contactos prematuros durante el cierre mandibular y que originan desviaciones en los movimientos de cierre.

Todos los hábitos que causen función anormal o puedan distorsionar el crecimiento.
Mordidas cruzadas anteriores y posteriores.

Alteraciones congénitas.

Tratamiento

El fundamento de cualquier tratamiento es el análisis del desarrollo de la oclusión: no todas las alteraciones necesitan ser tratadas en el momento de su detección. Atendiendo al objetivo del tratamiento, se distinguen los siguientes tipos:

Tratamiento preventivo. Está destinado a evitar la maloclusión y tiene un objetivo fundamentalmente profiláctico. Comprende el control de hábitos nocivos para el desarrollo estomatognático (succión digital, labial o de objetos); el empleo de mantenedores de espacio en casos de extracción prematura de piezas temporales; la extracción de supernumerarios o de cualquier otro factor que altere el patrón eruptivo de las piezas permanentes; y de otra medida de carácter mecánico o quirúrgico que prevenga la maloclusión.

La succión de pulgar o de otros dedos es un hábito muy común y no resulta tan pernicioso si no se prolonga más allá de los dos años o dos años y medio. La anomalía que se produce depende del tipo de succión u otro hábito que se realice, así como de la frecuencia, la intensidad y la duración. La succión del pulgar colocándolo en la región anterior del paladar duro, por detrás de los incisivos superiores es el más frecuente de estos hábitos.

La cuestión de si el chupete o chupón (llamado *pacifier* en inglés) es una ayuda alternativa resulta extraordinariamente controvertida. Hay argumentos que sugieren que el chupete evita que el niño se habitúe a la succión digital. También se argumenta que es más fácil de abandonar que la succión del pulgar o digital. Por otro lado, muchos niños nunca desarrollan el hábito de succión digital y, por lo tanto, no sería lógico fomentar en ellos el hábito del chupete.

El uso de chupete o biberón prolongado más allá de los dos años puede también provocar deformaciones. Las consecuencias de un uso excesivo del chupete son las mismas que las de la succión del pulgar o digital. Si una madre comprende las consecuencias de un uso excesivo, el hábito es permisible, siempre y cuando el niño lo deje antes de la edad crítica de

los 3 años. Por otro lado, no debemos olvidar que existe el riesgo de que, siempre que el niño experimente algún malestar, recurra rápidamente al chupete. El hábito puede ir tan lejos que el chupete se emplee incluso durante el juego y que, para aplacar al niño, acabe por utilizarse todo el día. Los efectos de esta costumbre pueden ser sorprendentes.

Tratamiento interceptivo. Actúa sobre la maloclusión que está desarrollándose evitando el empeoramiento de la anomalía. Es una acción destinada a enderezar una condición dentaria, funcional o esquelética, en un período precoz del desarrollo infantil.

El tratamiento interceptivo de la maloclusión supone encarrilar el desarrollo esquelético; en casos como, por ejemplo, una retrusión de los incisivos superiores que puede provocar una mordida cruzada anterior con desviación y mesialización funcional de la mandíbula. La protracción y el adelantamiento de los cóndilos con respecto a las fosas glenoideas altera, por un lado, la dinámica mandibular, pero afecta sobre todo al desarrollo maxilodentario, potenciando el crecimiento de la mandíbula y bloqueando el desarrollo del maxilar superior. Si no se intercepta en el momento oportuno, el factor etiopatogénico primitivo (la erupción en retrusión de los centrales superiores), se desencadenará una displasia esquelética con maloclusión dentaria y grave afectación funcional del aparato estomatognático.

En la mayoría de los casos, los diferentes problemas se pueden solucionar con un tratamiento conjunto, que habitualmente se realiza antes de la exfoliación de los segundos molares temporales. Sin embargo, algunas alteraciones y aberraciones graves precisan tratamiento inmediato. Asimismo, algunos hechos que pueden sentar bases erróneas para el desarrollo posterior pueden hacer necesaria una intervención precoz. Estos tratamientos interceptivos van desde los muy complejos a los más sencillos.

Tratamiento ortopédico mecánico. Es de acción fundamentalmente esquelética y de localización maxilofacial. Por medio de aparatos específicos, se interviene activamente en el desarrollo óseo potenciando, inhibiendo o modificando el patrón de crecimiento. Se controla cuantitativa y cualitativamente el crecimiento de los maxilares para corregir la displasia esquelética que sostiene y origina la maloclusión.

Tratamiento ortopédico miofuncional. Está dirigido a la rehabilitación del marco neuromuscular alterado. Se emplean aparatos o medidas específicas para la musculatura que forma el aparato estomatognático como fin único y primario; o se interviene en la actividad funcional para promover el cambio de la oclusión. Así, por ejemplo, un hábito de deglución anómala en que la lengua se interpone entre los incisivos provocará la protrusión o mordida abierta anterior; la reeducación lingual por medios mecánicos o rehabilitadores es un tratamiento funcional.

Patología

Las maloclusiones Clase I, II, III con posibles situaciones como:

Variaciones transversales: mordida cruzada anterior o posterior uni o bilateral.

Variaciones verticales: mordida abierta anterior o posterior uni o bilateral.

Mordida profunda.

Variaciones anteroposteriores: desarmonía de bases óseas dentarias, alteraciones de *overjet*.

Anomalías dentarias individuales: número, forma, tamaño, posición, proceso de erupción, pérdidas dentarias precoces.

Discrepancia óseo-dental y alteraciones funcionales orofaciales.

A continuación se describirán algunas características generales de las maloclusiones de Clase I, II, III, con posibles medidas terapéuticas, haciendo hincapié en que los procedimientos dependerán del diagnóstico de cada paciente, del criterio y técnica que el profesional elija, de la aceptación del paciente, así como del arsenal terapéutico existente en la actualidad, del progreso, avance científico y tecnológico que va innovando constantemente con el apareamiento de nuevos materiales y técnicas.

| CLASE I, CÓDIGO CIE – 10 - K07 |
|---|
| <p>Definición: las piezas dentales tienen una mala posición, pero conservan una relación de clase I, que, de acuerdo a la clasificación de Angle, se define como: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior permanente.</p> |
| Características |
| <p>Apiñamiento dentario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apiñamiento leve: menor de 4 mm. - Apiñamiento moderado: de 4 a 6 mm. <p>Apiñamiento grave: mayor de 6 mm.</p> <p>Incisivos superiores protruidos o espaciados.</p> <p>Mordida cruzada anterior de origen dentario.</p> <p>Mordida cruzada posterior.</p> <p>Mordida abierta.</p> <p>Mordida profunda.</p> |
| Procedimiento terapéutico sin extracciones |
| <ul style="list-style-type: none"> - Control de espacio para resolver problemas leves y moderados de apiñamiento. - Estímulo de crecimiento y desarrollo. - Expansión esquelética cuando es indicado según diagnóstico. - Desgaste interproximal del esmalte (<i>stripping</i>) en apiñamiento leve y moderado. |

| |
|---|
| Se deben evitar las extracciones en lo posible en: |
| <p>Biotipología: pacientes braquifaciales. Perfiles muy planos. Pacientes con tejido labial protrusivo. Mordidas profundas severas.</p> |
| Procedimiento terapéutico con extracciones |
| <p>Biotipología: pacientes dolicofaciales. Apiñamientos severos, extracciones de primeros o segundos premolares, un incisivo inferior, de acuerdo al diagnóstico y criterio profesional. Biprotusión dentoalveolar. Curvas de Spee muy pronunciadas. Disminuir la altura facial anteroinferior. Mordidas abiertas dentoalveolares. Si el paciente rehúsa someterse a cirugía ortognática (tratamiento de compromiso).</p> |

| |
|---|
| CLASE II, CÓDIGO CIE – 10 - K07 |
| <p>Definición: las clases II esqueléticas tienen una relación distal del arco mandibular con respecto al maxilar y, como referencia, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por mesial del surco vestibular del primer molar inferior permanente.</p> |
| Características |
| Clase II 1ª División |
| Clínicas |
| <ul style="list-style-type: none"> - Protrusión de incisivos superiores excesivo. - Mordida anterior profunda. - Curva de Spee acentuada. - En ocasiones, arcos estrechos y con apiñamiento. - Perfil convexo. - Labio superior hipotónico. - Labio inferior hipertónico y evertido. - Tercio inferior aumentado. - Biotipo dolicofacial. - Ángulo nasolabial cerrado. - Ángulo mentolabial abierto. - En ocasiones, mordida abierta. |

Esqueléticas y Cefalométricas

- Distoclusión puede ir acompañada de un colapso del maxilar superior debido al estrechamiento de la región de premolares y caninos.
- Paladar en forma de V.
- Ángulos SNA aumentado.
- Ángulo ANB aumentado.
- Patrón de crecimiento hiperdivergente.
- Obstrucción de vías aéreas superiores produciendo un patrón de respiración oral.
- Perfil de tejidos blandos convexo.
- Tercio inferior aumentado.

Clase II 2ª División Clínicas

- Distoclusión con retrognatismo mandibular.
- Retroinclinación de los incisivos centrales superiores (en ocasiones).
- Proclinación de los laterales superiores.
- Mordida profunda.
- Exagerada curva de Spee.
- Biotipo braquifacial.
- Alteraciones en la ATM.
- No hay otros problemas funcionales.

Esqueléticas y cefalométricas

- Overbite aumentado.
- Overjet disminuido.
- Patrón de crecimiento horizontal.
- Perfil convexo o recto.
- Tercio inferior disminuido (altura facial inferior disminuida).

Diagnóstico diferencial y posible recursos terapéuticos

Prognatismo maxilar: tratamiento con arco extraoral (cambio de patrón de crecimiento), extracción de premolares superiores o uso de distalizadores.

Prognatismo maxilar combinado con retrognatismo mandibular: tratamiento con arco extraoral combinado con aparatos ortopédicos funcionales.

Por retrognatismo mandibular: tratamiento ortopédico funcional, cirugía ortognática.

Los procedimientos terapéuticos dependerán del diagnóstico, la colaboración y decisión del paciente, así como de la posibilidad de implementar diferentes tipos de tratamientos.

CLASE III, CÓDIGO CIE – 10 - K07

Definición: cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye por distal del surco vestibular del primer molar inferior permanente.

| | |
|------------------------|---|
| Características | <ul style="list-style-type: none"> - Resalte horizontal negativo de los incisivos. - Prognatismo mandibular. - Retrusión esquelética maxilar. - Relación incisal borde a borde. - Mordida cruzada anterior. - Mordida cruzada posterior uni o bilateral. - Ángulo del plano mandibular aumentado (dolicofacial). - Ángulos goniacos generalmente cerrados (braquifaciales). - Ángulo ANB -5°. - Longitud del cuerpo mandibular aumentada. - Compensaciones dentarias. - Aumento del tercio inferior, en combinación con mordida abierta. - Disminución del tercio inferior (braquiocefálicos), los cuales presentan musculatura fuerte e hipertónica. - Dolicofaciales con altura facial anteroinferior aumentada. - Cuando existe hipoplasia del tercio medio de la cara se observa: - Ángulo ANB -5°. - Longitud maxilar disminuida. - Posición maxilar punto A por detrás de la línea N perpendicular a Frankfort. |
|------------------------|---|

Diagnóstico diferencial y posibles recursos terapéuticos

- Por retrognatismo del maxilar superior: tratamiento con tracción posteroanterior del maxilar a través de la máscara facial.
- Combinada (retrognatismo del maxilar superior y prognatismo mandibular): tratamiento por ejemplo de tracción anterior con la mentonera inversa con anclaje temporal.
- Por prognatismo del maxilar inferior: tratamiento mentonera con anclaje temporal, y/o cirugía ortognática en dentición definitiva en pacientes con prognatismo severo que hayan terminado su crecimiento. También se puede realizar un tratamiento ortodóntico para establecer una compensación dentaria.
- Funcional con desplazamiento anterior de la mandíbula: tratamiento es el reposicionamiento mandibular a través de aparatos ortopédicos funcionales como regulador de función de Fränkel clase III, Bimler de progenie, Bionator Clase III, Twin Block de Clase III, etc.

Máscara facial ortopédica de tracción inversa

Es generalmente combinada con el aparato de disyunción maxilar, será de elección en pacientes con dentición mixta temprana o dentición mixta tardía, y dentición definitiva en crecimiento y desarrollo, produce efectos en las estructuras dentoalveolares y esqueléticas del complejo craneofacial.

Se coloca el disyuntor maxilar para aumentar la dimensión transversal, la activación se realizará de acuerdo al criterio del profesional, para desarticular el sistema sutural maxilar y luego de que ha cumplido su función se inicia el tratamiento con máscara facial para promover la tracción del maxilar, inicialmente se usan elásticos cuya fuerza va aumentando hasta alcanzar una fuerza ortopédica pesada dirigida al complejo maxilar. Se debe usar un tiempo aproximado de (12 a 14 horas al día) por cuatro a seis meses, después solo por las noches por tres meses; se espera una corrección en un período de seis meses.

No es recomendable que el disyuntor permanezca cementado más de nueve a 12 meses.

RF-3 de Fränkel

Se usa en casos de prognatismo mandibular en crecimiento y desarrollo y como aparato de retención después de la corrección inicial de maloclusión clase III con aparatología fija. Es uno de los aparatos de elección en pacientes con fisura labio-alveolo-palatina.

Las extracciones de primeros premolares mandibulares

Este es un proceso que se combina con la aparatología fija. Se busca establecer un tratamiento de compensación que consiste en retraer el segmento antero-inferior cuando sea necesario o sea posible de acuerdo a la discrepancia.

Posibles estrategias terapéuticas para las diferentes maloclusiones

- Extracciones seriadas.
- Extracciones terapéuticas.
- Expansión ortopédica.
- Ortodoncia interceptiva.

Extracciones seriadas

Este procedimiento clínico se realiza en pacientes que tienen apiñamiento severo y discrepancias graves. Tomar en cuenta el diámetro individual de los dientes, especialmente cuando estos son anormalmente grandes, evidenciado por el diámetro de los cuatro incisivos permanentes superiores e inferiores. El tratamiento es de seguimiento, el cual debe ser coordinado entre el padre de familia y el profesional para cumplir con el cronograma de extracciones establecido.

Después de analizar el perfil del paciente, realizar el trazado cefalométrico, determinar el espacio en los modelos de estudio, pueden estar indicadas las extracciones terapéuticas. Esta terapia puede combinarse con la expansión rápida del maxilar únicamente en pacientes con problemas en la longitud del arco y tamaño dentario muy significativos, quienes tienen arcos angostos y delgados además de un *espacio negativo*. En estos casos, primero pueden ser expandidos para *ampliar la sonrisa* y posteriormente realizar extracciones terapéuticas para reducir y eliminar el desbalance existente entre tamaño dentario y longitud de los arcos.

Expansión ortopédica

Expansión rápida del maxilar: esta acción la podemos realizar con un aparato que incorpora un tornillo tipo Hyrax, utilizado para provocar la disyunción del maxilar.

La activación dependerá de la complejidad del caso y del criterio del profesional.

La expansión activa del maxilar produce un diastema de la línea media entre incisivos centrales superiores.

Después de completar la fase activa de expansión se mantiene el aparato en boca cuatro a cinco meses para permitir la reorganización de los tejidos de la sutura media palatina, manteniendo así los resultados obtenidos.

Aparato de Schwarz

Aparato removible de expansión en forma de herradura que se ajusta al contorno lingual de la dentición mandibular y maxilar. El borde inferior del aparato se extiende por abajo del margen gingival y contacta la mucosa alveolar lingual. Incorpora un tornillo de expansión colocado en la línea media incluido en el acrílico y retenedores en las áreas interproximales entre el segundo molar deciduo y el permanente.

Indicado en pacientes clase I con apiñamientos leves a moderados en región anterior inferior y casos con inclinación lingual significativa de la dentición posterior. Aparato activado de acuerdo a la complejidad del caso y al criterio del profesional; uso aproximado de un año dependiendo del apiñamiento incisivo.

Escudo labial (Lip Bumper)

Aditamento removible o fijo que se inserta o suelda en los tubos bucales incorporados a las bandas de los molares inferiores. Se construye con alambre 0,36" de acero inoxidable. Este aparato yace alejado de la dentición y protege los dientes de la musculatura labial y bucal. Se debe colocar a la altura del límite gingival de los incisivos inferiores. Este aditamento no solo aumenta la longitud del arco a través de la expansión pasiva lateral y anterior, sino que también sirve para enderezar distalmente los molares inferiores, aumentando así la longitud del arco.

Arco transpalatino

Se extiende desde el primer molar permanente siguiendo el contorno del paladar, al primer molar permanente del lado opuesto, su finalidad es evitar la migración mesial de los primeros molares permanentes durante la transición entre la exfoliación de los segundos molares deciduos y la erupción de los segundos premolares. Permanece en boca hasta que termina la segunda fase de terapia ortodóntica integral. Se utiliza también como un mecanismo de anclaje en casos de tratamiento con extracciones terapéuticas.

Arco lingual

Se utiliza en la mandíbula, como unidad de anclaje, se confecciona con acero inoxidable 0,36" y se extiende a lo largo del contorno lingual de los dientes inferiores de primer molar permanente a primer molar permanente del lado opuesto. Al igual que el arco transpalatino sirve como anclaje en caso de extracción de premolares.

Aparato Quadhélix

Es una variante del arco transpalatino, al que se han añadido figuras en forma de hélix (*loops*), para facilitar un movimiento de expansión activa de los dientes posteriores. Se fabrica en alambre 0,36" de acero inoxidable. En pacientes con dentición mixta temprana, puede actuar como un aparato disyuntor.

Secuencia de aparatología fija

Deberán ser cumplidas todas las fases de tratamiento de ortodoncia de acuerdo a la técnica y al manejo que el profesional considere necesario en cada caso.

A continuación, se describen las fases de tratamiento que deberán seguirse independientemente de la técnica que se utiliza en todas las maloclusiones.

Primera fase:

Alineación y nivelación: alinea y corrige las malposiciones verticales y horizontales mediante la nivelación de los arcos dentales; en esta etapa se corrigen rotaciones, mordidas cruzadas, mordidas abiertas, profundas, nivelación de la Curva de Spee. Los alambres elásticos preformados usados en esta etapa producen fuerzas ligeras y constantes (entre 80 y 150 gramos) para lograr una inclinación y alineación dental más eficaz.

Se usan secuencias de arcos de sección redonda y si es necesario aparatología auxiliar como quadhélix, expansor palatino, barras palatinas, rotadores de molares y otros.

Segunda fase

Durante la nivelación de las ranuras, debemos conservar un ordenamiento para los movimientos grupales.

- Movimientos verticales: intrusión.
Extrusión.
- Movimientos sagitales: retrusión.
Protrusión.

Los objetivos de esta fase son:

- Cierre completo de espacios, en aquellos casos en que se realizaron extracciones.
- Centrado de la línea media dentaria superior e inferior y coincidencia de ambas.
- Clase I canina.
- Clase I molar. En determinados casos el profesional según la planificación realizada podría finalizar en clase II o III molar dependiendo de la maloclusión y de las extracciones realizadas
- Correcta relación de *overjet* y *overbite*.

En esta fase se utilizan alambres rectangulares preformados incorporándose el control del torque radicular.

Tercera fase:

Consiste en el asentamiento de la oclusión y finalización del caso con la contención.

La aparatología fija está dada por aditamentos conocidos como *brackets* los cuales van adheridos en las caras vestibulares de las piezas dentales (excepto en la técnica lingual), estos aditamentos están conformados de una base, un cuerpo y una ranura o *slot* que puede ser 0,018 o 0,022 décimas de pulgada; su diseño varía de acuerdo a la técnica. En este *slot* es donde ingresa uno de los aditamentos activos que son los arcos; estos son de diferente calibre, aleación (rígida y flexible) y son los que van dando los movimientos a los dientes de acuerdo a la información de cada *bracket*. Otro de los elementos activos en el tratamiento son los elásticos que pueden ser colocados en diferentes direcciones.

Después del tratamiento activo realizado con cualquier técnica el paciente requerirá de un tratamiento pasivo que consiste en la retención indicada de acuerdo al caso, considerando que esta etapa de retención va a depender exclusivamente de la colaboración del paciente y sus citas de control para garantizar los resultados obtenidos durante el tratamiento. El especialista no se hará responsable de los cambios que se produzcan después del tratamiento con aparatología fija si el paciente no usa responsablemente los retenedores.

Protocolo de adhesión de *brackets*, tubos y similares

Aislamiento relativo con abrebocas y succión.

Preparación del diente: profilaxis con piedra pómez y agua. Enjuagar y secar.

Grabado de superficies: con ácido fosfórico al 37%, grabar por 30 segundos. Lavar y secar. En dientes muy mineralizados, 1 minuto o más según el caso.

Preparación del esmalte: aplicar una fina capa de adhesivo que actúa como amortiguador de choque y de estrés, previniendo grietas que pueden conllevar al fracaso de la cementación.

Cementado: depositar adhesivo y resina en la base del *bracket*, presionarlo, posicionarlo y eliminar los excesos.

La aplicación del ácido grabador, el adhesivo y la resina deberán seguir las instrucciones del fabricante.

Protocolo de cementación de bandas

Retiro de las ligas o alambres separadores.

Prueba de la banda con tubo incorporado, control de oclusión.

Preparación del diente: profilaxis con piedra pómez y agua. Enjuagar y secar.

Aislamiento relativo del área.

Preparación del material de adhesión o cementación que se utiliza.

Aplicación de dicho material en las paredes de la banda.

Colocación de la banda y retiro de excesos.

Control de la oclusión

Petrolato.

En la actualidad, se ha generalizado el uso de tubos de adhesión directa en las piezas 6 y 7, lo que reemplaza el uso de bandas.

Anexo N°. 1 Ortodoncia

FORMULARIO DE ORTODONCIA

Datos Generales

Nombres y apellidos:.....

Edad:..... Representante:

Domicilio:.....

Ciudad:.....Teléfono.....Fecha.....

Motivo de la consulta:.....

Antecedentes personales:.....

Antecedentes familiares:

EXAMEN CLÍNICO

EXTRAORAL

Biotipo: Mesofacial Dolicofacial Braquifacial

Plano bipupilar:.....

Plano de Frankfurt:.....

Simetría del rostro: asimétrico simétrico

Tejidos blandos

Perfil facial: recto convexo cóncavo

Tercio facial inferior: normal aumentado disminuido

Relación bilabial: competentes separados mm.

Perfil labial: rectos protruidos retruidos

Respiración: nasal bucal mixta

Deglución: típica atípica alta baja

Ángulo nasolabial: recto obtuso agudo

ATM:.....

Movilidad mandibular:

INTRAORAL:

Dentición: temporal mixta permanente

Erupción dentaria: normal prematura tardía

Tamaño de dientes: normal macrodoncia microdoncia

Piezas dentarias ausentes:.....

Estado mucogingival:.....

Higiene oral:.....

Lengua: Tamaño:..... Movilidad:.....

Posición: normal baja interposición

Fonación: normal patológica

Clase de Angle: Molar: Clase I Clase II 1ª División Clase II 2ª División Clase III

Canina: Clase I Clase II Clase III

Resalte horizontal u overjet:.....mm.

Entrecruzamiento vertical u overbite:.....mm.

Relación transversal:.....

Línea media: Superior:.....

Inferior:.....

Discrepancia inferior:

Hábitos: succión pulgar empuje lingual succión labial onicofagia

Otros:

Consulta con psicólogo: sí no

Consulta con terapeuta de lenguaje: sí no

Consulta con otorrinolaringólogo: sí no

Consulta con otros profesionales:

ANÁLISIS DE MODELOS:

Discrepancia modelo superior: mm.....

Discrepancia modelo inferior: mm.....

Curva de Spee: normal:.....mm aumentada:.....mm.....invertida

Relación transversal: estudio según el criterio del profesional

Relación transversal en 6's: Norma..... mm. Superior:..... Inferior:.....

Relación transversal en 4's: Norma..... mm. Superior:..... Inferior:.....

Premaxila: Norma:.....mm. **Pcte:**

ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS:

Rx. PANORÁMICA:

Cronología de la erupción:..... Estadios de calcificación apical:

Morfología radicular:.....

Malformaciones dentarias:.....

Retenidos / Incluidos:.....Terceros molares:.....

Lesiones periapicales: **Cresta ósea:**
Caries interproximales/recidivantes:.....
Supernumerarios/Agenesias:.....
Cornetes:.....

Rx. CEFÁLICA LATERAL:

- SNA:**
- SNB:**
- ANB:**
- FMA:**
- FMIA:**
- IMPA:**
- Witts:**

Ángulo interincisivo:

Vía aérea:.....

Otros estudios cefalométricos según el criterio del profesional (Ricketts, Bjork, McNamara, otros)

Rx. PERIAPICALES:.....
.....

Rx. OCLUSALES:.....
.....

Rx. CARPALES:.....
.....

FOTOGRAFÍAS:.....

EXTRAORALES:.....

FRENTE:.....

PERFIL:.....

SONRISA:.....

MENTO VERTEX:.....

INTRAORALES:.....

OCLUSIÓN ANTERIOR:.....

OCLUSIÓN DERECHA:.....

OCLUSIÓN IZQUIERDA:.....

OCLUSAL SUPERIOR:.....

OCLUSAL INFERIOR:.....

Los exámenes complementarios serán solicitados según el criterio del profesional.

DIAGNÓSTICO:

PRONÓSTICO: Favorable Desfavorable

PLAN DE TRATAMIENTO:

Objetivos: Alineación dentaria:
 Oclusión funcional:
 Tratamiento de compromiso:
 Otros:.....

Tratamiento: Sin extracciones: Con Extracciones de:

ORTODONCISTA RESPONSABLE:.....

FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: sí no

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE RESPONSABLE:.....

Secuencia y tiempos de atención en las citas de ortodoncia:

Según la normatización actual, se otorgarán 45 minutos mínimos para cada cita de especialidad.

| Nº CITA | PROCEDIMIENTO QUE REALIZAR |
|---------|--|
| 1 | Evaluación clínica, orden de estudios radiográficos, diagnóstico clínico. Historia clínica: primera parte. |
| 2 | Recepción de Rx. Análisis cefalométrico básico. Registro fotográfico. |
| 3 | Impresiones de estudio. Historia clínica: finalización. Colocación de separadores de ser necesario. |
| 4 | Armado de aparatología fija: primera etapa. |
| 5 | Armado de aparatología fija: segunda etapa. |
| 6 | Controles subsecuentes. |
| 7 | Retiro de aparatología e instalación de retenedores. |

Secuencia y tiempos de atención en las citas de ortopedia y ortodoncia removible

Aparatología removible, ortopedia mecánica, funcional, ortodoncia preventiva, etc. Por razones técnicas se emplearán 30 minutos de atención en cada cita.

| Nº CITA | PROCEDIMIENTO QUE REALIZAR |
|---------|--|
| 1 | Evaluación clínica, orden de estudios radiográficos, diagnóstico clínico. Historia clínica: primera parte. |
| 2 | Recepción de Rx. Registro fotográfico. Impresiones de estudio y/o trabajo. Historia clínica: finalización. |
| 3 | Diseño de aparatología. |
| 4 | Instalación de aparatología e instrucciones. |
| 5 | Controles subsecuentes. |
| 6 | Retiro de aparatología, citas de control. |

Anexo N° 2 Ortodoncia

Recursos humanos

- Dos especialistas en ortodoncia con mínimo cinco años de experiencia.
- Dos auxiliares de odontología (en lo posible con capacitación en ortodoncia).
- Un técnico de laboratorio de ortodoncia removible y ortopedia funcional.

Infraestructura

- Dos áreas de recepción de pacientes (escritorios).
- Dos áreas clínicas de consulta.
- Un área de esterilización.
- Un área de laboratorio.
- Un área de rayos X.

Equipamiento para ortodoncia y ortopedia

- Dos escritorios con sus sillones y sillas para paciente y familiar.
- Dos sillones odontológicos con cuadrimodular (turbina, micromotor, ultrasonido para profilaxis y jeringa triple) con succión de altas y baja potencia.
- Un equipo de radiología panorámico, cefalográfico y periapical (digital y que permita cortes tomográficos) con su complemento de impresora de imágenes, o en su defecto equipo de revelado o similar.
- Negatoscopio para ortodoncia.
- Arenador para *brackets*.
- Soldador de punto.
- Esterilizador de alicates.
- Ultrasonido de limpieza de instrumental.
- Equipo de computación completo con impresora y software para ortodoncia.
- Internet e intranet.
- Autoclave con capacidad adecuada.
- Dos lámparas de luz halógena (de preferencia tipo LED).
- Vibrador.
- Motor de alta y baja velocidad.
- Estufa o parrilla.
- Trimadora.
- Olla para cocción de acrílico.
- Soplete.
- Vacuum (equipo de termoformado).
- 10 juegos de zócalos de caucho (superiores e inferiores).
- Kits de espejos fotográficos.

- 1 cámara de fotografía digital con lente macro de mínimo 10 x.
- 1 articulador semiajustable.
- 10 oclusores.

Instrumental para ortodoncia y ortopedia

- 18 espejos bucales.
- 18 exploradores doble extremo.
- 18 pinzas para algodón.
- 18 gutapercheros de titanio doble extremo.
- 18 bandeja para instrumental 18x8x5 cm, 20x10x5 cm, 28x14x6 cm, 30x20x4 cm.
- 2 portaservilleta.
- 4 juegos de abre bocas de diferentes tamaños.
- 2 reglas milimetradas.
- 2 compás de punta seca.
- 2 kit pediátrico de cubetas de flanco alto.
- Cubetas fabricadas para neonatos (FLAP).
- 2 kit adulto de cubetas de flanco alto.
- 3 tazas de caucho para alginato.
- 2 tazas de caucho para yeso.
- 2 espátulas para alginato.
- 3 espátulas para yeso.
- 2 cuchillos para yeso.
- 2 porta rollos de algodón.
- 2 locetas de vidrio.
- 2 pushers (empujadores de banda).
- 4 empujador de bandas tipo mordillo.
- 20 portabackets.
- 2 posicionadores de brackets : calibrador o estrella.
- 3 pinzas de corte para alambres pesados.
- 3 pinzas 139 Angle.
- 2 pinzas 1/2 caña.
- 3 pinzas de Young.
- 3 pinzas tres picos.
- 2 pinzas cóncavo-convexo.
- 2 torres de contorno para alambre pesado.
- 2 pinzas corte recto.
- 2 pinzas corte distal con soporte de segmento de alambre.
- 2 pinzas corte ligadura.
- 2 pinzas How curvo.
- 2 pinzas How recta.
- 2 pinzas Tweed Omega.

- 2 pinzas Tweed de desvíos Torque.
- 2 pinzas de la Rosa.
- 4 pinzas Mathew de puntas finas.
- 4 pinzas Mathew de puntas regulares para entorchar alambre.
- 2 pinzas escalera de Nance.
- 2 pinzas *saca-brackets*
- 2 pinzas sacabandas.
- Torre de contorneo para alambre liviano.
- 2 alicates Weingardt.
- 3 portaalicates.
- 4 portaarcos.
- 4 portamódulos y cadenas.
- Otros según las técnicas empleadas.

Materiales para ortodoncia y ortopedia

- Alginato.
- Yeso Piedra Blanco para ortodoncia.
- Yeso piedra.
- Cera base.
- Acrílicos de autocurado y termocurado polvo – líquido diferentes colores.
- Rollos de algodón.
- Piedra pómez.
- Pasta profiláctica sin flúor.
- Flúor en gel de aplicación de un minuto.
- Cepillos profilácticos.
- Cepillos de alambre limpia fresas.
- Microaplicadores.
- Vasos Dappen.
- Portaminas 0,5.
- Marcador permanente.
- Gomas separadoras.
- Kit de bandas de ortodoncia, superiores, inferiores, derechas e izquierdas.
- Ionómero de vidrio para cementar bandas.
- Ácido fosfórico al 37%.
- Kit de resina adhesiva para ortodoncia.
- Kit de resinas de restauración.
- Eyectores de saliva de alta y baja potencia.
- Tubos simples, dobles, triples, superiores, inferiores, derechos e izquierdos, para soldar y para adherir.
- Puntas de Arkansas.
- Fresas de grano fino y ultrafino de diferentes formas.

- Fresas múltiples filos de carburo tungsteno.
- *Brackets slot*: 0,018 y 0,022.
- *Stock* de arcos preformados de alambre para ortodoncia: arcos redondos, cuadrados, rectangulares de acero inoxidable, níquel titanio, térmicos.
- *Stock* de módulos elastoméricos individuales y continuos (cadenas).
- *Stock* de elásticos intermaxilares y extraorales.
- Rollo de ligadura metálica: 0,015 0,020, 0,025.
- Resorte abierto y cerrado de níquel titanio.
- *Stock* de tornillos: expansión bilateral, unilateral, abanico, Bertoni, Hyrax, etc.
- Baberos descartables.
- Fundas de esterilización.
- Equipos descartables de protección personal (guantes, mascarillas con visor, mandiles, gafas protectoras de luz y transparentes para profesional, paciente y asistente).
- Suelda y fundente.
- Kit de *lip bumpers* de diferentes tamaños.
- Máscaras faciales de tracción reversa.
- Arcos intra/extra orales de diferentes tamaños.
- Cintillos de tracción cervical para extraorales.
- Casquetes de tracción extraoral alta.
- Tiras de lija metálica de 4 mm y 6 mm de un solo lado activo.
- Tiras de lija metálica de 4 mm y 6 mm de dos lados activos.
- Discos de diamante de un solo lado activo para desgaste interproximal.
- Discos de diamante de dos lados activos para desgaste interproximal.
- Mandriles para contraángulo.
- Mandriles para piezas de mano.
- Botones para adherir y para soldar.
- Cajas linguales para adherir y soldar.
- Ojalillos (*eyelets*) para adherir.
- Rollos de alambre para ortodoncia en tamaños: 0,07, 0,08, 0,09 y 1,0 mm.
- Ligaduras Kobayashi preformadas.
- Byturbo.

Otros aditamentos dependiendo de la técnica y los requerimientos de cada profesional.

Material para laboratorio

Esto se aplicará para hospitales y los consultorios enviarán a la laboratorios dentales.

- Kit básico de alicates para uso del laboratorista.
- Kit básico de materiales (alambres, tornillos, yesos, ceras, etc.).
- Piedras, discos y fresones de carburo tungsteno para desgastar y pulir acrílicos y metales.
- Equipos descartables de protección personal (guantes, mascarillas con visor, mandiles, gafas protectoras).
- Otros.

Protocolos de rehabilitación oral

Segundo y tercer nivel de atención

| PATOLOGÍA |
|---|
| <p>Caries dental, CIE - 10 K02 Dientes moteados, CIE - 10- K003 Anomalías de tamaño y forma, CIE - 10- K002 Aleación de la formación dentaria, CIE - 10- K004 Fractura dentaria, CIE -10- S02.3</p> |

| CARIES DENTAL | |
|--|---|
| <p>Definición: es una enfermedad infecciosa que causa desmineralización destrucción del tejido.</p> | |
| <p>Etiología Multifactorial</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Deficiencia en los factores de protección natural. - Reducción del flujo salival. - Poca capacidad tamponadora y vaciado oral. - Desmineralización. - Saliva ácida, ácidos erosivos. - Más de 250.000 <i>Streptococos mutans</i> por ml de saliva. - Materia alba. - Lactobacilus >1000.000 CBE/ml de saliva. - Consumo de dulces entre horas. - Ingesta frecuente de carbohidratos. - Pacientes con riesgo elevado de periodontitis (aproximadamente 5%). |
| <p>Clasificación</p> | <p>Zona</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fosa/ fisura. - Contacto. - Cervical. <p>Tamaño</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mínima. - Moderada. <p>Grande</p> <ul style="list-style-type: none"> - extenso. |
| <p>Manifestaciones clínicas</p> | <p>Exploración</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones en el color (manchas oscuras, opacidad, cambio en la translucidez). - Irregularidades superficiales. - Textura (blanda). - Presencia de cavidades. |

| | |
|--|--|
| Criterios de diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> - Exploración táctil (explorador). - Examen clínico (método visual). - Estudio radiográfico (radiovisógrafo). - Láser. - Cantidad y calidad de la saliva. - Análisis microbiológico. - Transiluminación. |
| Exámenes complementarios | <ul style="list-style-type: none"> - Radiografía panorámica. - Radiografía periapical. |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Higiene oral eficaz de la pieza que será tratada. - El mismo procedimiento que en el primer nivel. - Aplicar adhesivo de acuerdo a recomendaciones de casa fabricante. | |
| Complicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Herida pulpar. - Pulpitis. - Fractura dental. - Exodoncia. |
| Criterios de alta | <ul style="list-style-type: none"> - Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | <ul style="list-style-type: none"> - Según el caso lo amerite. |

| | |
|---|---|
| RESTAURACIÓN DE DIENTES MOTEADOS | |
| Definición: hipoplasia del esmalte, variación del color del esmalte, fluorosis dental. | |
| Etiología | <ul style="list-style-type: none"> - Ingestión excesiva y prolongada de flúor durante la formación del diente más de 1 ppm al día de flúor. |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo al grado de tinción. - Leve. - Moderada. - Intensa. - Apariencia corroide. |
| Manifestaciones clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Dientes color tiza claro. - Bandas marcadas amarillo marrones. - Áreas opacas blancas. - Fosetas coloración parda. |
| Criterios de diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> - Examen clínico - Estudio radiográfico |
| Exámenes complementarios | <ul style="list-style-type: none"> - Radiografía panorámica. - Radiografía periapical. |

| PLAN DE TRATAMIENTO | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Selección de color. - Control de puntos de oclusión procedimiento de acuerdo a primer nivel con los siguientes cambios: <p>Asperización o tallado de acuerdo al caso. Aplicación de opacador según indicaciones de fabricante. Colocación de glicerina o vaselina para eliminar capa inhibida. Fotopolimerizar. Pulido y control oclusión. Control y mantenimiento cada seis meses.</p> <p>También puede realizarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Micro abrasión y blanqueamiento. - Reconstrucción del esmalte con composites (carilla). - Elaboración de coronas (solución definitiva). - Sintomatología y características están descritas en manual del primer nivel de atención. | |
| Complicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad de las restauraciones para quedarse. - Desgaste de esmalte. - Fracturas del esmalte. |
| Criterios de alta | <ul style="list-style-type: none"> - Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | <ul style="list-style-type: none"> - Según el caso lo amerite. |

| ELABORACIÓN DE INCRUSTACIONES DE RESINA | |
|---|---|
| <p>Definición: son restauraciones que substituyen con ventajas estéticas a las restauraciones de amalgama u oro en un paciente que busca una apariencia natural.</p> | |
| Etiología | <ul style="list-style-type: none"> - Cavidades con defectos mayores (superficie masticatoria y espacio interproximal). |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Inlay.</i> - <i>Onlay.</i> |
| Manifestaciones clínicas | <p>Reconstrucción coronaria, incluso con pérdida significativa de estructura mineralizada, como la destrucción de todas las cúspides y límites supragingivales.</p> |
| Criterios de diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> - Examen clínico. - Estudio radiográfico. - Modelos de estudio. |
| Exámenes complementarios | <ul style="list-style-type: none"> - Radiografía panorámica. - Radiografía periapical. - Modelos de estudio. |

| Plan de tratamiento | |
|--------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Verificación de los contactos oclusales en posición de máxima intercuspidad, relación céntrica y movimientos excursivos. Los contactos deben estar situados sobre el diente, o sobre la restauración, evitando que sitúen sobre la línea de unión diente-restauración - Remoción de la restauración antigua. - Llenar áreas retentiva con ionómero de restauración o resina. - Preparación de la cavidad (inlay u onlay). - Confección de una incrustación provisional con morfología funcional. - Toma de impresión con pasta silicona de adición. - Selección de color. - Obtención del modelo. - Envío a laboratorio en caso de incrustaciones indirecta. - También podemos la realizar la técnica directa en boca. - Desinfección de la cavidad con clorhexidina 2%. - Desinfección de la incrustación. - Se cementa (cemento dual) en boca en la misma sesión. |
| Complicaciones | - Caries en márgenes recidivantes. |
| Criterios de alta | - Resolución de la patología. |
| Control y mantenimiento | - Según el caso lo amerite. |

CEMENTACION DE LA INCRUSTACIÓN

Preparación de la pieza dentaria

- Desinfección de la cavidad con clorhexidina 2%.
- Prueba de la incrustación.
- Aislamiento total o parcial.
- Separación de puntos de contacto.
- Desmineralización de la cavidad con ácido ortofosfórico 37% 15 segundos.
- Lavado por doble del tiempo de grabado.
- Secado con papel absorbente para no reseca la cavidad.
- Colocación del adhesivo de acuerdo a las indicaciones fabricante.
- Colocación del cemento resinoso dual.
- Fotocurar de acuerdo a las indicaciones del fabricante.

Preparación de la incrustación

- Preparación de la incrustación con arenador, ácido fluorhídrico, silano en caso de que el laboratorio no la envié preparada y silanizada.
- Colocar ácido orthofosfórico al 37%.
- Adhesivo sin fotopolimerizar.
- Colocar cemento dual.
- Adaptación en cavidad preparada.
- Fotopolimerizar de acuerdo al fabricante.
- Control de oclusión.
- Monitoreo y control.

ELABORACIÓN DE UNA CORONA ACRÍLICA

Definición: son coronas (fundas) de recubrimiento total realizadas en acrílico que se colocan generalmente como tratamiento provisional antes de la colocación de una corona definitiva.

| | |
|---------------------------------|--|
| Etiología | - Rotura de la estructura dental, siendo grave en más del 80% de los casos. |
| Clasificación | - Directas. - Indirectas. |
| Manifestaciones clínicas | - Fractura dental. - Caries extensa. - Abfracción. |
| Criterios de diagnóstico | - Examen clínico. - Estudio radiográfico. |
| Exámenes complementarios | - Radiografía panorámica dependiendo de la complejidad del caso. - Radiografía periapical. - Modelos de estudio. |

| Plan de tratamiento método indirecto | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Selección del color. - Prueba de las cubetas. - Tallado de la pieza dentaria. - Toma de impresiones. - Tomar la mordida. - Enviar al laboratorio especializado. - Cementación provisional. - Control oclusal. |
| Complicaciones en coronas mal adaptadas | <ul style="list-style-type: none"> - Inflamación aguda. - Filtraciones. - Falta de oclusión. - Márgenes lesivos. - Alergia al acrílico. |
| Criterios de alta | <ul style="list-style-type: none"> - A posterior corona definitiva. |
| Control y mantenimiento | <ul style="list-style-type: none"> - Lo más pronto posible, porque están consideradas como provisionales. |

| COLOCACIÓN DE PERNOS POR COLADO | |
|--|--|
| <p>Definición: el perno colado fundido es una pieza en monobloque que proporciona una mejor adaptación geométrica a los canales muy cónicos o elípticos, requiriendo casi siempre poca remoción de estructura dentaria.</p> | |
| Etiología | <ul style="list-style-type: none"> - Fractura coronaria. - Caries profunda. - Pérdida de la estructura dentaria. - Accidente. |
| Indicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Fractura coronaria con afección pulpar con integridad radicular. - Coronas metal porcelana. |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - Técnica directa: fase clínica (resina acrílica autopollimerizable (Duralay). - Técnica indirecta (fase clínica y de laboratorio). |
| Manifestaciones clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Poca retención dental o pérdida coronaria total. - Fractura coronaria. - Caries extensa. |
| Criterios de diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> - Examen clínico. - Examen radiográfico. |
| Exámenes complementarios | <ul style="list-style-type: none"> - Radiografía panorámica. - Radiografía periapical. |

| Plan de tratamiento | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Rx periapical de la pieza endodónticamente tratada y medición del conducto. - Selección de la fresa (Gates y Pessó) para desobturar conducto. - Desobturación del conducto dejando de 3 mm a 5 mm de obturación. - Preparar y tallar el perno muñón con la resina acrílica autopolimerizable (Duralay). - Enviar al laboratorio para el fundido. - Impresiones del conducto (técnica indirecta fase clínica y de laboratorio). - Preparación del poste y muñón. - Envió a laboratorio. | |
| CEMENTACIÓN DEL ENDOPOSTE | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Preparación y desinfección del conducto. - Cementación del poste con cemento a elección y retiro de excesos. - Cementación de corona provisional. | |
| Contraindicaciones | Enanismo radicular. Problemas periodontales irreversible. Conductos estrechos. Conductos calcificados. |
| Complicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Inflamación pulpar aguda. - Filtraciones. - Fractura radicular. - Pérdida de la pieza dental. |
| Criterios de alta | <ul style="list-style-type: none"> - Al colocar corona definitiva (metal porcelana, porcelana puro, circonio) |
| Control y mantenimiento | <ul style="list-style-type: none"> - Según el caso cuando lo amerite. |
| Tiempo | Dos citas de una hora cada cita. |

| COLOCACIÓN DE PERNOS NO METÁLICOS ESTÉTICOS | |
|--|---|
| Definición: sistema de retención intraconducto no metálico, fabricado de material cerámico, resinas reforzadas con fibra. | |
| Etiología | <ul style="list-style-type: none"> - Fractura coronaria. - Caries profunda. - Pérdida de la estructura dentaria. - Accidente. |
| Indicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Fractura coronaria con afección pulpar con integridad radicular. - Coronas metal porcelana. |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - Perno prefabricado no metálico (fibra de vidrio, carbono, cuarzo, circonio, etc. |
| Manifestaciones clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Biomecánica del diente. - Cantidad de estructura dental perdida. - Propiedades y comportamiento físico de los materiales. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Criterios de diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> - Examen clínico. - Examen radiográfico. |
| Exámenes complementarios | <ul style="list-style-type: none"> - Radiografía panorámica. - Radiografía periapical. |
| Plan de tratamiento | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Rx periapical de la pieza endodónticamente tratada y medición del conducto. - Aislamiento absoluto con dique de goma. - Selección de la fresa (Gates y Pessó) para desobturar conducto. - Desobturación del conducto dejando de 3 mm a 5 mm de obturación. - Seleccionar perno y demarcar con grafito el lugar del corte en el mismo. - Pasos clínicos para preparación del perno y cementación del mismo. - Fases para preparación del muñón. |
| Contraindicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Enanismo radicular. - Problemas periodontales irreversible. - Conductos estrechos. - Conductos calcificados. |
| Complicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Inflamación pulpar aguda. - Filtraciones. - Fractura radicular. - Pérdida de la pieza dental. |
| Criterios de alta | <ul style="list-style-type: none"> - Al colocar corona definitiva (metal porcelana, porcelana puro, circonio) |
| Control y mantenimiento | <ul style="list-style-type: none"> - Según el caso, cuando lo amerite. |

| | |
|---|---|
| ELABORACIÓN DE PRÓTESIS FIJA | |
| Definición : son prótesis completamente dentosoportadas que toman apoyo únicamente en los dientes. | |
| Etiología | <ul style="list-style-type: none"> - Fractura de la estructura dental en un 80%. - Caries. - Accidentes. |
| Clasificación | <p>SEGÚN SU FORMA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coronas con recubrimiento parcial. - Coronas con recubrimiento total. - Puentes. <p>SEGÚN EL MATERIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Simple: porcelana, acrílico, etc. - Compuestas: metal , acrílico, etc. |

| | |
|---|---|
| Manifestaciones clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Anomalías de tamaño y forma de los dientes (K002). - Pérdida de dientes por accidente, extracción o enfermedad periodontal (K08.1). - Fractura coronaria (S02). |
| Criterios de diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> - Examen clínico. - Estudio radiográfico. |
| Exámenes complementarios | <ul style="list-style-type: none"> - Radiografía panorámica. - Radiografía periapical. |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico, radiográfico y modelos de estudio. - Selección del color. - Selección de cubetas. - Anestesiarse la zona. - Tallado de la pieza o pilares según sea el caso. - Colocar retractor gingival. - Toma de impresión con pastas de silicona. - Registro oclusal. - Colocación de provisionales. - Envió a laboratorio con todos los datos del caso. - Prueba de cofias. - Ajuste de cofias. - Envió a laboratorio con la observaciones del caso. - Prueba de la porcelana. - Ajuste oclusal. - Cementación provisional. - Envió a laboratorio para terminado. - Aislamiento relativo. - Desinfección del muñón con clorhexidina 2%. - Preparación de la prótesis para cementación con óxido de aluminio. - Cementación definitiva. - Ajuste oclusal definido. - Monitoreo y control cada seis meses. | |
| Contraindicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos parafuncionales. - Hábitos de higiene bucal deficiente. |
| Complicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Inflamación pulpar aguda. - Filtraciones. - Falta de oclusión. - Márgenes lesivos. |
| Indicaciones al paciente | <ul style="list-style-type: none"> - Recomendar al paciente sobre la rutina de aseo para el cuidado de su prótesis y tejidos de sostén. |

| | |
|----------------|--|
| Tiempos | <p>Coronas de porcelana: cuatro citas; dos horas y 30 minutos.</p> <p>Corona acrílico: dos citas; una hora y 30 minutos.</p> <p>Puente metal porcelana: seis citas; cuatro horas y 30 minutos.</p> |
|----------------|--|

| PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE | |
|--|--|
| Definición: rehabilita por medios artificiales los dientes y sus partes asociadas, puede ser convenientemente retirada de la boca, y reinsertada por el mismo paciente. | |
| Etiología | <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida parcial de piezas dentarias. - Caries extensa. - Pérdida de la estructura de sostén. - Accidentes. - Periodontitis. |
| Características clínicas | <p>Ausencia de uno o más dientes en una o ambas arcadas que provoque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acortamiento sensible de la tabla oclusal en sentido mesiodistal, por ausencia de dientes posteriores. - Interrupción de la continuidad de la tabla oclusal, por la presencia de uno o más espacios edentes. - Pérdida total de la oclusión dentaria, por ausencia de todos los dientes de una de las arcadas. |
| - Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - Clase I - Clase II - Clase III - Clase IV |
| Indicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Desdentados parciales. - Cuando existen grandes espacios desdentados. - En caso de pérdida excesiva de tejido óseo principalmente en zonas anterosuperiores. - Piezas no aptas para soportar prótesis fija. - En espacios desdentados extensos. |
| Contraindicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de coordinación motora grave. - Psicosis. - Demencia grave. - Trastornos dismetabólicos descompensados. - Movimientos vermiformes de la lengua. - Lesiones en tejidos blandos de la cavidad bucal como épulis fibroso, hiperplasias gingivales. |

| | |
|--|---|
| Criterios de diagnóstico | <ul style="list-style-type: none"> - Examen clínico. - Examen radiográfico. - Modelos de estudio. - Relaciones intermaxilares diagnósticas. |
| Exámenes complementarios | <ul style="list-style-type: none"> - Radiografía panorámica. - Radiografías periapicales. |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico y radiográfico. - Toma de impresión para modelo de estudio. - Relaciones intermaxilares diagnósticas. - Montaje en el articulador para determinar diseño y futuras preparaciones dentarias que se deban realizar. - Colocación de modelos de estudio en analizador o paralelizador (determinando exactamente zonas que preparar en boca). - Diseño final del aparato protésico. - Preparación de piezas dentarias y apoyos. - Toma de impresión definitiva. - Tomamos otra relación craneomandibular, enviando los modelos adecuadamente relacionados al laboratorio, para la confección de los esqueletos removibles en el laboratorio. - Envío a laboratorio con respectivo diseño y modelos relacionados. - Prueba del esqueleto metálico. - Selección color tamaño y forma de los dientes. - Eliminación de interferencias. - Registro de mordida con el esqueleto. - Prueba del enfilado. - Valoración estética. - Envío a laboratorio. - Colocación definitiva. - Ajuste oclusal. - Monitoreo y control a las tres semanas y luego cada seis meses. | |
| Complicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Irregularidades del reborde alveolar. - Piezas incluidas. - Remanentes radiculares. - Reabsorción del reborde alveolar. - Movilidad de piezas pilares. - Pacientes con crisis convulsivas. |
| Indicaciones al paciente: | <ul style="list-style-type: none"> - No comer alimentos resistentes demasiado temprano. - Cortar los alimentos en trozos pequeños. - Limpiar las placas después de cada comida. - Sacarse las prótesis durante la noche. - Colocar las prótesis en agua o en servilletas húmedas. - Cepillar tejidos bucales. |

| | |
|--------------------------------|--|
| Control y mantenimiento | Indicar al paciente sobre higiene de piezas dentales y de aparato protésico. Control cada seis meses. |
| Contraindicaciones | Movilidad de piezas pilares. Pacientes con crisis convulsivas. |

ELABORACIÓN DE UNA PRÓTESIS TOTAL EDÉNTULO TOTAL - KO6.9

Definición: pacientes que tienen ausentes todas las piezas dentales.

PRÓTESIS TOTAL: son los sustitutos de todas las piezas dentales cuya fijación estará dada por la estabilidad de la mucosa adherida al hueso. Esta prótesis va a rehabilitar por medios artificiales todos los dientes naturales y sus partes asociadas perdidas.

| | |
|---------------------------------|--|
| Etiología | <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida dentaria debido a caries dental. - Enfermedad periodontal. - Traumatismos dentarios. - Enfermedades neoplásicas con compromiso óseo y dentario. - Quistes en los maxilares, en sentido general todo proceso que como resultado final cause la pérdida de todos los dientes naturales. |
| Clasificación | <ul style="list-style-type: none"> - Prótesis total superior. - Prótesis total inferior. |
| Manifestaciones clínicas | <ul style="list-style-type: none"> - Edéntulo total superior e inferior. - Coordinación neuromuscular disminuida. - El tercio inferior de la cara se encuentra disminuido debido a la falta total de los dientes y estructuras asociadas. - Los tejidos blandos se hunden hacia la cavidad bucal. |
| Indicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Desdentado total en pacientes colaboradores que no presenten enfermedades que contraindiquen el tratamiento. |
| Contraindicaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de coordinación motora grave. - Psicosis. - Demencia grave. - Trastornos dismetabólicos descompensados. - Movimientos vermiformes de la lengua. - Infecciones o inflamaciones de la mucosa. - Ulceraciones del surco. - Tuberosidades hipertróficas o Síndrome de Nelly. - Torus palatinos o mandibulares. |

| | |
|--|---|
| Diagnóstico diferencial | - Indicar características de reborde y anomalías anatómicas. |
| Criterios de diagnóstico | - Examen clínico. - Examen radiográfico. |
| Exámenes complementarios | - Radiografía panorámica. - Modelos de estudio en casos que lo requieran. |
| Plan de tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico. - Selección de cubeta. - Toma de impresión con alginato. - Elaboración de modelo de estudio. - Enviar a laboratorio. - Elaboración de cubetas individuales. - Ajuste de cubetas individuales. - Obtención de sellado periférico. - Impresión definitiva con pastas de silicona. - Modelo definitivo. - Enviar a laboratorio para obtención de rodetes de altura. - Obtención de dimensión vertical. - Obtención de relación céntrica (técnica de acuerdo al especialista). - Selección de dientes color forma y tamaño. - Envió a laboratorio. - Prueba de enfilado en el paciente. - Enviar a laboratorio. - Elaboración de la prótesis. - Ajuste oclusal. - Control posterior. | |
| Complicaciones | - Irregularidades del reborde alveolar. - Piezas incluidas. - Restos de remanentes radiculares. - Reabsorción del reborde alveolar. |
| Criterios de alta | - Adaptación de la prótesis total. |
| Indicaciones al paciente | - No comer alimentos resistentes demasiado temprano. - Cortar los alimentos en trozos pequeños. - Limpiar las placas después de cada comida. - Sacarse las prótesis durante la noche. - Colocar las prótesis en agua o en servilletas húmedas. - Cepillar tejidos bucales. |
| Control y mantenimiento | - Según el caso lo amerite. |

Anexo N°. 1 Rehabilitación oral

Ficha de prótesis total

Se deberá llenar una ficha independiente a la Historia Clínica Única para los pacientes edéntulos que permita anotar todo tipo de prótesis (total, parcial, fija).

| | |
|-----------------------|--|
| Nombre del paciente | |
| Nombre del odontólogo | |

Examen intraoral

| | | | | |
|---|--|---|----------------|------------------------------------|
| LABIOS | Grosor Tono | Plenitud labial (tubérculo en relación a comisura) | | |
| CARRILLOS | NORMALES | | GRUESOS | |
| OROFARINGE | | | | |
| PISO DE BOCA | Glándulas salivales | Normales | | Hipertróficas |
| | Saliva | Serosa | | Mucosa |
| LENGUA | Tamaño | Movilidad | | |
| MUCOSA ORAL | Superior | Rígida | Flácida | Resilente |
| | Inferior | Rígida | Flácida | Resilente |
| TAMAÑO RELATIVO ENTRE MAXILAR Y LA MANDÍBULA | I NORMAL II RETRUIDO III PROTRUIDO | APERTURA DE BOCA | | Abierta Cerrada |
| | | Paralelismo de los bordes | | Sí No |
| EXAMEN DEL MAXILAR SUPERIOR | Altura de los rebordes | Normal Reabsorbido Altos | | Lámina Paralela Estrangulada |
| | Forma del reborde | Triangular (divergente) Redondo (convergente) Cuadrado (paralelo) | | |
| | Resorción del reborde | Ligera Desigual Extensa | | |
| | Paladar duro | Plana Normal Ojival | | |
| | Torus o exostosis | Sí No | | |

| | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| | Inserción de frenillos | | |
| EXAMEN DE MAXILAR INFERIOR | ALTURA DE LOS REBORDE | Normal Reabsorbidos Altos | |
| | FORMA DE REBORDES | Triangular Redondo Cuadrado | |
| | Resorción de reborde | Ligera Desigual Extensa | |
| | Torus o exostosis | Sí No | |
| | Inserción frenillos | | |

Proceso de elaboración de prótesis N°. de historia

| FECHA | PASOS CLÍNICOS | FIJA | REMOVIBLE | TOTAL | INFERIOR | SUPERIOR | OBSERVACION |
|-------|---|------|-----------|-------|----------|----------|-------------|
| | SELECCIÓN DE CUBETAS | | | | | | |
| | IMPRESIÓN PARA MODELO DE ESTUDIO | | | | | | |
| | DISEÑO DE LA PRÓTESIS | | | | | | |
| | IMPRESIÓN FUNCIONAL | | | | | | |
| | REGISTRO DE DIMENSIÓN VERTICAL, RELACIÓN CÉNTRICA | | | | | | |
| | SELECCIÓN DE COLOR TAMAÑO Y FORMA DE DIENTES | | | | | | |
| | PRUEBAS DE LA PRÓTESIS | | | | | | |
| | COLOCACIÓN Y AJUSTE OCLUSAL | | | | | | |
| | CONTROL Y MONITOREO | | | | | | |

Anexo N°. 2 Rehabilitación oral

Recursos humanos

- 2 rehabilitadores orales.
- 2 auxiliares de odontología.

Infraestructura

- Área para consulta externa para diagnóstico.
- 2 áreas para consulta de rehabilitación oral.
- Área de esterilización.

Equipamiento

- Escritorio.
- Computadora, impresora.
- Estetoscopio.
- Tensiómetro.
- Balanza.
- Dos sillones odontológicos completos con turbina y micromotor.
- Lámparas de luz fría.
- Equipos de succión.
- Cámara intraoral (para tercer nivel).
- Radiovisógrafo (para tercer nivel).
- Negatoscopio.
- Perchas/anaqueles para materiales e insumos.
- Lámpara de luz halógena.
- Equipo radiográfico panorámico y periapical.
- Motor de baja velocidad de doble extremo (para mandril y disco de felpa).
- Vacuum.
- Vibrador de Yeso.
- Motor de alta velocidad para desgastar metal.
- Arenador.
- Autoclave vertical.
- Equipo destructor de agujas.

Instrumental mínimo

- Instrumental diagnóstico.
- Instrumental para operatoria.
- Fresas de diamante diferentes formas (redonda, en forma de pera, tronco cónica recta con punta redondeada, de fisura, flama, etc.).
- Fresas para pulir resinas grano fino y extrafino, piedras de Arkansas, fresas multihojas.
- Kit de fresas para tallado de incrustaciones.
- Kit de pulido (gomas).
- Discos Sof-Lex.
- Kit de fresas para micromotor de rehabilitación oral.
- Gutaperchero doble extremo para resina de níquel titanio.
- Espátula para cera.
- Cubetas para impresiones de dentados completas y parciales (metálicas y plásticas).
- Taza de goma.
- Espátula para cemento doble extremo de plástico y metálica.
- Vaso Dappen.
- Loseta.
- Empacador de hilo.
- Kit de instrumental para restauraciones anteriores y posteriores de níquel titanio.
- Espátula de lecron.
- Tijera para Trubase.
- Cizalla para yeso.
- Martillo para yeso.
- Calibrador para metal.
- Calibrador para cera.
- Espejo facial.
- Articulador semiajustable y ocluser.
- Colorímetro de porcelana y acrílico.
- Regla milimetrada.
- Portamatriz.
- Cubetas para dentados.
- Cubetas para desdentados.
- Lámpara de alcohol.
- Espátulas de cera.
- Platina de Fox.
- Lápiz de mina.
- Lápiz tinta.
- Espátula para alginato.
- Espátula para yeso.
- Puntas para rebajar acrílico.
- Cuchillo para yeso.

Insumos

- Kit de resinas para piezas anteriores y posteriores
- Cuñas.
- Tiras de celuloide.
- Lijas metálicas.
- Tiras de lija (plásticas).
- Papel de articular de 25 micras.
- Cánulas de Succión.
- Polvo de piedras pómez.
- Clorhexidina al 2%.
- Hidróxido de calcio resistente al ácido.
- Ionómero para base, restauración, cementación.
- Cemento dual.
- Gafas protectoras.
- Batas quirúrgicas descartables.
- Gorros quirúrgicos descartables.
- Mascarillas descartables.
- Guantes de manejo.
- Jabón líquido.
- Cidex.
- Glutaraldehído.
- Anestésico sin vaso constrictor.
- Anestésico con vaso constrictor.
- Agujas para carpule largas y cortas.
- Gasas.
- Hidrocoloide irreversible (alginato).
- Cera base.
- Cera para sellado periférico (cera de utilidad).
- Acrílico de autocurado polvo y líquido: transparente, rosado y de colores (62, 65, 66).
- Cera de mordida.
- Pasta de silicona para mordida.
- Rodetes de cera.
- Jeringa hipodérmica 1 cc.
- Hipoclorito de sodio.
- Hilo retractor gingival.
- Yeso extraduro, blanco y piedra.
- Pasta silicona liviana, pesada, mediana (de adición y condensación).
- Puntas para pulir acrílico y porcelana.
- Petrolato o glicerina.
- Acrílico autopolimerizable no exotérmico.
- Cera de condensación (azul).

- Godiva de baja fusión.
- Alcohol industrial.
- Fósforos.
- Fundas de esterilizar.
- Cinta marcadora.
- Óxido de aluminio de 50 micras.
- Pinceles para resina.
- Cemento provisional a base de hidróxido de calcio.

Referencias bibliográficas.

1. Patricia Castillo Zapata, Evaluación de la Eficacia de dos Métodos Preventivos: Educación en salud oral vs. Sellantes para Prevención de la Caries, en Escolares. Quito 2005.
2. Ramos Mg, Naranjo Mb, Castilo Pz, Balladares Ld, Latacunga Jg, Yerovi Mb, Guia de Prevención de la Caries, Comité Nacional de Protocolización IESS, Quito. Enero 2003.
3. Estrela Carlos, Control de Infecciones en Odontología. Primera Edición, Editorial Artes-Médicas Ltda..., 2005. Sao Paulo-Brasil.
4. Luoma H, Fejerskov O, Thylstrup A. Efecto del fluoruro sobre la placa dental, la estructura del diente y la caries dental. En: Thylstrup A, Fejerskov O. Caries. Ed. Doyma. Barcelona. Edición 2010.
5. Manual para la Atención Odontológica Integral, IESS. Dirección Nacional Médico Social. División Nacional de Atención Médica y Odontológica. Quito.2001
6. Manual de procedimientos en Odonto - Estomatología. El Salvador. 2004
7. Barrancos Mooney J. Operatoria dental. 3ra ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2005
8. Manual de Normas de Salud Oral. Bolivia Octubre - 2006
9. Moncada G. Ursua I. Cariología Clínica Bases Preventivas y Restauradoras 2008.
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Banco Interamericano de Desarrollo. Programa de Salud Oral, Proyecto PRAT, Protocolos Operatorios, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa Regional de Salud Oral, julio 2002. Pag 17, 18, 19,20.
11. Andlaw R J, Rock W P. Manual de Odontopediatria. 4ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003
12. Katz S, Donald J L, Stookey G K. Odontología preventiva en acción. Ciudad de la habana: Editorial científico técnica; 2004
13. Howe G L. LA EXTRACCION DENTAL. 1ª. Edición, 2ª. Reimpresión, 1982. Editorial El Manual Moderno.
14. Urzua /F. Stanke, Nuevas Estrategia en Cariología, Factores de riesgo y tratamiento, Chile, 2000.

15. Ezequiel Rodríguez, Larry White, Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y Tratamiento Segunda Edición 2008.
16. Ezequiel Rodríguez, Rogelio Casasa, Adriana Nátera, 1001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos, Primera Edición 2007.
17. Dorta Suarez, Maloclusión Dentaria y Clase III Esquelética 2007.
18. Gonzalo Uribe Restrepo, Fundamentos de Odontología, Ortodoncia Teórica y Clínica, Reimpresión 2005.
19. Adriana Nátera, Alejandro Rocha, Ezequiel Rodríguez, Características de las maloclusiones Clase II., Centro de Estudios de Ortodoncia del Bajío CEOB 2005.
20. Thomas M. Graber, Robert L. Vanarsdall, Ortodoncia Principios Generales y Técnicas, Segunda Edición.
21. James Mc Namara Jr., Tratamiento Ortodóncico y Ortopédico en la Dentición Mixta, Segunda Impresión.
22. J.C. Bennett, Mecánica en el Tratamiento de Ortodoncia y la Aparatología de Arco Recto R.P. MCLAughlin
23. Carlos Canalda Salí, Esteban Brau Aguadé, Endodoncia, Técnicas Clínicas y Bases Científicas, Segunda Edición, Editorial Masson, 2006.
24. Mario Roberto Leonardo, Tratamiento de conductos radiculares, Principios Técnicos y Biológicos, Volumen 2, Editorial Artes Médicas, 2005.
25. Barracos Patricio J, Barracos Noney, Julio, Operatoria Dental, Editorial Médica Panamericana S.A., Cuarta Edición 2006.
26. Canalda C, Brau E. Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas. Primera Edición. 2001, Segunda Edición. 2006. Barcelona (España). ELSEVIER MASSON.
27. Leonardo M.R. Endodoncia Tratamiento de Conductos Radiculares principios técnicos y biológicos. 2005.
28. Estrela C. Ciencia Endodóntica. Primera Edición. 2005. Sao Paulo- SP- Brasil. Editora Artes Médicas Ltda.
29. Cohen S. Vías de la Pulpa. Octava Edición. 2002

30. Canalda C. Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas. Primera edición 2001, Segunda Edición 2006
31. Leonardo M. R. Endodoncia Tratamiento de conductos Radiculares principios técnicos y biológicos. 2005
32. Nardo M. R. Endodoncia Tratamiento de conductos Radiculares principios técnicos y biológicos. 2005 MANTE C. Endodontia Fundamentos biológicos e Clínicos. Segunda Edición.
33. Canalda C. Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas. Primera edición 2001, Segunda Edición 2006.
34. Periodontología Clínica de Lindhe, Ed. 2007. Ed Panamericana Workshop de Periodoncia de la Asociación Americana de Periodoncia.
35. Cohen S, Hargreaves K. Vias de la Pulpa. Octava Edición. 2009. Madrid Barcelona. Editora; ELSEVIER SCIENCE.
36. Leonardo M.R. Endodoncia Tratamiento de Conductos Radiculares principios técnicos y biológicos. 2005.
37. Carranza, F A: Periodontología clínica de Glickman. 7ª. Ed Editorial Interamericana Buenos Aires, México.
38. Carranza F/A, Periodontología Clínica de Glickman II Ed. Pp 109 - 127 Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de la Habana. Normas de paradontología, la Habana. Ministerio de salud Publica Dpto. Nacional de Estomatología.
39. Collazo L. y col. Estomatitis Aftosa Recurrente y su posible relación con el parasitismo a giardia lambia. Estudio, preliminar. Rev. Cubana de estomatología (25) 1 Pag. 73-77.
40. Haas Da, Lennon D: 21 year retrospective study of reports of paresthesia following local anesthetic administration. J Can Dent Assoc;61:319-330
41. Donhoff Br: Manual of Oral and Maxilofacial Surgery 2000 Mosby,USA, 384-387.
42. Gay Scoda C.: Tratado de cirugía Bucal, 2006. Ergon Ediciones España.67-110
43. Okesson Jp. Management of temporomandibular disorders and occlusion 6th Edition, 2008. Mosby/Elsevier, USA 258-276

44. Sanchez-Perez A., et al, Tobacco as a risk factor for survival of dental implants. J Periodontol 2007 Feb;78(2):351-359
45. Coiffman F: Cirugía Plástica Reconstructiva y estética 2a ed. Barcelona: Masson/Salvat, 2004.
46. Schwartz S.: Principios de cirugía, México: McGraw-Hill Interamericana, 2006.
47. Cosme Ge, Leonardo Ba: Tratado de Cirugía Bucal Tomo I 116-153
48. Martínez Treviño Jorge Alberto: Cirugía Oral y Maxilo Facial México; Ed. Manual Moderno 2009
49. Sandner M. Olaf : Tratado de Cirugía oral Y Maxilofacial / Introducción básica a la enseñanza AMOLCA ISBN 978-958-8328-03-4
50. Medeiros Paulo José : Cirugía de dientes incluidos / Extracción del tercer molar Amolca ed. 2006 ISBN: 85-7288-352-5
51. Hobo Sumiya / Ichida Eiji / Garcia Lily : Osteointegración y Rehabilitación Oral Quintessence Publishing Co, Ltd. Marban libros ed. 1997 ISBN; 84-7101-183-2
52. Raspall Guillermo: Cirugía Maxilofacial Editorial Medica Panamericana S.A. Madrid España ISBN: 84-7903-138-7
53. Raspall Guillermo; Cirugía Oral Editorial Medica panamericana S.A. Madrid España ISBN; 84-7903-137-9

Páginas web

- <http://www.infomed-dental.com/odontoso/index.html>
- <http://www.bea-dentsitry.org.vk>
- <http://www.humanidadessucu.org.ve>
- <http://odontochile.cl/>
- <http://www.scielo.isciii.es/cielo>
- <http://www.ammvepe.com/articulos/dental.html>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article>
- http://www.odontologiaestetica.com/limpieza_dental_profesional1.htm
- http://www.sadamweb.com.ar/CIE_10
- http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PPT/CIE_10
- http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/repercusiones_de_la_difusion_debases_de_datos_y_publicacion_2.PPT
- <http://www.sdpt.net/CAR/bucal.htm>
- <http://www.sdpt.net/CAR/salud%20dental%20indices.htm>

Anexos

Manual de uso del Formulario 033 Historia Clínica Única de Odontología

Antecedentes¹

En 1967, se creó el Ministerio de Salud Pública. Hasta ese momento, los formularios de la Historia Clínica tenían un formato diseñado de acuerdo a criterios clínicos definidos por los diferentes servicios de salud.

En 1972, mediante Decreto Supremo N°. 200, se estableció la obligatoriedad la Historia Clínica Única y del Sistema Estadístico, como un conjunto de formularios y métodos de registro médico y estadístico que deben ser utilizados en los establecimientos hospitalarios del Estado, instituciones de derecho público, semipúblico y autónomas y en las instituciones de derecho privado, de acuerdo con el instructivo y manual de procedimientos dictado por Ministerio de Salud Pública.

Entre 1995 y 1996, la Dirección General de Salud y la Dirección de Planificación, integraron una comisión ministerial para analizar las posibilidades de actualización de la Historia Clínica. Esta procedió a elaborar la propuesta de rediseño de los formularios básicos para su presentación ante el Consejo Nacional de Salud (CONASA).

En agosto de 2005, el documento fue enviado al Ministerio de Salud Pública, al Proceso de Normatización, donde se analizó el documento y se propuso un pilotaje de validación de la propuesta en la red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública.

En octubre de 2006, el Directorio del Consejo Nacional de Salud, aprobó el expediente único para la Historia Clínica, con 14 formularios básicos.

En enero de 2007, mediante Acuerdo Ministerial, se aprobó la utilización de los formularios básicos actualizados de la Historia Clínica Única y de los formularios del Registro Médico Orientado por Problemas y se dispuso al Proceso de Aseguramiento de la Calidad la elaboración un plan de implementación–evaluación de los formularios de la Historia Clínica, aprobados por el CONASA (incluyendo cuatro formularios adicionales).

En ese mismo año, el equipo técnico de la Comisión de Historia Clínica realizó la implementación-evaluación de los formularios actualizados en 80 unidades operativas del MSP en las provincias de Guayas y Pichincha, cuyos resultados establecieron que el 72% de los participantes aprobó el documento sin cambios, mientras que el 28% presentó observaciones, principalmente al formato.

Posteriormente, la Comisión Ministerial de la Historia Clínica, con apoyo técnico de OPS, consolidó los aportes recopilados en la fase de implementación–evaluación y presentó 20 formularios básicos para su aprobación y aplicación.

Marco legal¹

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

Art. 11.- [...] El Sistema **establecerá los mecanismos para que las instituciones** garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, para el cumplimiento del Plan Integral de Salud de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad.

Estos mecanismos incluyen: [...]

d) Un conjunto común de datos básicos para la historia clínica,

Art. 27.- El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, implantará y mantendrá un sistema común de información sectorial que permitirá conocer la situación de salud, identificar los riesgos para la salud de las personas y el ambiente, dimensionar los recursos disponibles y la producción de los servicios para orientar las decisiones políticas y gerenciales en todos los niveles.

Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

Art. 76.- De la clasificación internacional de enfermedades.- La aplicación y uso de la clasificación internacional de enfermedades será obligatoria en todos los niveles y entidades del Sistema Nacional de Salud.

Art. 77.- De la Historia Clínica Única.- El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de autoridad sanitaria, revisará y actualizará los formularios básicos y de especialidades de la historia clínica única para la atención de los usuarios, los mismos que serán posteriormente concertados y difundidos por el Consejo Nacional de Salud en todas las instituciones prestadoras de salud del sector público, semipúblico y privado.

Art. 78.- Obligatoriedad de uso de la historia clínica única.- El uso y aplicación de la historia clínica única serán obligatorios en las instituciones de salud que integran el sistema.

Art. 79.- Responsabilidad y uso de la historia clínica.- La historia clínica, en tanto prueba documental, estará bajo la responsabilidad y custodia de la unidad o establecimiento operativo del lugar de residencia del ciudadano; se propenderá que exista una sola historia clínica por persona, que será la base para el sistema de referencia y contrarreferencia.

Disposición transitoria 4.- El plazo para el diseño de los formularios básicos que forman parte de la historia clínica única será de un año calendario, a partir de la publicación en el Registro Oficial del presente Reglamento. *(28/enero/03)*

Marco técnico¹

Definiciones de Historia Clínica

“Es el registro escrito y organizado de las actividades desarrolladas durante el proceso de la atención brindada por enfermedad y fomento de la salud a una persona, sus alteraciones y evolución de los tratamientos recibidos dentro de una unidad clínica a través de todo su ciclo vital” (OPS)

“Es un documento debidamente identificado en el que se registra la información concerniente a la salud de un paciente, sus alteraciones y evolución a través de toda su vida, cuyo propósito primordial es de servir como medio eficiente para la comunicación entre el médico tratante y los demás profesionales que intervienen en dicha atención” (OPS)

Es un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal, compuesto por un conjunto de formularios básicos y de especialidad, que el personal de la salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del usuario. (MSP)

Objetivo general

Mejorar la calidad de la atención a los usuarios mediante la utilización de un conjunto organizado de instrumentos actualizados para asegurar la integralidad de la documentación de la Historia Clínica Única.

Objetivos específicos

- Mantener disponible la evidencia documentada sobre la secuencia ordenada de los episodios de salud y enfermedad del usuario
- Mejorar la planificación de la atención a los usuarios
- Permitir una evaluación de la calidad de atención al usuario
- Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud para la toma informada de decisiones.
- Apoyar la protección de los derechos legales del usuario, del profesional responsable y del establecimiento de salud

Características

- **Veracidad.**- Registro real de las decisiones y acciones de los profesionales responsables sobre los problemas de la salud del usuario
- **Integralidad.**- Información completa sobre las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad del usuario
- **Pertinencia.**- Aplicación de criterios de racionalidad científica en el registro de los datos, de conformidad con las normas y protocolos de atención.
- **Secuencialidad.**- Mantenimiento de un orden cronológico de los formularios
- **Disponibilidad.**- Existencia real y completa de los formularios y documentos complementarios para su utilización en el momento requerido.
- **Oportunidad.**- Registro simultáneo de los datos mientras se realiza la atención
- **Calidad del registro.**- Llenado completo con claridad, legibilidad y estética, (evitando siglas o símbolos no autorizados), que incluya fecha y hora de atención, y nombre y firma del responsable.

Proceso de rediseño¹

Estructura

La Historia Clínica Única de uso ambulatorio y hospitalario está integrada por los formularios básicos, de especialidades y complementarios, que se utilizan según las necesidades de registro de los profesionales de la salud.

Modificaciones de Estructura

Los formularios para llenado manual y digital se han diseñado en hojas de cálculo. El ordenamiento de los datos se ha realizado de acuerdo a la secuencia de actividades de cada uno de los procesos asistenciales.

Todos los datos requeridos por la Historia Clínica vigente han sido clasificados y reordenados en áreas específicas de información, a los que se han agregado los nuevos datos requeridos por la actualización de los procesos preventivos y curativos.

Se ha establecido un encabezamiento y un pie de página, entre los cuales se encuentran títulos de secciones (gris oscuro), subtítulos de áreas específicas (gris claro) y celdas asignadas para el registro de los datos respectivos, de la siguiente manera:

- **Títulos numerados:** barras con el nombre del bloque de información correspondiente. En algunos títulos se describe el significado de las siglas utilizadas. Al final de algunos títulos puede aparecer la opción "No Aplica". **Subtítulos:** barras con el nombre de los

datos que deben registrarse en las celdas subyacentes o situadas a la derecha.

- **Celdas (en filas o columnas)**
- Cuadradas grises: se llenan solamente con una “X”, sin exceder sus bordes.
- Rectangulares blancas: se llenan con el texto respectivo requerido en el título o subtítulo.

- **Encabezado y pie de página**
- Nombre, sexo, número de hoja y número de historia clínica del usuario.
- Fecha y hora del llenado, nombre, firma y código del responsable.

Modificaciones de nomenclatura

- El formulario 001 (Admisión y Alta) vigente, se denomina (Admisión y Alta-Egreso).
- Los formularios 003 (Anamnesis) y 004 (Examen Físico) vigentes, se unifican en el nuevo form. 003 (Anamnesis y Examen Físico).
- El formulario 006 (Epicrisis y Transferencia) vigente, se desagrega en los nuevos form. 006 (Epicrisis) y form. 053 (Referencia).
- El formulario 024 (Autorizaciones, Exoneraciones y Retiro) contiene en el reverso los datos del Consentimiento Informado.
- Se agregan los form. 054 (Concentrado de Laboratorio) y form. 055 (Concentrado de Exámenes Especiales) que complementan el formulario 011 (Hoja de Pegado de Exámenes) vigente.
- Se agrega el anexo 1 (Ficha Familiar).
- Se agrega el anexo 2 (Hoja Prehospitalaria).

Proceso Administrativo¹

Apertura de la Historia Clínica Única

Los establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud Pública **abrirán una Historia Clínica Única (compuesto por la carpeta y el juego de formularios) a todo usuario que asiste por primera vez a demandar atención de salud.** La identificación de la H.C.U. se realiza mediante un sistema dígito-terminal simple (cinco dígitos) y compuesto (seis dígitos), de acuerdo a la complejidad de la unidad operativa y numeración correlativa (orden ascendente) A medida que progrese la conectividad del Sistema, se unificará la identificación única con el número de la Cédula de Identidad y/o Ciudadanía.

Archivo, acceso y custodia

Los archivos activo y pasivo se organizarán y funcionarán de acuerdo a normas técnicas. Su custodia será responsabilidad del establecimiento que genera la atención.

El acceso a la historia clínica estará permitido al usuario, al profesional responsable y a las autoridades judiciales y sanitarias, de acuerdo a la Ley.

La historia clínica debe conservarse por un período mínimo de 15 años, contados a partir de la fecha de la última atención: cinco años en el archivo activo y 10 años en el archivo pasivo.

Confidencialidad

Los expedientes de las historias clínicas deben conservarse en un área restringida con acceso exclusivo al personal de salud autorizado, para asegurar la confidencialidad de la información y adoptar medidas de protección para evitar la destrucción o pérdida de los documentos.

Ordenamiento

Durante la hospitalización, los formularios se ordenarán de acuerdo a la siguiente secuencia (1) Signos vitales y actividades de enfermería, (2) Administración de líquidos y medicamentos, (3) Evolución y prescripciones, (4) Notas de evolución, (5) Informes de laboratorio e imagenología.

El **Subproceso de Estadística** se encargará de registrar el nombre del paciente y el número de la Historia Clínica en todos los formularios adjuntados al expediente, mientras que el **Profesional Responsable del uso de la Historia Clínica** se encargará de numerar en forma ascendente cada uno de los grupos de formularios.

Después de concluir unos tratamientos completos, los grupos de formularios deben organizarse por orden cronológico. El personal de Estadística agrupará separadamente el conjunto de formularios de cada egreso hospitalario (episodio completo de internación) y el conjunto de formularios de cada alta de consulta externa.

Proceso técnico¹

Nomenclatura

La Comisión Ministerial de Historia Clínica ha conservado (en lo posible) la numeración y nomenclatura original de los formularios vigentes, utilizados en los diferentes niveles de complejidad .

Guía Metodológica para el registro de la Historia Clínica de Odontología (Formulario 033)

Definición

La historia clínica única de odontología para la atención ambulatoria, según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, es el instrumento técnico, legal que permite al profesional mantener registro secuencial y organizado de la atención brindada por enfermedad y fomento de la salud a una persona, sus alteraciones y evolución de los tratamientos recibidos en el servicio odontológico en todo su ciclo de vida.

Objetivo

Mantener un registro secuencial y cronológico de los datos recopilados del diagnóstico, tratamiento, evolución del progreso y/o variaciones del tratamiento y de las prescripciones efectuadas por el profesional odontólogo de acuerdo a normas y protocolos de atención.

Descripción del llenado

Encabezamiento:

a.- En la primera fila de celdas de color blanco, se escribirá el nombre del establecimiento, nombres, apellidos, sexo, edad y número de la historia clínica, o número de la cédula de identidad del usuario o paciente, datos que serán registrados exclusivamente por el personal de Estadística. En los casos de las unidades operativas que no cuenten con este servicio, le corresponderá al profesional llenarlos.

b.- Los profesionales de la salud bucal iniciarán el llenado del formulario 033 - historia clínica única de odontología, a partir de la segunda fila de celdas cuadradas, en la que se marcará **X** en el ciclo de vida que corresponda a la edad del paciente.

1.- En la **Barra No. 1, MOTIVO DE CONSULTA**, se anotará la causa en versión del informante, (palabras textuales del paciente entre comillas).

2.- En la **Barra No.2, ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL**, se registraran los síntomas en el orden secuencial descritos en el motivo de la consulta.

2.1. Para establecer la **evolución o estado actual** del paciente se realizarán las siguientes preguntas:

| | |
|--|---------------------------|
| ¿Desde cuándo o cuántos días atrás se presenta el dolor? | Cronología |
| ¿En qué lugar se presenta el dolor? | Localización |
| ¿Qué tipo de dolor siente? Pulsátil, continuo, intermitente, punzante, urente (ardor), transictivo (atravesía) | Características |
| ¿La intensidad del dolor es fuerte, mediano, débil o no presenta dolor? | Intensidad |
| ¿El dolor es provocado a los estímulos por frío, calor, dulce u otros? | Causa aparente |
| ¿El dolor se irradia al oído, cara, articulación temporomandibular, cabeza? | Síntomas asociados |

2.2. De esta manera, se registrará la **Evolución o Estado Actual** de la sintomatología evaluada en el paciente.

2.3. Cuando el paciente no refiere síntomas, se escribirá paciente asintomático.

2.4. Importante, en este ítem no se anotará los signos.

3.- En la **Barra No. 3, ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**, se marcará con **X** en la celda cuadrada a la derecha de la enfermedad, que manifieste el paciente, sea de tipo personal o familiar y, se escribirá en la celda subyacente de color blanco, el número y el nombre de la enfermedad especificando en el casillero correspondiente al paciente o al familiar que el paciente indique, considerándose hasta tercer grado de consanguinidad y primero de afinidad.

3.1. En el caso de no presentar antecedentes, se anotará no refiere antecedentes.

3.2. En el caso de observar antecedentes que denoten riesgo es mejor realizar interconsulta médica.

4.- En la **Barra No. 4, SIGNOS VITALES**, se escribirá en cada una de las celdas a la derecha, los valores que presente el paciente al momento de la toma de: **Presión arterial, Frecuencia cardíaca por minutos, Temperatura en grados centígrados y Frecuencia respiratoria en minutos** (signos vitales).

4.1. Si se observa valores fuera de lo normal lo recomendable es terminar el registro del formulario 033, solicitar interconsulta y anotar en la columna de prescripciones y colocar la patología en la columna de diagnóstico y complicaciones.

4.2. La toma de signos vitales lo realizará la auxiliar de odontología y en caso de no contar con este personal, lo efectuará el personal de Enfermería de la unidad operativa.

5.- En la **Barra No. 5, EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO**, se marcará **X** en la celda a la derecha, la patología diagnosticada y se escribirá en las celdas subyacentes de color blanco, el número y nombre de la enfermedad de la región afectada.

5.1. En el caso de no presentar patología anotar "Sin patología aparente"

6.- En la **Barra No. 6, ODONTOGRAMA**, una vez registrado el odontograma no podrá ser alterado (repintados, tachado, aumentado). Por lo tanto, se utilizará para el registro, el **color Azul** para los tratamientos previamente realizados y el **color Rojo**, para patología actual, empleando la simbología autorizada que se describe a continuación:

6.1. Cuando se diagnóstica **Movilidad**: se marcará **1, 2, 3** dependiendo del **grado de movilidad**, si aplica (**Índice modificado de Miller**).

6.2. Cuando se diagnóstica **Recesión**: se marcará **1, 2, 3, 4** dependiendo del grado de recesión (de acuerdo a la clasificación de Miller), si aplica.

6.3. Se registrará el índice de movilidad y recesión solo en piezas definitivas.

6.4. Cuando existe la necesidad de aplicar sellante en piezas definitivas se marcará ***Asterisco rojo**, en la pieza seleccionada en el odontograma.

6.5. Cuando se observa el sellante en boca se marcará *** Asterisco azul** en la/las piezas.

6.6. Cuando se realiza el diagnóstico en el paciente y se detecta la necesidad de realizar una **Extracción**, tanto en dentición temporal como en permanente, se registrará **X roja**.

6.7. Cuando en el diagnóstico se detecta que el paciente ha perdido piezas definitivas y temporales por caries se marcará **X azul**.

6.8. En piezas definitivas perdidas por otra causa, que no sea caries, se marcará **X en el centro** y se encerrará en un círculo de **color azul**.

6.9. En pacientes que requiera realizarse una endodoncia, se marcará **Triangulo de color rojo**, de acuerdo al nivel resolutivo. Se registrará en el índice CPO como cariada.

6.10. Cuando el paciente viene con la endodoncia realizada se marcará con **Triangulo Azul** y se registrará en el índice CPO como obturada.

6.11. Cuando en el paciente viene con **prótesis fija**, se registrará de **color azul**, se registrará en el índice CPO las coronas utilizadas como pónicos sanas y las reemplazadas como perdidas.

6.12. Cuando el paciente viene con **prótesis removible**, se marcará (...) en **color azul**. se registrará en el índice **CPO** como perdidas.

6.13. Cuando el paciente viene con **prótesis total**, se *marcará* = de **color azul**. **En el índice CPO, se registrará como perdidas**, y no se tomarán en cuenta **los terceros molares.+**

6.14. Cuando el paciente viene con una **corona**, se marcará de color azul, y se registra en el índice CPO, como obturado.

6.15. Cuando se detecta en el diagnóstico piezas con obturación/es realizadas se pintará **la superficie de color azul**, en la o las superficies correspondientes (tanto en piezas temporales como definitivas).

6.16. Cuando se realiza el diagnóstico y se detecta caries, se pintará la pieza cariada **con rojo** en la o las superficie afectada tanto para piezas temporales como definitivas.

6.17. Si una pieza dental restaurada presenta caries al momento del examen, se marcará como pieza cariada.

6.18. En caso de encontrar dientes supernumerarios, este se coloca en el título 11 (diagnóstico) y no se considera en el índice CPOD.

6.19. Las piezas temporales sanas perdidas por exfoliación natural, que presenten movilidad y otros, se registrarán como extracción indicada.

6.20. Cuando el paciente acuda a consulta subsecuente y presente nuevas patologías bucales, se anotarán estas en diagnóstico y complicaciones con la frase, no consta en el diagnóstico inicial.

6.21. En dentición mixta, se sacarán los indicadores CPOD y CEOD.

7.- En la **Barra No. 7, INDICADORES DE SALUD BUCAL**, en el segmento de **HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA: PIEZAS DENTALES**, se encuentran registrados los números que representan las piezas dentales seleccionadas, mismas que deberán estar completamente erupcionadas al momento de realizar el **examen de placa, cálculo y gingivitis**.

7.1. En la columna Piezas dentales, se marcará con **X** en cada celda, al lado de cada pieza, para identificar que la pieza ha sido examinada. Se continúa en la misma fila para registrar en números en las columnas contiguas de **placa, cálculo y gingivitis**, el grado de cada problema que el odontólogo llegue a diagnosticar en cada pieza examinada, como se describe en el siguiente ejemplo:

| PIEZAS DENTALES | | | | | | PLACA BACTERIANA 0-1-2-3 | CÁLCULO 0-1-2-3 | GINGIVITIS 0-1 |
|-----------------|---|----|---|----|--|-----------------------------|--------------------|----------------|
| 16 | X | 17 | | 55 | | 1 | 0 | 1 |
| 11 | | 21 | X | 51 | | 0 | 0 | 0 |
| 26 | X | 27 | | 65 | | 1 | 1 | 1 |
| 36 | X | 37 | | 75 | | 1 | 0 | 1 |
| 31 | | 41 | X | 71 | | 0 | 0 | 1 |
| 46 | | 47 | X | 85 | | 1 | 1 | 1 |

7.2. Los parámetros para cada problema se describe en la siguiente tabla:

| PLACA BACTERIANA | CÁLCULO | GINGIVITIS |
|--|--|----------------------------------|
| 0 = Ausencia | 0 = Ausencia | 0 = Ausencia de sangrado |
| 1 = Placa a nivel del tercio gingival | 1 = Cálculo supragingival | 1 = Presencia de sangrado |
| 2 = Placa hasta el tercio medio | 2 = Cálculo subgingival | |
| 3 = Placa en toda la superficie de la pieza | 3 = Cálculo sub y supragingival | |

7.3. Cuando la pieza seleccionada en la primera columna, no esté presente en boca, se examinará la pieza de al lado, y se regresará a la primera columna para continuar la secuencia vertical, como se describe en el primer ejemplo.

7.4. En la columna de piezas dentales, cuando se encuentre ausencia de las piezas, se registrará con una raya.

7.5. En las columnas de dientes definitivos, se examinarán seis piezas en total, que pueden corresponder a una de las dos columnas.

7.6. La sumatoria se realizará por columna, de manera vertical y el total se divide para el número de piezas examinadas, y ese resultado obteniéndose que es el promedio, se anotará en la fila de **TOTALES**, tanto para placa como para cálculo y gingivitis.

7.7. En las **columnas de Enfermedad periodontal, maloclusión y fluorosis**, se marcará **X** en la celda a la derecha, de acuerdo a los resultados del diagnóstico.

7.8. En caso de no diagnosticar ninguna patología, se anotará una raya.

8.- En la **Columna 8, ÍNDICES CPO-ceod**, se registrará con número los datos que se obtendrán del **odontograma**, tanto para el índice **CPOD**, que corresponde a piezas definitivas como para el índice **ceod**, que se utiliza para piezas temporales.

8.1. En la **columna total**, se anotará la sumatoria, realizada en forma horizontal, para cada indicador.

9. Simbología descrita en el odontograma.

10.- En la **Barra No. 10, PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPEUTICO Y EDUCACIONAL**, se marcará en la celda al lado derecho **X**, en el tipo de examen que se requiera solicitar: biometría, química sanguínea, rayos X, u otros, que nos ayuden a confirmar el diagnóstico.

10.1. Planes de diagnóstico. Además se escribirá en las celdas subyacentes el tipo de examen solicitado.

10.2. En **Planes terapéuticos**, se escribirá en las celdas subyacentes de color blanco los tratamientos clínicos/preventivos/curativos, que necesita realizarse el paciente. Profilaxis, sellante, operatoria dental, endodoncia, exodoncia y medicamentos y antibióticoterapia, etc. También interconsultas y referencia, si el caso lo amerita.

10.3. Los planes terapéuticos se los aplicará de acuerdo a la prioridad de tratamiento.

10.4. En lo que corresponde a **planes educacionales**, se describirán las acciones de educación en función del riesgo diagnosticado en el paciente.

11.- En la **Barra No. 11, DIAGNÓSTICO**, se escribirá en las celdas de color blanco, el diagnóstico y, en la **Columna CIE** registrará el código que corresponde a la enfermedad diagnosticada, y en las columnas **PRE** y **DEF**, se marcará **X** que corresponde a diagnóstico presuntivo o definitivo respectivamente, el orden de registro dependerá de la complejidad y urgencia de tratamiento de la patología encontrada.

11.1. En la celda **Fecha de apertura**, se registrará la fecha en que se abrió la historia clínica y se hizo el diagnóstico.

11.2. En la celda, **Fecha de control**, una vez concluido el plan terapéutico, se anotará la fecha que el paciente debe regresar para el control.

11.3. En la celda de **Profesional**, se escribirá el nombre del profesional.

11.4. En la celda **CÓDIGO**, registrará el # del código asignado a cada profesional por Control Sanitario del MSP al momento de escribir su título profesional en el Ministerio, donde debe constar libro, folio y número.

11.5. En la celda **Firma**, el profesional suscribe su firma

11.6. En la celda **Número de Hojas** anotará el número de hoja que corresponda.

12.- En la **Barra No. 12, TRATAMIENTO** en la columna **DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES**, se escribirá nuevamente el diagnóstico y las complicaciones que presente el paciente.

12.1. En el caso de no presentar complicaciones, se recomienda poner “no presenta complicaciones”.

12.2. En la columna **PROCEDIMIENTOS**, se escribirá el código de procedimiento odontológicos respectivo a la actividad realizada (ver nomenclatura de prestaciones odontológicas en el Anexo 2).

12.3. En la columna **PRESCRIPCIONES**, se escribirán las indicaciones y recomendaciones generales y específicas (ejemplo aplicación de hielo, calor, no ingerir alimentos inmediatamente, etc.). Luego se anotarán los insumos, fármacos con el nombre genérico, describiendo la forma, tiempo de aplicación, cantidad, vía y frecuencia de administración. Se escribirá la fecha de la próxima cita para continuar con el tratamiento. Una vez terminado el tratamiento se escribirá “ALTA”.

12.4. En la columna **Código y firma**, se escribirá nuevamente el código y firma en las celdas respectivas.

Recomendaciones:

1. Junto con la HCU, para la atención ambulatoria odontológica se debe utilizar y adjuntar los formularios básicos: 001 Admisión; 024 Consentimiento Informado y, cuando el caso lo amerite, se utilizarán los formularios que el profesional requiera de los que forman parte del Sistema de Información.
2. La historia clínica debe escribirse con letra clara y legible, evitando usar siglas no autorizadas.
3. La historia clínica no debe ser alterada (el odontograma no debe ser repintado ni modificado).
4. El diagnóstico tiene duración de un año calendario. Cuando el paciente regresa después de un año, se volverá a abrir una nueva HCU, pero se mantendrá el mismo número de la historia clínica y escribirá el número secuencial en orden ascendente de la hoja.

Bibliografía

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, MANUAL DE USO DE LOS FORMULARIOS BÁSICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA, Quito – Ecuador, 2008.
- Emili Cuenca Sala, Pilar Baca García, ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA, Principios, Métodos y Aplicaciones 3ª edición, ELSEVIER MASSON, Barcelona-España, 2005
- Secretaría de Salud, Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica, MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL ODONTÓLOGO DE LA UNIDAD CENTINELA, México, 2003.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA, México- marzo 2004.
- Weintraub, Douglass y Gillings, BIOESTADÍSTICA EN SALUD BUCAL 1ª edición en español; Organización Panamericana de la Salud, North Carolina, U.S.A., 1989.
- González Barrón S1, Jiménez Corona ME1, Triana Estrada J1, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED; Ureña Ciret JL2, Universidad Intercontinental (UIC); García Hernández Javier3, Facultad de Odontología, Universidad Tecnológica de México, UNITEC; Carrillo Rocha Juan DE Dios4, Universidad Justo Sierra; Rivera Cisneros AE1, Manuell Lee GR, Sánchez González JM1, Tena Tamayo C1. 30 Revista CONAMED, Vol. 8, Núm. 1, enero – marzo, 2003.

Anexo 1

Tejidos duros (piezas dentales)

Para determinar el estado de salud de las piezas dentales, se han utilizado los criterios establecidos por la OPS, basados en los índices de Klein y Palmer, Radike.

Sano

Un órgano dentario se registra sano cuando no hay evidencia de caries, ya sea tratada o sin tratar. Si el diente tiene algún defecto en el esmalte o dentina que no se relacione con la caries dental se le clasifica con el código 0. Los órganos dentarios con los siguientes defectos deberán ser codificados como sanos:

Fosas y fisuras pigmentadas en el esmalte en el que el explorador no detecte un piso reblandecido, esmalte socavado o reblandecimiento de las paredes.

Áreas del esmalte oscuras, brillosas, duras o socavadas que muestren signos de fluorosis moderada o severa.

Manchas decoloradas o ásperas.

Caries

Se anotará cariado cuando se presenta lesión, fosetas o fisuras o bien en superficies lisas donde se detecte un piso reblandecido, esmalte socavado o paredes reblandecidas. Un órgano dentario con una restauración temporal se clasificará como cariado.

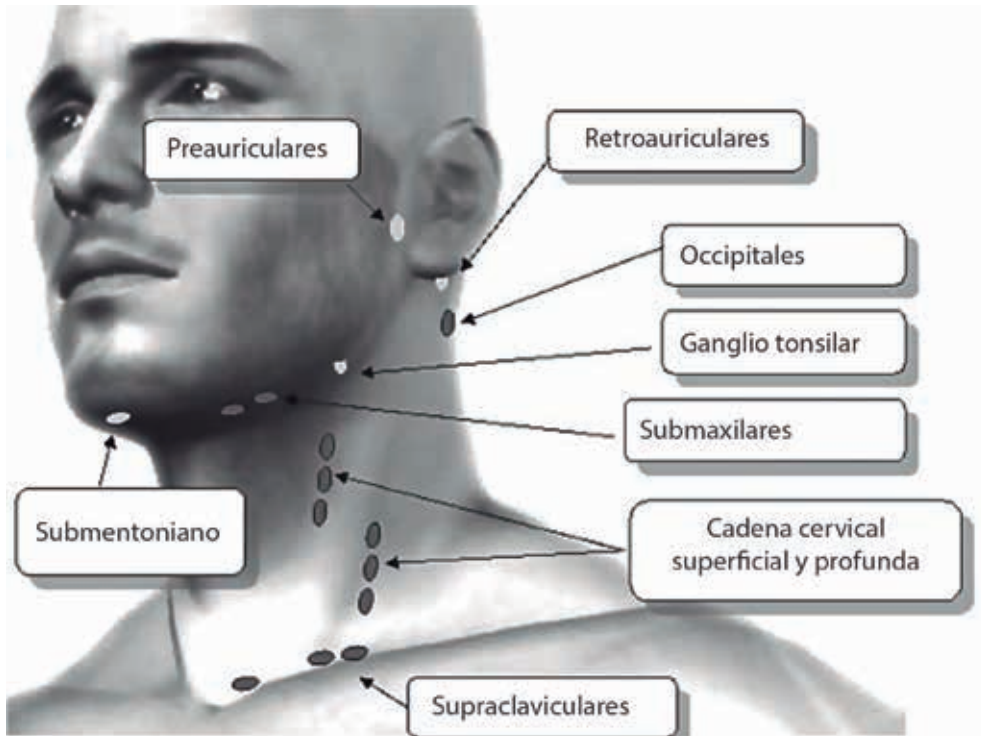
En superficies proximales es necesario que el explorador penetre en la lesión con certeza. Cuando haya duda, no se reportará como cariado.

Cómo realizar el examen del sistema estomatognático:

5. **Labios.-** Observar tamaño, color y movilidad, contorno, consistencia de los labios y comisuras, cambios en las características de la piel y mucosas. Describir lo patológico.
6. **Mejillas.-** Se debe evaluar el color, textura, sequedad, presencia de membranas, ulceraciones, tumor y alteraciones de la sensibilidad.
7. **Maxilar superior.-** Abriendo la boca y con los dedos índice y pulgar examinar bilateralmente desde la línea media hacia atrás las apófisis alveolares de los maxilares

8. **Maxilar inferior.-** Se debe realizar un minucioso examen de la cara en la zona articular, así como también de los músculos masticadores, palpando las zonas doloridas. Asimismo se prestará atención a los chasquidos que se producen en el movimiento, así como a las características o limitaciones de los movimientos.
9. **Lengua.-** Examinar forma y movilidad de la lengua, evaluar relación entre tamaño de la lengua y tamaño de la cavidad bucal, examinar, en cara dorsal, en toda la superficie las papilas; en cara ventral, el frenillo lingual; en bordes laterales cualquier anomalía.
10. **Paladar.-** Examinar tamaño, color, consistencia de paladar duro blando en busca de alteraciones en su cierre, como fisuras o alteraciones en la movilidad; evaluar características de la úvula, de las amígdalas palatinas, pilares y mucosa de la faringe observando el tamaño, color, presencia de úlceras, secreción purulenta o membranas.
11. **Piso de boca.-** Observar en la parte anterior y media las eminencias sublinguales, su forma cilíndrica, horizontales de tejido levemente elevado y que contiene las glándulas sublinguales. Comprobar el flujo normal de saliva de las mismas.
12. **Carrillos.-** Inspeccionar conducto parotídeo o de Stenon buscando su desembocadura a nivel del segundo molar superior, en forma simultánea realizar palpación de la glándula parótida observando la salida de saliva y las características de esta así como si hay o no edema o alguna alteración, observar la mucosa yugal, surcovestibular, reborde alveolar, frenillos y mucosa en general tratando de detectar cambios de color, textura, consistencia, sequedad, presencia de membranas, ulceraciones, tumores, alteraciones de la sensibilidad.
13. **Glándulas salivales.-** Se deben examinar todas las glándulas con palpación bimanual. Normalmente no se palpan la parótida ni la sublingual.
 - Glándula parótida: para diferenciarla de músculo masetero hay que pedir al paciente que junte fuerte los dientes. Un aumento de volumen parotídeo puede producir aumento de volumen facial, cervical u orofaríngeo (medialización de la amígdala).
 - Cavidad oral: examinar toda la mucosa oral, el piso de la boca y los conductos excretores (ver el Stenon).
 - Características de la saliva: deben analizarse al exprimir las glándulas.

- 14. Orofaringe.-** Exploración o palpación básica utilizada y, cuando existen lesiones, se complementa por palpación digital o tacto digital, con la mano enguantada, que permite apreciar mejor la consistencia, la forma, el volumen, la sensibilidad en los pilares, las amígdalas palatinas y pared posterior de la faringe donde se debe observar el color, la forma, lesiones. movimientos y reflejos.
- 15. Articulación temporomandibular (ATM).-** Colocar las puntas de los dedos índices en cada meato acústico externo mientras el paciente hace movimientos de apertura y cierre de la boca, detectar desviaciones al lado izquierdo o derecho, limitaciones de movimientos, ruido, chasquido y presencia de dolor.
- 16. Ganglios.-** Examine de manera simultánea, preferentemente iniciando por abordaje posterior y palpando con el dedo índice y del medio de cada mano.
- Preauriculares (delante del trago de la oreja).
 - Retroauriculares o mastoideos (sobre la mastoides).
 - Occipitales, suboccipitales o nucales (en la base del cráneo).
 - Ganglio tonsilar o amigdalino (en el ángulo de la mandíbula inferior).
 - Submaxilar (a media distancia entre el ángulo mandibular inferior y el mentón).
 - Submentoniano (en la línea media, detrás de la punta del mentón).
 - Cadena cervical superficial (sobre el músculo esternocleidomastoideo).






Enfermedad periodontal

- **Leve:** profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 3 mm a 4 mm. Rx.- pérdida ósea horizontal, ligera pérdida del septum interdental, el nivel del hueso alveolar está a 3 mm o 4 mm del área de la unión cemento-esmalte.
- **Moderada:** profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 4 mm a 6 mm. Movilidad dentaria clase I. Rx.- Se puede presentar pérdida ósea horizontal o vertical, el nivel del hueso alveolar de 4 mm a 6 mm del área de la unión cemento-esmalte.
- **Avanzada:** profundidad de bolsa o pérdida de inserción de más de 6 mm, movilidad dentaria clase II o III. Rx.- Pérdida ósea horizontal y vertical, el nivel del hueso alveolar está a 6 mm de la unión cemento-esmalte.

Maloclusión:

Mala posición de las piezas dentales no solo en sus relaciones estáticas sino dinámicas, con sus piezas dentales contiguas.

| 3.1 CLASE I (NEUTROCLUSIÓN) ^{1, 8, 10} | |
|---|--|
| <p>Las oclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre maxilar superior e inferior se ubican en esta clase. El reborde triangular de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior, articula en el surco mesiobucal del primer molar permanente inferior está directamente por debajo del maxilar, superior, y ninguna de las dos está demasiado adelante o atrás en relación con el cráneo.</p> |  |
| 3.2 CLASE II (DISTOCLUSIÓN) ^{1, 8, 10} | |
| <p>Constituyen esta clase las maloclusiones en las que hay una relación distal del maxilar inferior respecto al superior. El surco mesiobucal del primer molar permanente inferior articula por detrás de la cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente</p> |  |
| 3.3 CLASE III (MESIOCLUSIÓN) ^{1, 8, 10} | |
| <p>Las maloclusiones en las que hay una relación mesial del maxilar inferior con respecto al superior. El surco mesiobucal del primer molar permanente inferior articula por delante de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior.</p> |  |

Fluorosis

Clasificación DEAN modificada

Leve.- Las zonas **blancas opacas** del esmalte involucran al menos al 25%, pero menos del 50% de la superficie del diente.

Moderado.- En esta clasificación, el 50% o más de la superficie del diente está afectada por la fluorosis. Las superficies del esmalte que se han reducido pueden aparecer desgastadas.

Severo.- Generalmente **todo el esmalte está afectado** por la fluorosis. El principal signo de diagnóstico de esta clasificación es un esmalte con excavaciones separadas y confluentes.

Una de las características para medir la fluorosis dental es que la observación en forma bilateral.

Clasificación de las recesiones gingivales de Miller

Miller, en el año 1985, realizó una clasificación muy útil de las recesiones gingivales, considerando el porcentaje de recubrimiento radicular que es posible obtener.

Clase I: recesión que no sobrepasa la línea mucogingival (LMG). No hay pérdida de hueso ni tejido blando interdental.

Clase II: recesión que llega hasta línea LMG o la excede. No hay pérdida de hueso ni tejido blando interdental.

Clase III: recesión que llega hasta la LMG o que la sobrepasa. La pérdida de hueso o de tejido blando interdental es apical respecto a la unión amelocementaria, pero coronal respecto a la extensión apical de la recesión.

Clase IV: recesión que sobrepasa la LMG. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión.

En los defectos de Clase I y Clase II, se puede lograr el recubrimiento radicular completo (100%) mientras que en las recesiones tipo III solo se puede conseguir un recubrimiento parcial. La recesión tipo IV vuelve imposible el recubrimiento radicular.



ISBN 978-9942-07-572-7



9 789942 075727

