

**Componente Normativo
Atención Integral de Salud Bucal**

**Protocolos de Atención de Salud Bucal
Primer Nivel**

**Proceso de Normatización del SNS
Subcomisión de Prestaciones del SNS
Área de Salud Bucal MSP
Abril - 2011**

ELABORADO POR:

Ministerio de Salud Pública
Normatización del SNS
Área de Salud Bucal

REVISADO POR:

Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología
Universidad Cristiana Latinoamericana. Escuela de Odontología

Subsecretaría Regional De Salud Costa Insular

Dirección Provincial de Azuay:

Dirección Provincial de Bolívar:

Dirección Provincial de Cañar:

Dirección Provincial de Carchi:

Dirección Provincial de Cotopaxi:

Dirección Provincial de El Oro:

Dirección Provincial de Esmeraldas:

Dirección Provincial de Guayas:

Dirección Provincial de Imbabura:

Dirección Provincial de Los Ríos:

Dirección Provincial de Manabi:

Dirección Provincial de Morona Santiago:

Dirección Provincial de Napo:

Dirección Provincial de Pastaza:

Dirección Provincial de Pichincha:

Dirección Provincial de Tungurahua:

Dirección Provincial de Zamora Chinchipe:

Dirección Provincial de Orellana:

I N D I C E

1. Caries mancha blanca Código CIE – 10 K02.0
2. Caries dentina Código CIE – 10 K02.1
3. Caries de cemento Código CIE – 10 K02.2
4. Caries detenida Código CIE – 10 K02.3
5. Caries recidivante Código CIE – 10 K02.8
6. Caries rampante Código CIE – K02.8
7. Pulpitis reversible Código CIE – 10 K04
8. Pulpitis irreversible Código CIE – 10 K04.0
9. Pulpitis crónica ulcerosa Código CIE – 10 K04.0
10. Pulpitis hiperplásica o Pólipo pulpar Código CIE – 10 K04.0
11. Reabsorción dentinaria interna Código CIE – 10 K03.3
12. Necrosis Pulpar CIE 10K04
13. Gangrena pulpar Código CIE – 10 K04.1
14. Pérdida de dientes debido a accidentes, enfermedades, extracción o enfermedad CIE– 10 K08.1
15. Subluxación (dientes deciduos) Código CIE – 10 K08
16. Extrusión Código CIE – 10 K08
17. Luxación lateral Código CIE – 10 K08
18. Intrusión Código CIE – 10 K08
19. Avulsión (dientes deciduos) CIE-10-K08
20. Alveolitis (Osteitis alveolar aguda) Código CIE – 10 K10.3
21. Síndrome disfunción dolorosa de la ATM Código CIE – 10 K07.6
22. Fracturas dentarias Código CIE – 10 S02.5
23. Atrición Código CIE – 10 K03.0
24. Abrasión Código CIE – 10 K03.1
25. Erosión Código CIE – 10 K03.2
26. Afracción Código CIE – 10 K03.9
27. Anodoncia Código CIE – 10 K00.0
28. Anodoncia parcial Código CIE – 10 K00.0
29. Dientes supernumerario Código CIE – 10 K00.1
30. Fusión, geminación y concrecencia Código CIE – 10 K00.2
31. Dilaceración Código CIE – 10 K00.4
32. Hipoplasia del esmalte Código CIE – 10 K00.4
33. Enanismo y microdontismo Código CIE – 10 K00
34. Dientes moteados. Fluorosis dental. Código CIE – 10 K00.3
35. Alteraciones de la formación dentaria. Displasia cementaria. Código CIE – 10 K00.5
36. Anomalías de posición Código CIE – 10 K00.5
37. Protocolos de colocación de anestésico en boca: Anestesia tópica
38. Protocolos de colocación de anestésico en boca: Anestesia infiltrativa
39. Protocolos de colocación de anestésico en boca: Anestesia troncular mandibular
40. Protocolos de cirugía menor: Exodoncia simple
41. Protocolos de prevención: Profilaxis dental o limpieza dental. Cepillado dental e hilo dental.
42. Protocolos de prevención: Barniz de flúor.
43. Protocolos de prevención: Topicaciones de flúor
44. Protocolos de prevención: Aplicación de sellantes
45. Técnica de restauración atraumática. (ART)
46. Restauración con resina de autopolimerización
47. Restauración de piezas dentales con aleación de plata
48. Educación e higiene bucal
49. Educación e higiene bucal en niñez
50. Educación e higiene bucal en Adolescentes
51. Educación e higiene bucal en Adultos
52. Bibliografía

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE SALUD BUCAL.

PRIMER NIVEL

Protocolo clínico es una secuencia ordenada de la conducta que se aplica al paciente con objeto de mejorar su estado de salud, es el conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos utilizables ante un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud.

El protocolo es la formalización del proceso empleado por el profesional odontólogo para aplicar un conjunto de conocimientos normalizados, las reglas a las contingencias que se le presentan.

VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

- Producir un importante ahorro económico y de tiempo mejorando la efectividad y eficiencia en la atención.
- Diseñar el proceso de trabajo a partir de diferentes niveles de habilidades y conocimientos.
- Diseñar un modelo de atención acorde con los recursos humanos y materiales disponibles en el momento del diseño, revisable y adaptable cuando los recursos y los conocimientos de los profesionales progresen.
- Asegurar dentro de los límites que una ciencia aplicada e inexacta permita que el proceso que se ejecuta tenga un conjunto de semejanza y uniformidad.
- Permiten reducir la incertidumbre al ofrecer al profesional odontólogo el procedimiento de diagnóstico más correcto y acelerar el proceso de toma de decisiones.
- Normar las actuaciones, de modo que en cada servicio odontológico actúen con los mismos criterios ante las mismas contingencias.
- Facilitar la evaluación de la calidad en la parte técnico científica al disponerse de un sistema de comparación, puesto que los parámetros se recogen de forma uniforme y la sistematización del trabajo permite su análisis.
- Garantizar la calidad de todas las actividades odontológicas realizadas.
- Facilitar la práctica profesional.
- Adaptar mejor al personal odontológico de nueva incorporación.

1. PROTOCOLO DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

CONSULTA ODONTOLÓGICA EXAMEN ODONTOLÓGICO		CLASIFICACIÓN CIE – 10 <u>Z01.2</u>
Definición:		
La consulta odontológica es la entrevista del usuario/a con el odontólogo, para la valoración completa del estado de su salud bucal.		
PROTOCOLO		
Historia Clínica 033 del paciente	<p>1. Anamnesis del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Datos personales. ➤ Antecedentes familiares. ➤ Antecedentes personales. ➤ Enfermedad actual. ➤ Consejería: dieta e higiene <p>2. Examen extraoral El examen consiste en una valoración del estado general del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La simetría de las dimensiones faciales. ➤ Los ojos incluyendo el aspecto del globo ocular. ➤ El color y el aspecto de la piel. ➤ Las articulaciones temporomandibulares. ➤ Los ganglios linfáticos cervicales, submandibulares y occipitales. ➤ Fosas nasales: ventilación, secreciones ➤ Puntos dolorosos de Vaillex ➤ Perfil ➤ Evaluación de músculos <p>3. Examen intraoral</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tejidos blandos, incluyendo la oro faringe y las amígdalas. ➤ Higiene bucal y estado periodontal. ➤ Piezas dentales. ➤ Oclusión ➤ Exámenes complementarios <p>4. Educación y Motivación Sobre salud bucal y fisioterapia</p> <p>5.-Diagnóstico y establecimiento de la causa. 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>	
Nota: En niños de 6 a 24 meses: 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.		
Criterio de referencia De acuerdo al diagnóstico negativo del paciente, el Odontólogo debe determinar su tratamiento o la referencia al establecimiento de segundo o tercer nivel.		

2. PROTOCOLO DEL CONTROL PRENATAL EN EMBARAZADAS

CONTROL PRENATAL	
Definición: Conjunto de actividades que se proporcionan a la embarazada como parte del Control Prenatal, que permiten realizar una valoración odontológica y establecer un diagnóstico del estado bucal de la paciente.	
PROTOCOLO	
Historia Clínica 033 del paciente.	<ol style="list-style-type: none">1. Anamnesis del paciente.<ul style="list-style-type: none">➤ Datos personales➤ Motivo de consulta➤ Enfermedad actual➤ Antecedentes familiares➤ Antecedentes personales.2. Examen extraoral El examen consiste en una valoración del estado general de la madre<ul style="list-style-type: none">➤ La simetría las dimensiones faciales.➤ Los ojos incluyendo el aspecto del globo ocular.➤ El color y el aspecto de la piel.➤ Las articulaciones témporo mandibulares.➤ Los ganglios linfáticos cervicales, submandibulares y occipitales.➤ Fosas nasales: ventilación, secreciones➤ Puntos dolorosos de Vaillex.3. Examen intraoral<ul style="list-style-type: none">➤ Tejidos blandos, incluyendo la oro faringe y las amígdalas.➤ Higiene bucal y estado periodontal.➤ Piezas dentales.➤ Oclusión4. Educación Sobre Salud Bucal5. Diagnóstico Después de los procedimientos anteriores se debe realizar el diagnóstico del estado de la salud bucal del paciente, para determinar los tratamientos que deben ser realizados.
Nota: Se brinda la consulta odontológica a las embarazadas, informando sobre su situación actual y cuidados necesarios que se deben tener para lograr un estado de salud bucal adecuado, previniendo el avance de lesiones ya existentes, y educando para que ella sea la responsable del mantenimiento de su salud bucal	

3. CARIES DENTAL

PATOLOGÍA: CARIES DENTAL

CÓDIGO CIE- 10 - K02

Definición:

Enfermedad infecto - contagiosa que produce desmineralización de la sustancia inorgánica y desnaturalización de la sustancia orgánica.

Etiología

- Es una enfermedad multifactorial:
- Microbiana
- Sustrato o dieta alimenticia
- 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)

CONTROL Y MANTENIMIENTO

Criterios de diagnóstico	Visual: lentes Clínico: Detector de caries Transiluminación Desbridación Radiográfico: Convencional Radioecoseógrafo
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 por 15 días y luego 1 vez a la semana- Enjuagatorios con flúor, 1 vez todas las noches- Uso de chicles (xilitol)- Motivación y educación

PATOLOGÍA:	
CARIES MANCHA BLANCA CÓDIGO CIE – 10 - <u>K02.0</u>	
Definición:	
Lesión que provoca en el esmalte opacidad en la base inicial de la enfermedad dando un color blanco tiza.	
Etiología	Enfermedad multifactorial
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza del área a tratar con copa de caucho • Aislamiento relativo del campo operatorio • Aislamiento absoluto (recomendable) • Secado del área y aplicación del material remineralizante: Fluoruro de Sodio neutro al 2% de acuerdo a especificaciones técnicas del fabricante 	
Control y Mantenimiento	Los fluoruros se volverán aplicar de acuerdo a lo que determine el factor riesgo Evaluación cada 3 mese durante un año.

PATOLOGÍA:	
CARIES DE ESMALTE CÓDIGO CIE – 10 - <u>K02.0</u>	
Definición:	
Destrucción de la matriz inorgánica del esmalte	
Etiología	Enfermedad multifactorial
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 lechoso a pardo mate • Se intensifica a medida que se profundiza
Criterios de diagnóstico	Clínico 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, inlays, onlays) • 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 CÒDIGO 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
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Remoción del tejido cariado con cuchareta o turbina (uso de detector de caries) • Topicación con flúor de alta concentración • Administración de anestesia • Aislado absoluto o relativo • Remoción del tejido cariado con turbina, según el caso. • Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros • Protección indirecta (Hidróxido de calcio, ionómero de base) en cavidades profundas • Obturación definitiva (amalgama, resina y/o ionómero de restauración) • Control de la oclusión 	
Complicaciones	Pulpitis Paradentosis
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 DETENIDA CÓDIGO CIE – 10 - <u>K 02.3</u>	
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	Sintomático atenuado Lesiones generalmente extensas poco profundas Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos Cavidad con cambio de coloración y formación de dentina terciaria.
Criterios de diagnóstico	Uso de detector de caries Clínico: exploración Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Esclerosis pulpar Necrosis pulpar
Exámenes complementarios	Radiográfico
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de anestesia cuando el caso lo requiere • Aislado absoluto o relativo • Remoción de dentina cariada (uso de detector de caries) • Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros • Protección indirecta (Hidróxido de calcio, Ionómero de base) • Obturación definitiva (amalgama, resina y/o Ionómero de restauración) • Control de la oclusión 	
Complicaciones	Pulpitis Necrosis pulpar
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 anterior.	
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 Alitosis Borde cavo-superficial alrededor de la restauración
Criterios de diagnóstico	Uso de revelador de caries. Clínico: exploración Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Hiperemia pulpar, pulpitis reversible Pulpitis irreversible Necrosis pulpar
Exámenes complementarios	Radiográfico
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Administración de anestesia cuando el caso lo requiere • Aislado absoluto o relativo • Retiro de restauración (amalgama con fresa carburo tungsteno) • Remoción de dentina careada • Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros • Protección indirecta (Hidróxido de calcio puntual, Ionómero de base) • Obturación definitiva (amalgama, resina y/o Ionómero de vidrio de restauración) • 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, amelogénesis imperfecta
Exámenes complementarios	Radiográfico
Plan de Tratamiento	

<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del hábito • Control de dieta • Tratamiento periodontal • Administración de anestesia cuando el caso lo requiere • Aislado 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) • Endodoncia • Exodoncia indicada (retención radicular y absceso) 	
Complicaciones	Pulpitis Necrosis Abscesos Fractura coronaria
Criterios de referencia	Si requiere de acuerdo al grado de complejidad
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y mantenimiento	Cada tres meses. Control de placa bacteriana Control de pH salival Control de dieta

4. ENFERMEDADES DE LA PULPA CODIGO CIE- 10 K04

Clasificación:

Existen diferentes clasificaciones dentro de la patología pulpar pero se tomará la clasificación de Grossman

- Pulpitis reversible
- Pulpitis aguda irreversible
- Pulpitis crónicas (Ulcerativa, hiperplásica, cálcica)
- Reabsorción dentinaria interna.
- Necrosis pulpar
- Gangrena pulpar.

PATOLOGÍA:	
PULPITIS REVERSIBLE	CÓDIGO CIE – 10 <u>K04.0</u>
Definición:	
Estado de congestión vascular de la pulpa, antes llamada hiperemia.	
Etiología	Caries Traumatismos Problemas de oclusión Preparación de cavidades sin refrigeración Excesiva deshidratación de la dentina Irritación de la pulpa por contacto a sustancias de obturación.
Manifestaciones clínicas	Dolor provocado por el frío, ácidos y dulces de mayor o

	menor intensidad, que se presenta al momento del estímulo físico y químico y luego desaparece (no superior a un minuto) y más de tres días de evolución.
Criterios de diagnóstico	Clínico: exploración Aplicación de calor y frío. Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Pulpitis irreversible
Exámenes complementarios	Radiográfico, transiluminación
Plan de Tratamiento	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Administración de anestesia ○ Aislado absoluto o relativo ○ Retirar la causa irritante. ○ Desinfección de cavidad ○ Ionómero de base ○ Protección pulpar indirecta con hidróxido de calcio, puntual y / o cemento de base (ionómero de base o cemento de fosfato de zinc). ○ Restauración definitiva
Terapéutica	Si se requiere, antiinflamatorio y / o analgésico.
Complicaciones	Pulpitis irreversible Necrosis de la pulpa
Criterios de referencia	No requiere.
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y mantenimiento	Control a la semana y luego trimestral

PATOLOGÍA:	
PULPITIS IRREVERSIBLE CÓDIGO CIE – 10 - <u>K04.0</u>	
Definición:	
Estado de inflamación pulpar.	
Etiología	Caries. Traumatismos Fracturas. Irritaciones químicas.
Manifestaciones clínicas	Dolor pulsátil, espontáneo de larga duración y exacerbado por el calor y la percusión vertical, agudo soportable en su inicio y luego insoportable, puede ser localizado o difuso, intermitente o ininterrumpido, con más de tres días de evolución.
Criterios de diagnóstico	Clínico: exploración, aplicación de calor, frío y percusión vertical. Radiográfico, transiluminación
Diagnóstico diferencial	Pulpitis reversible, Absceso dentoalveolar agudo Necrosis pulpar Gangrena pulpar
Exámenes complementarios	Radiográfico
Plan de Tratamiento	
Tratamiento Endodóntico: BIOPULPECTOMÍA TOTAL	
Terapéutica	Si lo requiere antiinflamatorio y / o analgésico
Complicaciones	Dolor postoperatorio Necrosis pulpar. Absceso dentoalveolar agudo.

	Sobreobturaciones y subobturaciones Perforaciones
Criterios de referencia	Remitir a especialidad Endodoncia
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y mantenimiento	Control radiográfico cada seis meses durante el primer año.

PATOLOGÍA:	
PULPITIS CRÓNICA ULCEROSA CODIFICACIÓN CIE – 10 <u>K04.0</u>	
Definición:	
Se caracteriza por presentar una úlcera en la superficie expuesta de la pulpa, aislando el resto de la pulpa por medio de una barrera de tejido ulcerado y de células de defensa, de tipo linfoplasmositarias.	
Etiología	Caries profunda
Manifestaciones clínicas	Dolor manifestado por la compresión de los alimentos en una cavidad de caries o una restauración defectuosa.
Criterios de diagnóstico	Clínico Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Hiperplasia pulpar Pulpitis irreversible
Exámenes complementarios	Radiográfico
Plan de Tratamiento	
Pulpotomía	
Terapéutica	Analgésicos en caso de dolor.
Complicaciones	Necrosis Absceso crónico
Criterios de referencia	Referencia a especialidad Endodoncia
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y mantenimiento	Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

PATOLOGÍA:	
PULPITIS HIPERPLÁSICA O PÓLIPO PULPAR CÓDIGO CIE – 10 <u>K04.0</u>	
Definición:	
Inflamación crónica de la pulpa joven expuesta, con aumento de volumen.	
Etiología	Se produce generalmente en dientes jóvenes 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 Pulpitis ulcerosa
Exámenes complementarios	Radiográfico
Plan de Tratamiento	
Biopulpectomía cameral.	
Terapéutica	En caso de dolor, analgésicos.
Complicaciones	Necrosis Abscesos crónicos
Criterios de referencia	Referencia a especialidad Endodoncia
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y mantenimiento	Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

PATOLOGÍA:	
REABSORCIÓN DENTINARIA INTERNA CÓDIGO CIE – 10 <u>K03.3</u>	
Definición:	
Es la reabsorción de la dentina a nivel de cámara y conducto radicular producida al parecer por dentinoclastos, llamada también mancha rosada, pulpoma o granuloma interno de la pulpa.	
Etiología	Traumatismos Idiopática
Manifestaciones clínicas	Aparecen en cámara y conducto radicular Coloración rosada cuando está en cámara Radiográficamente tiene la forma de foco al estar en conducto
Criterios de diagnóstico	Clínico Radiográfico
Criterios de referencia	Referencia a especialidad Endodoncia

PATOLOGÍA:	
NECROSIS PULPAR CÓDIGO CIE- 10 <u>K04.1</u>	
Definición: Estado de muerte de la pulpa.	
Etiología	Procesos inflamatorios o traumáticos. Agentes físicos químico o infecciosos. Evolución de pulpitis irreversibles
Manifestaciones clínicas	Asintomático Discromía (cambio de coloración de la corona)
Criterios de diagnóstico	Clínico
Diagnóstico diferencial	Gangrena pulpar Absceso crónico Absceso dento alveolar agudo Granuloma Quiste
Exámenes complementarios	Radiográfico
Plan de Tratamiento	
Necropulpectomía.	
Complicaciones	Gangrena pulpar
Criterios de referencia	Referencia a especialidad Endodoncia

PATOLOGÍA:	
GANGRENA PULPAR CÓDIGO CIE – 10 - <u>K04.1</u>	
Definición: La gangrena pulpar es la muerte pulpar acompañada de fenómenos de putrefacción.	
Etiología	Caries Fracturas
Manifestaciones clínicas	Movilidad dentaria Dolor a la percusión vertical y horizontal Asintomático Discromía (cambio de coloración de la corona) Cavidad abierta
Criterios de diagnóstico	Clínico Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Necrosis pulpar Absceso crónico Absceso dento alveolar agudo Granuloma Quiste
Exámenes complementarios	Radiográfico
Terapéutica	Antibioticoterapia
Plan de Tratamiento	
Necropulpectomía I	
Criterios de referencia	Referencia a especialidad Endodoncia

**5. OTROS TRASTORNOS DE LOS DIENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SONTÉN
CÓDIGO CIE – 10 – 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:	
LESIÓN EN TEJIDOS DE SOPORTE CÓDIGO CIE – 10 – <u>K08.1</u> <u>PERDIDA DE DIENTES DEBIDO A ACCIDENTES</u>	
Definición:	
Lesión provocada por un impacto directo que causa ruptura de algunos vasos sanguíneos, no hay ruptura de ligamento periodontal, sólo 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	
Alivio de la oclusión Dieta blanda Observación y evaluación periódica del paciente	
Complicaciones	Pulpitis Necrosis pulpar
Control y mantenimiento	Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada 3 meses

PATOLOGÍA:	
SUBLUXACIÓN (DIENTES DECIDUOS) CÓDIGO CIE – 10 – <u>K08</u>	
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 2 semanas AINES 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 3 meses

PATOLOGÍA:	
EXTRUSIÓN	CÓDIGO CIE – 10 – <u>K08</u>
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	
<p>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</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 Reabsorción ósea y /o radicular Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo
Control y mantenimiento	Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada 3 meses

PATOLOGÍA:	
LUXACION LATERAL CÓDIGO CIE – 10 – <u>K08</u>	
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 2 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 3 meses

PATOLOGÍA:	
INTRUSIÓN CÓDIGO CIE – 10 - <u>K08</u>	
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 2 o 3mm) 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	
Dependiendo de la edad del paciente, el diente reerupciona solo en niños muy pequeños Favorece la mayoría de las veces que el diente intruido es 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	Necrosis pulpar Complicaciones periapicales ocasionales Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo.
Control y mantenimiento	Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada 3 meses

PATOLOGÍA:	
AVULSIÓN (DIENTES DECIDUOS)) CÓDIGO CIE – 10 – <u>K08</u>	
Definición: La avulsión es la exarticulación de un diente fuera de su alveolo causada casi siempre por un impacto frontal en dientes primarios <u>afectados</u> , la reimplantación esta “contraindicada” por las complicaciones infecciosas que este procedimiento provocaría, poniendo en riesgo la integridad del germen en formación.	

PATOLOGÍA:	
ALVEOLITIS (OSTEITIS ALVEOLAR AGUDA) CÓDIGO CIE- 10 - <u>K10.3</u>	
Definición:	
Infección alveolar post exodoncia dentaria causada por la desintegración del coágulo en su alveolo dentario.	
Etiología	Pérdida del coágulo sanguíneo Sepsis quirúrgica o post quirúrgica.
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 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 alvogil 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 Trismos
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 Tomografía
Plan de Tratamiento	
Rehabilitaciones oclusales. (prótesis) Placas miorrelajantes Desgaste selectivo en puntos de contacto prematuros de acuerdo al caso. Mecanoterapia. Fisioterapia (cuello) Terapia psicológica (bruxismo) Ortodoncia	
Criterios de referencia	Transferencia a la especialidad de rehabilitación oral e interconsulta con otras especialidades, nutricionistas para un mejor manejo de la dieta blanda o líquida, en algunos casos el requerimiento es psicológico y fisioterapéutico para complementar su tratamiento de rehabilitación.

PATOLOGÍA:	
FRACTURAS DENTARIAS CÓDIGO CIE – 10 – S02.5	
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.
Clasificación	<p>De acuerdo al compromiso anatómico pueden clasificarse en:</p> <p>Tipos de fracturas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Esmalte <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 2.- Tejidos periodontales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concusión ▪ Subluxación ▪ Luxación extrusiva, intrusiva y lateral ▪ Avulsión completa 3.- Lesiones de mucosa y tejido gingival. <ul style="list-style-type: none"> Abrasión Contusión Laceración 4.- Tejidos de soporte <ul style="list-style-type: none"> Fracturas de proceso alveolar Fractura con minuta de alveolo Fractura de hueso maxilar Fractura de hueso mandibular
Manifestaciones clínicas	<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

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	
Tratamiento Odontológico: Fracturas coronarias: <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 6 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	Transferencia a la especialidad de Endodoncia, Cirugía dento alveolar o máxilo facial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere.

6. OTRAS ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES – **K03**

PATOLOGÍA:	
ATRICIÓN CÓDIGO CIE – 10 - <u>K 03.0</u>	
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	Aparición de una pequeña faceta pulida localizada en la punta de una cúspide , el reborde o un ligero aplanamiento de un borde incisal Acortamiento de la longitud del diámetro mesio distal de los dientes por atrición proximal. En la atrición avanzada se produce una coloración extrínseca amarilla o parda de la dentina expuesta al medio 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. La exposición de los túbulos dentinarios con la consecuente estimulación de los odontoblastos formando dentina secundaria o reparativa.
Criterios de diagnóstico	Clínico Radiográfico
Complicaciones	Fracturas, trastornos oclusales
Diagnóstico diferencial	Abrasión
Exámenes complementarios	Radiografía intraoral: dentoalveolar y aleta de mordida Radiografía panorámica
Plan de Tratamiento	
Restauración si el caso lo amerita.	
Control y mantenimiento	Cada 6 meses. Eliminación de la causa Tratamiento periodontal Control oclusal Rehabilitación oral: restauraciones directas, carillas, inlay, onlay, coronas

PATOLOGÍA	
ABRASIÓN CÓDIGO	CIE – 10 - <u>K03.1</u>
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	
Etiología	Traumática: Técnica inadecuada de cepillado dental Hábitos perniciosos Hábitos ocupacionales
Manifestaciones clínicas	Abrasión por técnica inadecuada de cepillado dental. Ranura en forma de y o de canal sobre el lado radicular en la unión cemento esmalte de los dientes con alguna recesión gingival a la dentina expuesta aparece ligeramente pulida. 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.
Criterios de diagnóstico	Clínico y radiográfico
Diagnóstico diferencial	Afracción Atrición Erosión
Plan de Tratamiento	
Tratamiento medidas generales Educación en la técnica de cepillado. Tipo de cepillo Tipo de pasta dental Modificación de hábitos	
Complicaciones	Caries Pulpitis Necrosis Fractura dental Trastornos oclusales
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y mantenimiento	Cada 6 meses eliminación de la causa Tratamiento periodontal Control oclusal Rehabilitación oral: restauraciones directas, carillas, inlay, onlay, coronas.

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	Es química por acidosis local intrínseca o extrínseca Es el resultado de descalcificación progresiva de los tejidos dentarios, en superficies linguales y o vestibulares en dientes antero-inferiores pudiendo mostrar una pérdida completa del esmalte a través de la disolución por el ácido clorhídrico gástrico por vómitos crónicos, reflujo gastro-esofágico, gastritis). Ingesta de gran cantidad de bebidas carbonatadas o altamente ácidas. Bulimia y Anorexia nerviosa Ocupacional.- Se presenta en trabajadores que usan ácidos para plateado, galvanizado, desoxidación, fabricación de baterías y limpiadores sanitarios.
Clasificación	Morfológica: En Fosa.- en forma de pequeñas depresiones o fosas. En Surco-Resultantes del alargamiento y fusión de fosas. En Escalera.- cuando los surcos se presentan en número de 2 o más paralelos al borde incisal. En superficie.- abarcando toda la superficie coronal Ej.: Diente de Hutchinson Atípicas.
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 Aeración Abración Hiperemia por lesión cariosa
Exámenes complementarios	Radiografía dento-alveolar Radiografía panorámica
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 6 meses.

7. ENFERMEDADES NO ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DENTALES DUROS
CÓDIGO CIE – 10 K03.9

PATOLOGÍA:	
AFRACCIÓN	CÓDIGO CIE – 10 <u>K03.9</u>
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 como los ionómeros fotopolimerizables o resinas híbridas. Placas miorrelajantes*	
Complicaciones	Pulpitis Necrosis Fractura
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y mantenimiento	Cada 6 meses.

PATOLOGÍA:	
ANODONCIA CÓDIGO CIE – 10 – <u>K00.0</u>	
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 – <u>K00.0</u>	
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.

PATOLOGÍA:	
DIENTES SÚPER NUMERARIOS CÓDIGO CIE – 10 <u>K00.1</u>	
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	
<p>Los dientes extra fórmula 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.</p> <p>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.</p> <p>Cuando está retenido ocupa la estructura ósea alveolar del espacio interradicular de los incisivos mencionados, externamente ésta retención se manifiesta por la presencia de</p>	

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.

8. ANOMALÍAS DEL TAMAÑO Y FORMA DEL DIENTE CÓDIGO CIE – 10 K00.2

PATOLOGÍA:	
FUSION, GEMINACION Y CONCRESCENCIA CÓDIGO CIE -10 <u>K00.2</u>	
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.
Clasificación	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) afectando principalmente a la parte coronaria, (dos coronas).

PATOLOGÍA:	
DILACERACIÓN CÓDIGO CIE – 10 <u>K00.4</u>	
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.	
Etiología	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. 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.
Criterios de diagnóstico	Radiografía dento-alveolar

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>

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 hipofisiario, 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	<ul style="list-style-type: none"> - Exodoncia - Carillas - Inlay- Onlay - Coronas

PATOLOGÍA:	
DIENTES MOTEADOS CÓDIGO CIE – 10 <u>K003</u>	
FLUOROSIS DENTAL	
Definición:	
La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental durante la fase de amelogénesis 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	<ul style="list-style-type: none"> - Micrograbación - Blanqueamiento - Carillas

PATOLOGÍA:

**ALTERACIONES DE LA FORMACIÓN DENTARIA
DISPLASÍA CEMENTARÍA**

CÓDIGO CIE – 10 - K00.5

Definición:

Consiste principalmente en la escasa formación de cemento y la deficiente inserción de las fibras periodontales, con la consiguiente inestabilidad de la fijación dentaria.

Los dientes están móviles y propensos a la mal posición, esta anomalía ha sido identificada en la periodontitis juvenil.

PATOLOGÍA:

ANOMALÍAS DE POSICIÓN

CÓDIGO CIE – 10 – K00.5

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.

Etiología

Podría ser hereditaria o adquirida

Hereditaria.- Cuando los maxilares son pequeños para alojar dientes grandes, produciendo 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.

Adquirida.- Hábitos perniciosos, succión digital, respiración bucal, empuje lingual, pérdidas prematuras de piezas temporales.

Tratamiento

- Ortodoncia

9.- PROTOCOLOS DE COLOCACIÓN DE ANESTÉSICOS EN LA BOCA

ANESTESIA TÓPICA	
Definición: Esta técnica está indicada para la preparación y desensibilización de la mucosa del usuario / a, previa la colocación de la anestesia local.	
Procedimiento: <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.	
Recomendaciones	De preferencia usar anestésicos tópicos en forma de pasta o gel. No usar anestésicos en spray ya que: anestesian regiones que no interesan.

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 extracciones simples.	
Procedimiento <ul style="list-style-type: none">➤ Con lenguaje simple explicar el procedimiento al paciente➤ Colocación de succión (opcional)➤ Asepsia en el lugar de colocación de la aguja➤ Calentar el cartucho de anestesia a temperatura corporal, aproximadamente a 37° C (flamear con mechero una o dos veces o calentar en manos.➤ 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 anestésicar, en el fondo del surco vestibular lo más próximo al ápice del diente a ser anestésicado➤ 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	

<p>Nota: Cuando se trata de una extracción, la anestesia debe durar más, por lo que se utiliza vasoconstrictor, el cual prolonga el período de duración del fármaco y se obtiene un campo incruento.</p>	
<p>Indicaciones</p>	<p>Piezas dentarias del maxilar superior. Piezas dentarias temporales mandibulares de 1er molar a 1er molar. Complemento de la técnica troncular. Hemostasia local.</p>
<p>Contraindicaciones</p>	<p>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.</p>
<p>Recomendaciones</p>	<p>En los pacientes pediátricos se utilizará anestésicos sin vaso constrictor</p>

<p>ANESTESIA TRONCULAR MANDIBULAR</p>
<p>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:</p>
<p>Procedimiento:</p>
<p>1.- Ubicar los puntos anatómicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trígono retro-molar. - Premolares del lado contrario. <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 diez milímetros sobre la línea de proyección posterior del plano oclusal postero inferior en el vértice del triangulo 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 a 4 mm, para alcanzar el nervio lingual, cuando cruza el

<p>borde anterior de la rama. Se deposita aquí un tercio del contenido del tubo anestésico.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<p>Pacientes con imposibilidad o limitación severa de la apertura bucal.</p> <p>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.</p> <p>Anafilaxia comprobada a la anestesia.</p>

10. PROTOCOLO DE CIRUGÍA MENOR

EXODONCIA SIMPLE
<p>Definición:</p> <p>Exodoncia es el acto quirúrgico mediante el cual se realiza la extracción del diente o dientes.</p>
<p>Procedimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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:
<p>Las exodoncias están indicadas en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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

<p>dientes permanentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Piezas destruidas que no es posible la aplicación de la <u>Odontología</u> 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 ortodóncicos en los que hay una gran discrepancia óseo dentaria, sin posibilidad de crecimiento óseo ➤ Piezas ectópicas ➤ Piezas incluidas que pueden dar patología quística, posibles reabsorciones radiculares, desequilibrio de las arcadas, problemas tumorales, siempre y cuando no exista otro tratamiento.
--

11. PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS BUCO DENTALES.

PROFILAXIS DENTAL O LIMPIEZA DENTAL	
Definición:	
La profilaxis dental, es el procedimiento odontológico que remueve la placa bacteriana blanda o mineralizada (cálculos supra y subgingivales) y las manchas sobre las piezas dentarias y es importante para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental,	
Procedimiento:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enjuagatorio con clorexidina al 2% ➤ Pigmentación de los dientes con una pastilla reveladora. (opcional) ➤ Enjuagar los dientes con agua. (opcional) ➤ Raspaje con instrumentos manuales y/o cavitron para remover la placa bacteriana, cálculos, restos alimenticios y manchas. ➤ Pulir usando un instrumento con cepillo rotatorio con una 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	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La profilaxis dental debe ser realizada cada 6 meses. ➤ Recordar que para mantener una buena salud bucal debe realizar un cepillado diario. ➤ Uso adecuado del hilo dental ➤ Uso de enjuagues

CEPILLADO DENTAL

Definición:

Es la forma mecánica de eliminación de placa bacteriana y restos alimenticios.

La duración aproximada de un cepillado no debe ser menor de cinco minutos, que es lo que aproximadamente llevaría hacer ese recorrido por todas las superficies de los dientes y de la lengua.

Procedimiento:

- Cepille los dientes anteriores colocando las cerdas sobre la encía en un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía.
- Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 ó 3 dientes por vez con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 ó 3 dientes y repita la operación.
- Mantenga un ángulo de 45 grados con las fibras en contacto con la superficie dental y la encía. Para el cepillado de los molares, cepille suavemente con un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna.
- Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo.
- Ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás.
- Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen el mal aliento.

Indicaciones

Es importante que no se humedezca el cepillo para no crear espuma, lo que nos impediría ver con claridad.

Como norma general, la cantidad de pasta dental a utilizar debe ser la del tamaño de la uña del dedo meñique de la niño/a o del tamaño de una lenteja

Recomendaciones

Los cepillos deben guardarse secos y limpios, cambiarse aproximadamente cada tres meses y no se deben compartir.

La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental a las pocas horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos una o dos veces al día. Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de acostarse.

UTILIZACIÓN DEL HILO DENTAL

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.

Procedimiento:

- Enrolle 20 centímetros de hilo dental alrededor del dedo medio de cada mano.
- Mantenga estirado 2 a 3 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 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.

Indicaciones

La limpieza con el hilo dental en los niños/as debe ser realizada por la madre o responsable del niño que esté debidamente adiestrado para que pueda insertar el hilo dental sin lesionar la papila interdientaria.

El hilo dental que se utilice para la limpieza dental debe ser sin cera deslizante.

Con el empleo del hilo dental y de un enjuague bucal (colutorios) se estaría completando de manera eficiente nuestro aseo dental diario.

BARNIZ DE FLÚOR

Definición:

La aplicación del barniz de flúor 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.

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.
- Abra el paquete del barniz
- Mezcle con el aplicador
- "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
- Si tiene dudas, siga las instrucciones del fabricante

Indicaciones

Indicar al cuidador del bebe 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.
Use 3 veces en un período de 2 semanas para la remineralización de las lesiones de manchas blancas
Aplique de 3-4 veces al año en bebes y niños pequeños con alto riesgo.

Recomendaciones

Es conveniente realizar las aplicaciones del barniz de flúor partir que salga el primer diente a boca del bebe y en niños pequeños hasta los 5 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.

La frecuencia recomendada es de tres a cuatro aplicaciones anuales, considerándose que cada aplicación supone un aporte de unos 5ml.

TOPICACIÓN CON FLÚOR	
<p>Definición:</p> <p>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.</p> <p>El flúor actúa sobre los cristales del esmalte dentario, transformando la hidroxiapatita en flúorapatita, haciendo más resistente al proceso carioso y se cree también que actúa sobre microorganismos causantes, interfiriendo su proceso destructivo.</p>	
<p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 para flúor desechable y se llena la cubeta 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 4 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	<p>Es conveniente realizar topicaciones con flúor gel acidulado al 2.3% a partir de los 6 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 5ml.</p>

APLICACIÓN DE SELLANTES (TÉCNICA ART) 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 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.
- Limpiar la superficie del diente con torundas de algodón y agua y secar con torundas de algodón.
- Acondicionamiento de las fosas y fisuras adyacentes 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 en cantidades pequeñas en fosas y fisuras.
- Colocar una pequeña capa aislante (vaselina) y aplicar la técnica de digito-presión en las fosas y fisuras de la pieza a sellar.
- Remover el exceso de material una vez que este se ha semi-endurecido.
- 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

APLICACIÓN DE SELLANTES (FOTOCURADO)

Definición:

Es una técnica de prevención de la caries dental, con preparación mínima y efectiva.

Procedimiento:

- Diagnóstico clínico de la pieza a sellar.
- Profilaxis de o de las piezas a tratar con pasta sin flúor ni grasa
- Aislamiento relativo y succión
- Secar las superficies dentarias 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
- Y si existe contaminación con saliva repetir el procedimiento anterior, acondicionando esta vez solo por 5 segundos.
- En surcos con caries incipiente realizar amelooplastia (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 al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a los componentes del sellante

12. PROTOCOLOS DE OPERATORIA DENTAL

TECNICA DE RESTAURACION ATRAUMÁTICA (ART)	
Definición:	
Es una técnica simplificada de atención odontológica que remueve los tejidos dentales enfermos usando solo instrumentos manuales y restaura las cavidades con cemento de ionómero de vidrio, no requiere anestesia ni equipo.	
Diagnóstico	<p>Fosas y fisuras de la superficie oclusal de premolares y molares, cuando afecta al esmalte.</p> <p>En fosa lingual de los incisivos superiores</p> <p>En los surcos vestibulares y linguales de premolares y molares</p> <p>En superficies proximales de los dientes anteriores</p> <p>Piezas dentarias que presentan manchas blanquecinas</p> <p>Caries de dentina superficial:</p> <p>Cambio de coloración de la pieza, a color amarillo oscuro o marrón.</p>
Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Selección de la pieza dental afectada • Examen del diente y limpieza de los restos alimenticios • Control Oclusal • Excavación de la lesión con caries, el instrumental rota hacia atrás y hacia delante mientras se mantiene una ligera presión. • Eliminación del esmalte careado con cucharitas de dentina. • Lavar y secar frecuentemente la pieza dental • Aislamiento relativo con rollos de algodón • Lavado y secado de la pieza dental • Colocar el acondicionador (ácido poliacrílico) • Aplicar el cemento de ionómero de vidrio, y cubrir toda la parte afectada • Realizar digito presión sobre el material con la correspondiente vaselina hasta que polimerice • Retirar los excesos. • En caso de tener la oclusión alta realizar el ajuste oclusal y pulir • Retirar aislamiento relativo • Indicar al paciente <u>no comer ni consumir líquidos</u> por el lapso de una hora. • Tratamiento Restaurativo finalizado 	
Criterios de referencia	No existen criterios de referencia, puesto que cualquier complicación puede ser resuelta en el nivel de atención donde se inició el tratamiento.
Criterios de alta	Desaparición de signos y síntomas clínicos
Control y mantenimiento	<p>Control de placa bacteriana</p> <p>Control de pH salival</p> <p>Control de dieta</p>

RESTAURACION CON RESINA DE FOTOPOLIMERIZACIÓN

Definición:

Restauración coronaria con resina de fotopolimerización en piezas dentarias posteriores.

Procedimiento

- Selección del color
- Control de los actuales puntos de contacto oclusales
- Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12%
- Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- Limpieza del área a tratar y adyacentes(bicarbonato de sodio con agua destilada en consistencia cremosa o cualquier abrasivo que no contenga flúor)
- Selección del color.
- Aislamiento del campo operatorio (Aislamiento absoluto recomendable o Aislamiento 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 con solución de gluconato de clorhexidina al 2% (por 1 minuto)
- Lavado de la cavidad por 30" y secado evitando la deshidratación
- Protección dentino pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio ácido resistente de aplicación puntual.
- Colocación de base cavitaria con ionómeros de vidrio.
- Grabado con ácido ortofosfórico, durante 15 segundos en esmalte periférico (siempre se debe grabar) y 5 segundos en dentina.
- Lavar con abundante agua por el doble de tiempo del grabado (succión indispensable).
- Secar con papel secante, 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 interdentes si fuera necesario.
- Aplicación generosa 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 interdentes en clase III
- Empaquetamiento de la resina en capas de 1 a 2 mm en técnica incremental oblicua y fotopolimerizar (1-1.5mm colores oscuros, opacos; 2mm colores claros)
- Cada incremento por 20 segundos o según especificaciones del fabricante.
- Fotopolimerizar 5 segundos indirectamente o alejada y el resto cerca
- Fotopolimerizar cada incremento inicialmente a través del substrato dentario durante 20 a 40 segundos (dependiendo del color del material), y ha continuación
- Otro tiempo similar en forma directa. Cuidándose de no sobre obturar o sobredimensionar la restauración y diseñando una excelente morfología que en ningún momento varié la relaciones y los perfiles de emergencia.
- Retirar banda de celuloide, cuñas.
- Retiro del aislamiento
- Verificación de oclusión y eliminación del excedente (fresas de granos y ultrafina)
- Pulido inmediato
- Colocación de protector de resina, sellante

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	a) Restauración con Amalgama clase I b) 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 ○ Limpieza del área a tratar y adyacentes con torunda embebida en clorexidina al 2%. Enjuague de las mismas. ○ 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 con solución de gluconato de clorhexidina al 2% ○ Lavado de la cavidad por 30" y secado evitando la deshidratación ○ Protección dentino pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio ácido resistente de aplicación puntual. ○ Fluorización de 2 a 4 minutos ○ Colocación de base cavitaria con ionómeros de vidrio ○ Colocación de la amalgama, condensado en la cavidad utilizando la técnica incremental horizontal en capas. ○ Reconstrucción de la morfología dental (tallado y bruñido) ○ Verificación de la oclusión y eliminación del excedente ○ Pulido de la amalgama en 48 horas ○ Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12% ○ Anestesia infiltrativa o troncular según el caso ○ Limpieza del área a tratar y adyacentes con torunda embebida en clorexidina al 2%. Enjuague de las mismas. ○ 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 ○ Diseño y preparación cavitaria en la que se debe observar un estricto paralelismo o convergencia de las paredes y desinfección con solución de gluconato de clorhexidina al 2% por 30" ○ Lavado de la cavidad por 30" y secado evitando la deshidratación. ○ Preacuñamiento con el fin de liberar contactos interproximales para la posterior utilización de bandas y porta matrices. ○ Protección dentino pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio ácido resistente de aplicación puntual. ○ Colocación de base cavitaria con ionómeros de vidrio ○ Colocación de la amalgama, condensado en la cavidad utilizando la técnica incremental horizontal en capas. ○ Reconstrucción de la morfología dental (tallado y bruñido) ○ Verificación de la oclusión y eliminación del excedente ○ Pulido de la amalgama en 48 horas. 	
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y mantenimiento	Cada seis meses

13. 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 la madre o responsable del niño: <ul style="list-style-type: none">○ 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 (2 veces al día) sólo con gasa o una tela suave embebida en agua hervida tibia. 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 <ul style="list-style-type: none">○ Realizar la demostración práctica a la madre o responsable del niño luego evalúa 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 topicaciones de flúor	
Recomendaciones	Las consultas odontológicas serán trimestrales, o mensuales en caso de alto riesgo de caries.

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.	
NIÑOS PRE-ESCOLARES (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 (0.15g) 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, sin utilizar pastas que contengan flúor, solo con agua limpia.	
Control y mantenimiento	Semestral: control de dieta

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.	
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:	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Profilaxis con o sin pasta fluorada, utilizando baja velocidad. ○ Asesoría de la técnica de cepillado ○ Se indicará y demostrará prácticamente el uso del hilo dental. ○ Con criterio de riesgo se realizará topicaciones de flúor ○ Con criterio de riesgo se podrá realizar topicaciones de flúor o aplicación de flúor gel con cubetas. ○ Uso de hilo dental 	
Control y mantenimiento	Semestral: dieta

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.	
ADOLESCENTES Y ADULTOS	
Cuidados en casa:	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Uso de pasta dental. ○ Práctica de técnica de cepillado correcta que abarque todas las caras de los dientes. ○ Uso de hilo dental. ○ Uso de enjuague de flúor al 0.05% diario (en caso de utilizar aparatos ortodónticos y/o indicaciones del especialista). 	
Cuidados en consultorio:	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Profilaxis con o sin pasta fluorada, utilizando baja velocidad. ○ Asesoría de la técnica de cepillado ○ Se indicará y demostrará prácticamente el uso del hilo dental. 	
Control y mantenimiento	Control semestral en adolescentes y por lo menos una vez al año en adultos.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS BUCALES	
AUTOEXAMEN	
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	
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	
Procedimiento:	
Previo al autoexamen el paciente debe contar con:	
<ul style="list-style-type: none"> Ø Motivación: Lograr que el paciente se empodere de “Hago esto porque es bueno para mí” Ø Disponer de 5-10 minutos libres cada seis meses. Ø Tener privacidad. Ø Contar con un espejo facial. Ø Poseer conocimiento de la metodología. 	
El paciente deberá:	

1. Lavarse bien las manos.
 - Colocarse frente a un espejo.
 - Si tiene prótesis (dentadura postiza), retirarsela
2. Observar y palpar sus labios y la mucosa encía labial.
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, muévela en todas las direcciones. Palpe 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. <p>Concientizar al autoexamen como “Garantía de vida”</p>
---------------------	--

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Barrancos Mooney J. Operatoria dental. 3ra ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2005
- Andlaw R J, Rock W P. Manual de Odontopediatria. 4ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003
- Katz S, Donald J L, Stookey G K. Odontología preventiva en acción. Ciudad de la habana: Editorial científico técnica; 2004
- Howe G L. LA EXTRACCION DENTAL. 1ª. Edición, 2ª. Reimpresión, 1982. Editorial El Manual Moderno.
- Romero J. CURSO DE EXODONCIA. 2ª. Edición, 1981. Editorial UNAM.
- Birn H.- Whiter JE. ATLAS DE CIRUGIA ORAL. Editorial Salvat, 1ª. Edición.
- Kalil, Sandra, y otros DENTISTICA ODONTOPEDIATRIA, Técnicas de Trábalo e Uso de Materais Dentários Librería Editora Santos, 1ª EDICA, 2000, São Paulo, Brasil 2000.
- Diagnóstico, Controle e Tratamento, Librería Editora Santos, 1ª Edicao, São Paulo Brasil 2001.
- Urzua /F. Stanke, Nuevas Estrategia en Cariología, Factores de riesgo y tratamiento, Chile, 2000.
- MSP. CONASA. Componente Normativo de Atención Integral para Adolescentes. Protocolos de Atención Odontológica para Adolescentes. (Borrador) . Abril - 2009

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>

**Componente Normativo
Atención Integral de Salud Bucal**

**Protocolos de Atención Integral
Odontológica para Adolescentes**

**Proceso de Normatización del SNS
Subcomisión de Prestaciones del SNS
Área de Salud Bucal MSP
Abril - 2011**

ELABORADO POR:

Ministerio de Salud Pública
Normatización del SNS
Área de Salud Bucal

Centro de Salud No.3 - MSP
Centro de Salud No. 9 - MSP
Dirección Provincial de Salud Pichincha. MSP
Dirección Provincial de Salud de Zamora - MSP
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora – MSP
Hospital Baca Ortiz.
Hospital Julio Endara.
Centro de Atención Ambulatoria “Cotocollao” – IESS
Centro de Atención Ambulatoria “Sur-Occidental” – IESS.
Centro de Atención Ambulatoria “El Batán” - IESS
Coordinadora Técnica - CONASA

I N D I C E

1. Protocolo para diagnóstico y tratamiento odontológico
2. Protocolos de promoción y educación en adolescentes
3. Protocolo de prevención
4. Protocolos de atención
5. Protocolo de Atención de la caries dental y tejidos periodontales
6. Protocolos de patología pulpar
7. Protocolos para trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén
8. Protocolos para anomalías dentofaciales (incluso maloclusiones)

PRESENTACIÓN

La adolescencia, es una etapa determinante en la vida de cada ser humano, en esta aparecen una serie de problemas de salud entre los que destacan los comportamientos de riesgo y otros trastornos como los relacionados con la sexualidad (embarazo, enfermedades de transmisión sexual), abuso de sustancias, problemas emocionales, trastornos alimentarios y problemas bucodentales. La adolescencia comienza con los cambios físicos de la pubertad y finaliza cuando el individuo es un adulto. Es una etapa del ser humano en donde se adquieren logros y tareas biopsicosociales básicas que marcan la calidad de vida de las personas, como: desarrollo y aceptación del cuerpo, afirmación del proceso de identidad básica, búsqueda de independencia de núcleo familiar, capacidad de autocontrol y toma de decisiones responsables, definición del proyecto de vida (profesional, familiar, social)

El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud (CONASA) consientes de la responsabilidad que le compete para mejorar el nivel de salud y vida de los adolescentes del país, a fin de cumplir con su rol Rector, en todas y cada una de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, se han elaborado los presentes protocolos de atención, con el propósito de brindar atención integral en este ciclo de vida.

Este documento contiene protocolos y algoritmos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud buco dental, basados en evidencia, con métodos y tecnología científicamente fundamentados, poniéndolo al alcance del talento humano que conforman el Sistema Nacional de Salud. Elaborado y validado con la participación de especialistas de diferentes Instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud.

INTRODUCCIÓN

En Odontología, los adolescentes son un grupo de referencia importante, pues en este período ocurren las principales variaciones buco-dento-maxilares que generan el máximo nivel de funcionalidad así como la definición de hábitos y conductas que redundarán en la salud bucal futura.

La tendencia actual de la odontología tiene como misión, prevenir, mantener y/o devolver la salud bucal a los adolescentes para mejorar su calidad de vida.

Continuamente se deben adaptar diversos aspectos de esta profesión para conseguir este objetivo y de manera especial en los llamados grupos de «riesgo». Estos grupos se denominan así por tener ciertas características que facilitan el establecimiento de patologías bucales con mayor frecuencia. Uno de ellos son los adolescentes, quienes atraviesan por una fase de cambios dramáticos que incorporados a las particularidades de cada cultura, se convierten en un reto para la práctica.

Las características de crecimiento y desarrollo en este grupo y su impacto psicosocial son muy importantes para la profesión odontológica, porque al finalizar la madurez biológica en términos dento-faciales, más la consolidación de hábitos de higiene saludables, se reflejan sobre el aspecto físico de los adolescentes, área muy valorada por ellos, que repercute de manera directa sobre su autoestima y posterior interacción social.

Como resultado de lo anterior, los adolescentes en los últimos años, han sido parte de fenómenos como la globalización, donde se promueve la cultura de la «belleza» con mayor intensidad que en años anteriores. Por tanto, es llamativo observar cada día más jóvenes con cirugías estéticas, tratamientos ortodónticos, diseños de sonrisa y otros procedimientos cosméticos.

El Estado Ecuatoriano ha definido dentro de su política de salud al grupo de adolescentes como prioritario y estableciendo estrategias de fortalecimiento de las unidades de salud bucal, donde los procesos administrativos y técnicos dirigidos a este grupo poblacional se verán potenciados por los contenidos de este documento.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Son las actividades en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación oportuna de las patologías bucodentales para evitar el avance de la enfermedad mediante acciones clínicas, quirúrgicas y/o farmacológicas que deben ser registrados en la historia clínica única

PROTOCOLO DE EXAMEN Y DIAGNOSTICO CLINICO

1. PROTOCOLO PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

ACTIVIDAD	DEFINICION	PROCEDIMIENTO
Exploración Clínica	Evaluación oral completa del estado de los tejidos duros y blandos, tanto intraoral como extraoralmente .	<p>EXAMEN CLINICO EXTRABUCAL. Inspeccionar la presencia de asimetrías faciales, tumefacciones, cicatrices, cambios de color en zonas de la piel.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Articulación témporo mandibular (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.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.3. Senos paranasales Presionar sobre los senos frontales desde debajo de las prominencias oseas 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.4. Músculos masticadores Con el dedo pulgar intrabucalmente y el índice extrabucalmente, seguir trayectoria de músculos masticadores detectando anomalías o puntos dolorosos.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>EXAMEN CLINICO INTRABUCAL. Consta de una inspección visual y de auscultación de las estructuras bucales</p> <ol style="list-style-type: none">1. 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.2. Paladar Examinar tamaño, color, consistencia, de paladar duro, blando en busca de alteraciones en su cierre, como fisuras o

		<p>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. 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</p> <p>4. Carrillos Inspeccionar conducto parotideo o de Stenon buscando su desembocadura a nivel del segundo molar superior, en forma simultánea realizar palpación de la glandula 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 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 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 mal oclusión de Angle.</p> <p>EVALUACIÓN DE TEJIDOS DENTARIOS Y PERIODONTALES.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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, bioplaca bacteriana, cálculos o concrecencias supra y subgingivales, fluorosis, problemas periodontales, dientes perdidos, no erupcionados., también debe observar oclusión dentaria, movilidad de la mandíbula, así como el grado de simetría en la apertura bucal. 2. Evaluar las restauraciones dentales. 3. Medir el grado de presencia de bioplaca bacteriana y cálculo en las superficies dentales utilizando los Índices de Higiene Oral Simplificada. 4. Para el diagnóstico gingival se utilizará el Índice de Løe y Silness. * 5. Se registraràn los Índice CPOD o ceod según, corresponda. * 6. El Odontograma se registrará de acuerdo al instructivo de la Historia Clínica.
--	--	---

EVALUACIÓN PERIODONTAL

Se realiza a través de:

1. Detección visual de signos clínicos de destrucción de tejidos
2. Medición del nivel de inserción clínico con una sonda periodontal
3. Destrucción de pérdidas óseas observadas radiográficamente.

Sondaje periodontal.

Para medir una bolsa periodontal, la sonda debe insertarse suavemente con una presión de 20 a 25 gramos 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.

El sondaje se realiza en las caras vestibular, mesial palatina o lingual y distal, una pieza por cada fila.

16/17/55

11/21/51

26/27/65

36/37/75

31/41/71

46/47/65

FLUOROSIS.

Se registrará el grado de Fluorosis para lo cual se aplicará el Índice de Deán*

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Imagenología:

Radiografías intraorales:

- Radiografías periapicales.
- Radiografías aleta de mordida
- Radiografías e Oclusales

Radiografías extraorales:

- Ortopantomografía o panorámica
- Teleradiografía lateral de cráneo
- Teleradiografía frontal de cráneo
- Cefalograma o Cefalometría.
- Radiografía lateral desenfilada de la mandíbula
- Tomografías articulares témporo mandibulares
- Tac maxilar.
- Tac mandibular

Imágenes orofaciales no radiograficas

- Resonancia nuclear magnética.
- Fotografías
- Modelos de estudio y de diagnóstico

--	--	--

2. PROTOCOLOS DE PROMOCION Y EDUCACION EN ADOLESCENTES

ACTIVIDAD	DEFINICION	PROCEDIMIENTO
EDUCACION EN HIGIENE BUCAL	Es altamente comprobado el beneficio que tiene la educación y prevención para evitar la aparición de patologías bucales.	<p>Cuidados en casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cepillado dental con de pasta dental fluorada de 1000 a 1500 ppm. ○ Práctica de técnica de cepillado correcta que abarque todas las caras de los dientes. ○ Uso de hilo dental. ○ Uso de enjuague de flúor al 0.05% diario. <p>Cuidados en consultorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Profilaxis con pasta profilactica, utilizando baja velocidad. ○ Asesoría de la técnica de cepillado. ○ Se indicará y demostrará prácticamente el uso del hilo dental. <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>Tomar el cepillo dental con el dedo pulgar bajo el mango y los cuatro dedos restantes sobre el mismo (toma palmar).</p> <p>Coloque el cepillo en la zona vestibular de los molares del lado derecho, con las cerdas paralelas a la superficie vestibular y las puntas a nivel de la encía libre con una anulación de 45°.</p> <p>Haga un movimiento de barrido de la superficie vestibular, con una presión moderada hacia abajo siguiendo la dirección del eje longitudinal de los dientes de manera que las cerdas cepillen tanto la encía como las piezas dentales, este movimiento debe ser efectuado varias veces(6-10), tomando 2 a 3 dientes a la vez hasta eliminar la placa dental.</p> <p>A continuación, coloque el cepillo en el siguiente segmento del arco dental y repita los movimientos descritos en el paso anterior. Y así, sucesivamente, hasta alcanzar el último molar del lado izquierdo. Continúe la secuencia descrita anteriormente ahora en la cara palatina.</p> <p>Finalmente, limpie las superficies oclusales, colocando las puntas de las cerdas del cepillo directamente sobre ellas y haciendo movimientos de atrás hacia adelante.</p> <p>Proceda a hacer lo mismo para los dientes inferiores, y terminar con el cepillado de todos los dientes.</p> <p>Cepillar la lengua suavemente de atrás hacia delante.</p>
USO DE LA SEDA DENTAL	Limpia las superficies proximales de la porción coronal del diente, para eliminar la placa	<p>Tome un segmento de hilo dental de unos 30 ó 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</p>

	bacteriana.	<p>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>
--	-------------	--

3. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN

ACTIVIDAD	DEFINICIÓN	PROCEDIMIENTO
PROFILAXIS DENTAL	Procedimiento clínico realizado para remover y eliminar en forma mecánica la placa bacteriana y los cálculos supra y subgingivales del diente.	<p>Ubique en el sillón dental al usuario en posición supina con una angulación de 120 grados</p> <p>Suministrar una sustancia o pastilla reveladora de placa al paciente quien la distribuye por todas las superficies dentales con la lengua y procede a enjuagar la boca con agua.</p> <p>Remoción de placa bacteriana, cálculos supragingivales y manchas ubicados en la porción coronal de los dientes con curetas de Gracey y/o ultrasonidos.</p> <p>Si hubiere sangrado aplicar una torunda de algodón embebida en peróxido de hidrogeno al 10% y luego lavar con agua</p> <p>Con baja velocidad y con una copa de caucho aplicar la pasta profiláctica para pulir las superficies del diente.</p>
Fluorización tópica	Incorpora a las superficies dentales un substancia que contiene flúor en diferentes concentraciones de acuerdo al riesgo.	<p>Ubique en el sillón dental al usuario en posición supina con una angulación de 120 grados</p> <p>Se establece el tamaño adecuado de la cubeta desechable para flúor y se coloca con una cantidad máxima de 2 ml o un tercio de su capacidad con fluoruro.</p> <p>Luego de realizar 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>Se succiona durante todo el tiempo de aplicación, ya que al remover el exceso de saliva se evita que el fluoruro se diluya.</p> <p>Finalmente se le pide al usuario que incline la cabeza hacia abajo para retirar la cubeta y succionar por 30 segundos más, después de la aplicación.</p> <p>En este procedimiento se requiere supervisión</p>

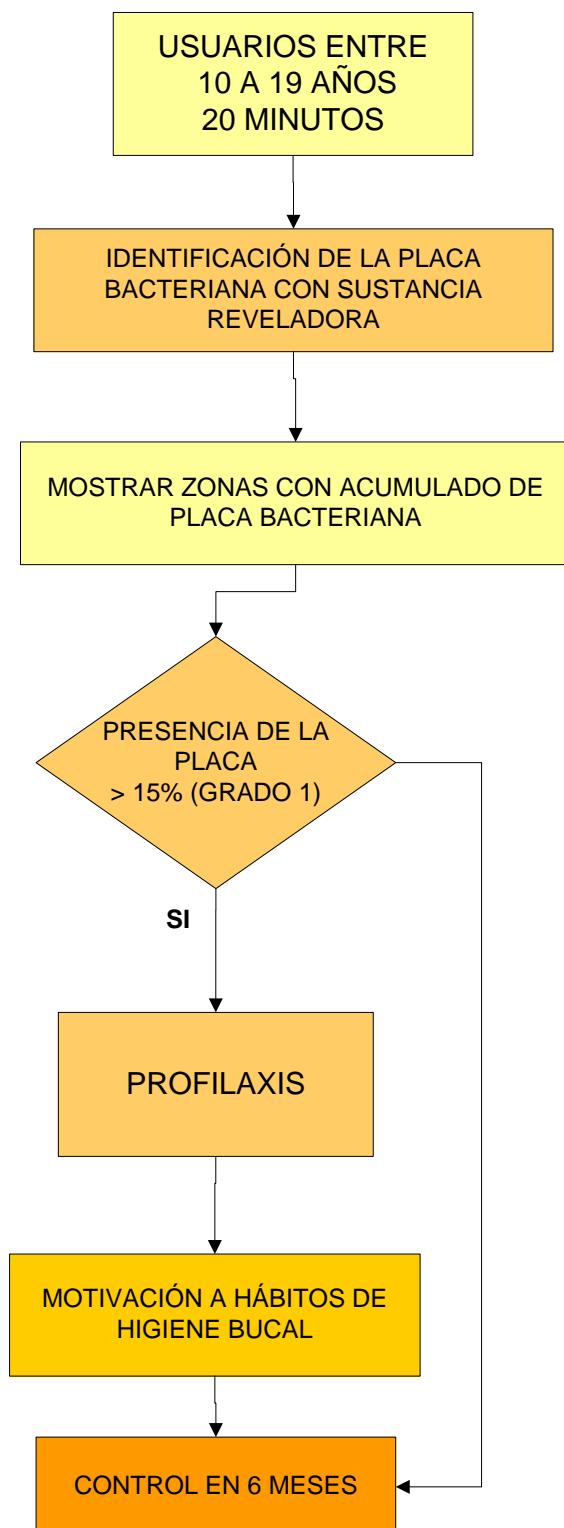
		<p>continua con el fin de prevenir accidentes con el fluoruro.</p> <p>Finalmente se darán Indicaciones generales al usuario.</p>
Aplicación de Sellantes de fotocurado	<p>Es la utilización una substancia adherente a nivel de fosas y fisuras de las piezas dentales. Para evitar la formación de caries dentales.</p>	<p>Ubicar en el sillón dental al usuario en posición supina con una angulación de 180.</p> <p>Limpiar la superficie a tratar con un cepillo profiláctico y/o una copa de goma, utilizando pastas abrasivas, controlando que al final, la superficie quede bien limpia.</p> <p>Aislamiento absoluto o relativo de la(s) superficies a sellar.</p> <p>Se seca la superficie o superficies a sellar con aire comprimido libre de impurezas.</p> <p>Grabado de la superficie del diente mediante aplicación de ácido ortofosfórico de acuerdo a las especificaciones del fabricante.</p> <p>Lavado de la superficie con agua en forma profusa por 30 a 35 segundos, teniendo especial cuidado, en el caso de aislamiento relativo con algodón, de no permitir la contaminación de la superficie grabada.</p> <p>Secado de la superficie con aire suavemente observando que la superficie quede con un aspecto lechoso y opaco, lo que indica que el procedimiento fue exitoso.</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 durante cuarenta segundos o por el tiempo estipulado por el fabricante.</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 y si se encuentran burbujas, no se debe grabar de nuevo, pues la capa inhibida de la resina permite adicionar una nueva capa sin una nueva desmineralización.</p> <p>ai Aislamiento (absoluto o relativo usado).</p> <p>ar la oclusión del usuario con papel de articular.</p> <p>s electivo si es necesario.</p>

<p>DETARTRAJE SUPRA Y SUBGINGIVAL</p>	<p>Es el procedimiento mecánico por medio del cual se eliminan los depósitos calcáreos de las superficies de las piezas dentales.</p>	<p>Ubicar en el sillón dental al usuario en posición supina con una angulación de 180.</p> <p>Previo el sondaje periodontal de scrinig (de acuerdo a la especialidad)</p> <p>Aplicar anestesia tópica en los márgenes gingivales.</p> <p>Inicie el procedimiento por las superficies vestibulares del maxilar superior lado derecho y regrese por palatino y de izquierda a derecha. Repita el procedimiento en el maxilar inferior por bucal y lingual.</p> <p>Con una cureta Gracey o ultrasonido llegar a la base del cálculo para su remoción manteniendo un punto de apoyo digital en el mismo diente que esta siendo tratado o en otro muy cercano y apoyo extraoral según sea el caso.</p> <p>Mantenga el borde activo del instrumento pegado a la superficie dentaria y realice movimientos de tracción cortos para producir la avulsión del cálculo en bloque hasta sentir una superficie lisa.</p> <p>Verifique la textura lisa de la superficie tratada con un explorador en sentido vertical y horizontal.</p> <p>Control de acuerdo al riesgo de la zona instrumentada, evalúe la condición de los tejidos blandos y de la superficie dentaria.</p> <p>Conservar la superficie dentaria húmeda a fin de reducir al mínimo el calor por fricción.</p> <p>Pulir las superficies cervicales con copas de caucho</p> <p>Verifique la textura lisa de las superficies dentarias proximales a la gingiva al concluir el pulido.</p>
--	---	--

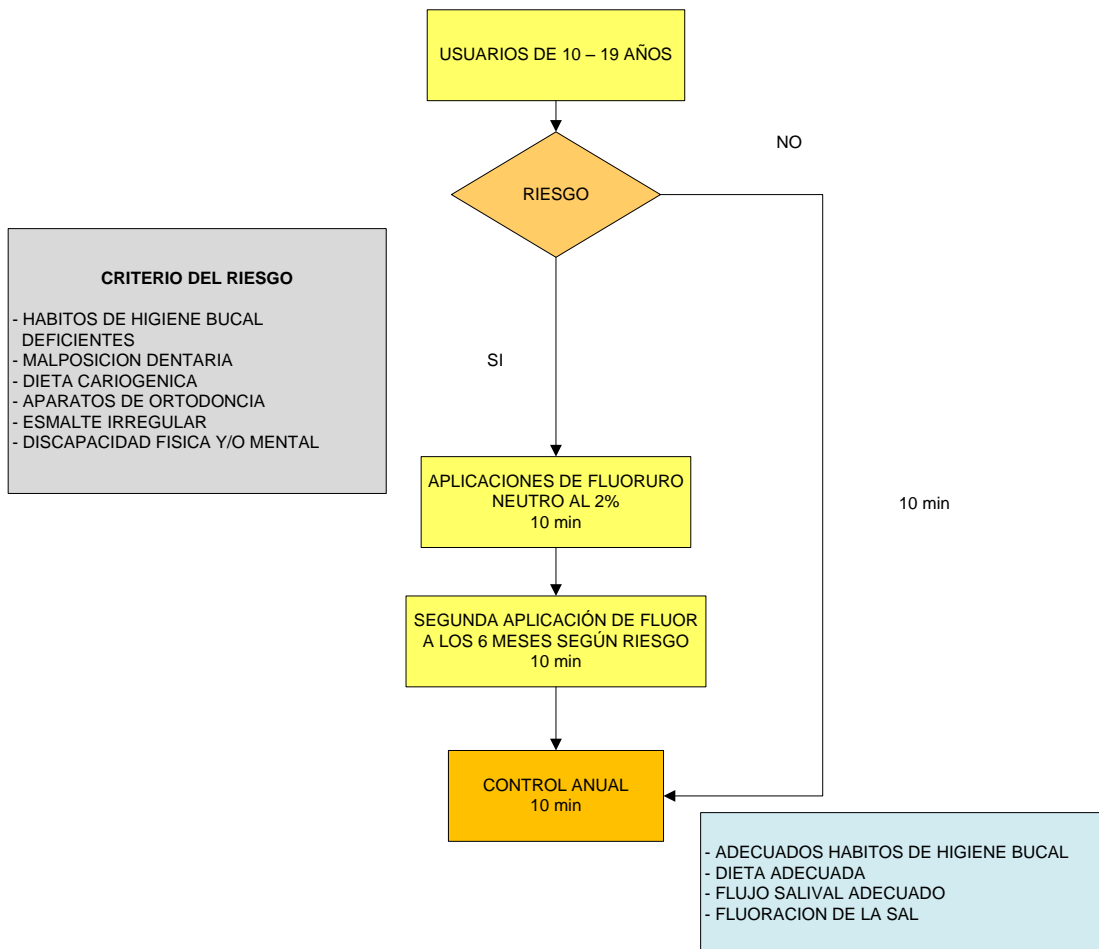
ALGORITMO DE EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL



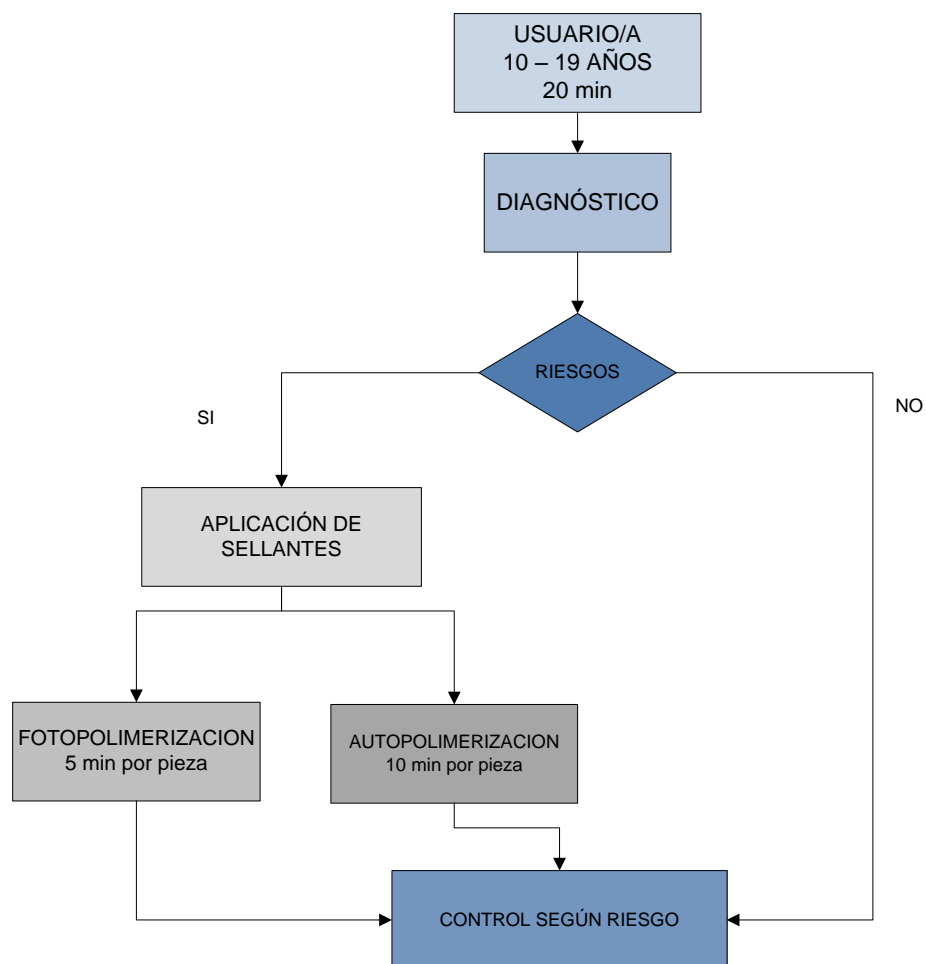
ALGORITMO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA



ALGORITMO DE TOPICACIONES CON FLÚOR



ALGORITMO DE APLICACIÓN DE SELLANTES



4. PROTOCOLOS DE ATENCION DE MORBILIDAD

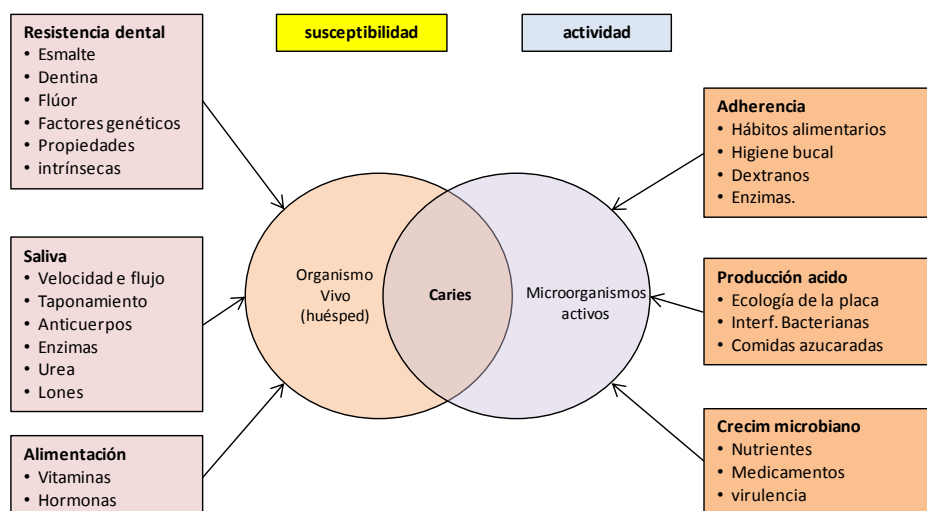
CARIES DENTAL

CODIGO	CODIFICACION CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
K02	Caries dental
K020	Caries limitada al esmalte
K021	Caries de la dentina

DEFINICION

CARIES DENTAL	Enfermedad multifactorial INFECCIOSA, transmisible que destruye los tejidos duros del diente, siendo el resultado acumulativo de un proceso dinámico que lleva a una pérdida de minerales. Este proceso es producto de continuos períodos de desmineralización y remineralización constante a los que están sometidos los tejidos dentarios en la cavidad bucal, causados por el metabolismo bacteriano en la superficie dentaria, que en el tiempo lleva a una pérdida de minerales con la consecuente aunque no siempre, cavitación.
----------------------	--

Esquemas de etiología de las caries dentales



PROTOCOLOS ATENCIÓN DE CARIES -CIE 10 K02

PATOLOGIA	DEFINICION	PROCEDIMIENTO
<p>CARIES DE MANCHA BLANCA</p>	<p>Lesión que provoca en el esmalte opacidad en la fase inicial de la enfermedad dando un color blanco tiza</p>	<p>Limpieza del área a tratar con copa de caucho Aislamiento relativo del campo operatorio Aislamiento absoluto (Recomendable) Secado del área y aplicación del material remineralizante: Fluoruro de sodio neutro al 5% de acuerdo a especificación técnicas del fabricante. Los fluoruros se volverán a aplicar de acuerdo a lo que determine el factor de riesgo. Evaluación cada tres meses durante un año.</p>
PATOLOGIA	DEFINICION	RESTAURACION DE CAVIDADES CLASE I, II CON AMALGAMA
<p>CARIES DE ESMALTE CIE K020 DENTINA CIE K021</p>	<p>Restauración coronaria con aleación de plata en piezas dentarias posteriores.</p>	<p>a) Restauración con Amalgama clase I:</p> <p>Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12%. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso. Limpieza del área a tratar y adyacentes con torunda embebida en clorexidina al 2%. Enjuague de las mismas. 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 con solución de gluconato de clorhexidina al 2%. Lavado de la cavidad por 30" y secado evitando la deshidratación. Protección dentino pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio ácido resistente de aplicación puntual. Colocación de base cavitaria con ionómeros de vidrio Colocación de la amalgama, condensado en la cavidad utilizando la técnica incremental horizontal en capas. Reconstrucción de la morfología dental (tallado y bruñido) Verificación de la oclusión y eliminación del excedente Pulido de la amalgama (próxima cita)</p> <p>b) Restauración con Amalgama clase II:</p> <p>Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12% Anestesia infiltrativa o troncular según el caso Limpieza del área a tratar y adyacentes con torunda embebida en clorexidina al 2%. Enjuague de las mismas. 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</p> <p>Diseño y preparación cavitaria en la que se debe observar un estricto paralelismo de las paredes y desinfección con solución de gluconato de clorhexidina al 2% por 30"</p>

		<p>Lavado de la cavidad por 30" y secado evitando la deshidratación.</p> <p>Preacuñamiento con el fin de liberar contactos interproximales para la posterior utilización de bandas y portamatrices.</p> <p>Protección dentino pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio ácido resistente de aplicación puntual.</p> <p>Colocación de base cavitaria con ionómeros de vidrio Colocación de la amalgama, condensado en la cavidad utilizando la técnica incremental horizontal en capas. Reconstrucción de la morfología dental (tallado y bruñido) Verificación de la oclusión y eliminación del excedente Pulido de la amalgama (próxima cita)</p>
<p>PATOLOGÍA</p>	<p>DEFINICIÓN</p>	<p>c) Restauración con Amalgama Adhesiva clase II</p> <p>Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12% Anestesia infiltrativa o troncular según el caso Limpieza del área a tratar y adyacentes con torunda embebida en clorexidina al 2%. Enjuague de las mismas. 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</p> <p>Diseño y preparación cavitaria en la que se debe observar un estricto paralelismo de las paredes y desinfección con solución de gluconato de clorhexidina al 2% por 30"</p> <p>Lavado de la cavidad por 30" y secado evitando la deshidratación.</p> <p>Preacuñamiento con el fin de liberar contactos interproximales para la posterior utilización de bandas y portamatrices.</p> <p>Protección dentino pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio ácido resistente de aplicación puntual. Colocación de base cavitaria con ionómeros de vidrio</p> <p>Acondicionamiento de bandas y portamatriz.</p> <p>Obturación cavitaria con la amalgama de plata, manejando siempre técnica incremental horizontal en capa, cuidándose de no sobreobturar o sobredimensionar la restauración y diseñando una excelente morfología que en ningún momento varíe la relaciones de oclusión del paciente, mediante la utilización de talladores y bruñidores.</p>

		<p>Se retiran bandas, cuñas y portamatriz.</p> <p>Retiro del aislamiento del campo operatorio (tela de caucho y grapas).</p> <p>Control de oclusión.</p> <p>Pulido de la superficie restaurada, preferiblemente en la siguiente cita</p>
PATOLOGIA	DEFINICIÓN	RESTAURACION DE CAVIDADES CLASE I, III Y V CON RESINA DE FOTOPOLIMERIZACION
CARIES DE ESMALTE CIE K020 DENTINA CIE K021	Restauración coronaria con resina de fotopolimerización en piezas dentarias.	<p>Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12%</p> <p>Anestesia infiltrativa o troncular según el caso</p> <p>Limpieza del área a tratar y adyacentes(bicarbonato de sodio con agua destilada en consistencia cremosa o cualquier abrasivo que no contenga flúor)</p> <p>Selección del color.</p> <p>Control de los actuales puntos de contacto oclusales</p> <p>Aislamiento del campo operatorio (Aislamiento absoluto recomendable o Aislamiento relativo)</p> <p>Eliminación del tejido cariado con turbina y/o cureta según el caso</p> <p>Diseño y preparación cavitaria conservativa, para el sector anterior se recomiendan biseles cavo superficiales cóncavos, desinfección con solución de gluconato de clorhexidina al 2%</p> <p>Lavado de la cavidad por 30" y secado evitando la deshidratación</p> <p>Protección dentino pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio ácido resistente de aplicación puntual.</p> <p>Colocación de base cavitaria con ionómeros de vidrio.</p> <p>Grabado con ácido ortofosfórico, durante 10 segundos en esmalte periférico (siempre se debe grabar) y 5 segundos en dentina.</p> <p>Lavar con abundante agua por el doble de tiempo del grabado (succión indispensable).</p> <p>Secar con torundas de algodón o aire comprimido, pero no desecar, dejando una ligera humedad en dentina, la misma que se debe observar clínicamente brillante durante todo el tiempo.</p> <p>Colocación de banda de celuloide y cuñas interdentes si fuera necesario. Aplicación generosa del adhesivo durante 20 segundos (en la dentina expuesta), friccionando todo el tiempo con el aplicador el tejido dentinal.</p> <p>Airear el adhesivo</p> <p>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.</p> <p>Fotopolimerización del adhesivo según el tiempo especificado por la casa fabricante.</p> <p>Colocación de banda de celuloide y cuñas interdentes en clase III</p> <p>Empaquetamiento de la resina en capas de 1 a 2 mm en técnica incremental oblicua y fotopolimerizar</p>

		<p>cada incremento por 20 segundos o según especificaciones del fabricante.</p> <p>Fotopolimerizar cada incremento inicialmente a través del substrato dentario durante 20 a 40 segundos (dependiendo del color del material), y ha continuación otro tiempo similar en forma directa. Cuidándose de no sobreobturar o sobredimensionar la restauración y diseñando una excelente morfología que en ningún momento varié la relaciones y los perfiles de emergencia.</p> <p>Retirar banda de celuloide, cuñas.</p> <p>Retiro del aislamiento</p> <p>Verificación de oclusión y eliminación del excedente</p> <p>Pulido a las 24 horas</p> <p>Colocación de protector de resina.</p>
		<p>RESTAURACION CON RESINA DE FOTOPOLIMERIZACION (CLASES II, IV)</p>
<p>CARIES DE ESMALTE CIE K020 DENTINA CIE K021</p>	<p>Restauración coronaria con resina de fotopolimerización en piezas dentarias</p>	<p>Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12%</p> <p>Anestesia infiltrativa o troncular según el caso</p> <p>Limpieza del área a tratar y adyacentes(bicarbonato de sodio con agua destilada en consistencia cremosa o cualquier abrasivo que no contenga flúor)</p> <p>Selección del color.</p> <p>Control de los actuales puntos de contacto oclusales</p> <p>Aislamiento del campo operatorio (Aislamiento absoluto recomendable o Aislamiento relativo)</p> <p>Eliminación del tejido cariado con turbina y/o cureta según el caso</p> <p>Diseño y preparación cavitaria conservativa, para el sector anterior se recomiendan biseles cavo superficiales cóncavos, desinfección con solución de gluconato de clorhexidina al 2%</p> <p>Lavado de la cavidad por 30" y secado evitando la deshidratación</p> <p>Protección dentino pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio ácido resistente de aplicación puntual.</p> <p>Colocación de base cavitaria con ionómeros de vidrio.</p> <p>Grabado con ácido ortofosfórico, durante 10 segundos en esmalte periférico (siempre se debe grabar) y 5 segundos en dentina.</p> <p>Lavar con abundante agua por el doble de tiempo del grabado (succión indispensable).</p> <p>Secar con torundas de algodón o aire comprimido, pero no desecar, dejando una ligera humedad en dentina, la misma que se debe observar clínicamente brillante durante todo el tiempo.</p> <p>Colocación de banda de celuloide y cuñas interdentes si fuera necesario.Aplicación generosa del adhesivo durante 20 segundos (en la dentina expuesta), friccionando todo el tiempo con el aplicador el tejido dentinal.</p> <p>Airear el adhesivoFrotar 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.</p> <p>Fotopolimerización del adhesivo según el tiempo especificado por la casa fabricante.</p>

		<p>Colocación de banda de celuloide y cuñas interdetales en clase II Empaquetamiento de la resina en capas de 1 a 2 mm en técnica incremental oblicua y fotopolimerizarcada incremento por 20 segundos o según especificaciones del fabricante.</p> <p>Fotopolimerizar cada incremento inicialmente a través del substrato dentario durante 20 a 40 segundos (dependiendo del color del material), y ha continuación otro tiempo similar en forma directa. Cuidándose de no sobreobturar o sobredimensionar la restauración y diseñando una excelente morfología que en ningún momento varié la relaciones y los perfiles de emergencia.</p> <p>Retirar banda de celuloide, cuñas.</p> <p>Retiro del aislamiento Verificación de oclusión y eliminación del excedente Pulido a las 24 horas Colocación de protector de resina</p>
PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	RESTAURACION CON IONOMERO DE VIDRIO AUTOPOLIMERIZACIÓN CLASE I, II, V
CARIES DE ESMALTE CIE K020 DENTINA CIE K021	Restauración coronaria con Ionómero de vidrio autopolimerización en piezas dentarias	<p>Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12%</p> <p>Anestesia infiltrativa o troncular según el caso</p> <p>Limpieza del área a tratar y adyacente(con pasta abrasiva)</p> <p>Control de los actuales puntos de contacto oclusales</p> <p>Aislamiento del campo operatorio absoluto(recomendable)y/o relativo</p> <p>Eliminación del tejido cariado con turbina y/o cureta según el caso</p> <p>Conformación de la cavidad y desinfección con solución de gluconato de clorhexidina 2%</p> <p>Lavado y secado de la cavidad evitando la deshidratación</p> <p>Protección dentino pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio ácido resistente de aplicación puntual.</p> <p>Acondicionamiento o nò de la cavidad con agente de enlace según especificaciones del fabricante</p> <p>Limpiar con una torunda embebida en agua y airear la cavidad evitando la deshidratación según especificaciones del fabricante</p> <p>Colocación de la matriz con cuñas en clase II</p> <p>Colocación del ionómero de vidrio</p> <p>Colocación de aislante (petrolato)</p> <p>Retiro del aislamiento del campo operatorio</p> <p>Verificación de oclusión y eliminación del excedente</p> <p>Pulido</p> <p>Colocación de aislante (petrolato)</p> <p>Recomendaciones generales al usuario</p>

PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	RESTAURACION CON IONOMERO DE VIDRIO FOTOPOLIMERIZACION CLASE I, II, V
CARIES DE ESMALTE CIE K020 Y DENTINA CIE K021	Restauración coronaria con Ionómero de vidrio fotopolimerización en piezas dentarias	<p> Enjuague bucal con gluconato de clorhexidina al 0,12% Anestesia infiltrativa o troncular según el caso Limpieza del área a tratar y adyacente(con pasta abrasiva) Control de los actuales puntos de contacto oclusales Aislamiento del campo operatorio absoluto(recomendable) y/o relativo Eliminación del tejido cariado con turbina y/o cureta según el caso Conformación de la cavidad y desinfección con solución de gluconato de clorhexidina 2% Lavado de la cavidad y secado evitando la deshidratación. Protección dentino pulpar si la profundidad de la preparación cavitaria lo requiere con hidróxido de calcio ácido resistente de aplicación puntual. Colocación del acondicionador por 30", airear por 15" y fotopolimerizar o de acuerdo a especificaciones del fabricante. Colocación de banda de celuloide o matriz metálica con cuñas interdetales en clase II Empaquetamiento del ionómero y fotopolimerizar Verificación de oclusión y eliminación del excedente Aplicación del gloss y fotopolimerización de acuerdo a las especificaciones del fabricante Retiro del aislamiento del campo operatorio Pulido a las 24 horas </p>

CRITERIO DE REFERENCIA Pulpitis aguda o crónica.
Necrosis Pulpar.

CRITERIO DE ALTA Resolución de la patología.

5. ENFERMEDADES DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES

CODIGO K04	CODIFICACION CIE 10 ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES
K04.0	Pulpitis
K04.1	Necrosis de la pulpa dentaria
K04.2	Degeneración de la pulpa dentaria
K04.3	Formación anormal de los tejidos duros de la pulpa dentaria
K04.4	Periodontitis apical aguda de la pulpa dentaria
K04.5	Periodontitis apical crónica
K04.6	Absceso periapical con fístula
K04.7	Absceso periapical sin fístula
K04.8	Quiste radicular
K04.9	Otras enfermedades y las no especificadas de la pulpa y del tejido periapical

CODIGO	CODIFICACION CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
D19	Signos y síntomas de dientes y encías
D20	Signos y síntomas de boca, lengua y labios

DEFINICION:

Enfermedad Pulpar	Es la inflamación del tejido pulpar de manera reversible o irreversible.
--------------------------	--

PROTOCOLOS DE PATOLOGIA PULPAR

PATOLOGIA	DEFINICION	PROCEDIMIENTO
PULPITIS INICIAL (HIPEREMIA PULPAR) K04.0	Acumulación excesiva de sangre en la pulpa resultado de una congestión vascular.	Examen Clínico. Examen Radiográfico. Prueba de Vitalidad Pulpar. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso. Aislamiento absoluto del campo operatorio. Apertura y limpieza de la cavidad (eliminación agente causal). Desinfección con solución de gluconato de clorhexidina al 2% durante 30” Protección pulpar indirecta con hidróxido de calcio y Obturación hermética Temporal o definitiva según criterio profesional. Control de oclusión.

PATOLOGÍA A	DEFINICIÓN	TRATAMIENTO DE LA PULPITIS REVERSIBLE
PULPITIS REVERSIBLE K04.1	Inflamación del tejido pulpar del diente con capacidad reparativa	<p>Examen Clínico. Examen Radiográfico. Prueba de Vitalidad Pulpar. Anestesia infiltrativa o troncular (según el caso). Aislamiento absoluto del campo operatorio. Apertura de la cavidad (eliminación agente causal) Desinfección con solución de gluconato de clorhexidina al 2% durante 30” Protección pulpar directa siempre que sea aséptica la herida pulpar (hidróxido de calcio químicamente puro) Protección pulpar indirecta (ionómeros) y/o Obturación temporal o permanente según el caso. Control de oclusión</p>
PATOLOGÍA A	DEFINICIÓN	TRATAMIENTO DE LA PULPITIS IRREVERSIBLE
PULPITIS IRREVERSIBLE K04.0	Inflamación pulpar sin capacidad de reparación a pesar de eliminar el agente causal.	<p>Examen Clínico. Examen Radiográfico. Prueba de Vitalidad Pulpar. Anestesia infiltrativa o troncular (según el caso). Reconstrucción de la pieza dental si es necesario. Aislamiento absoluto del campo operatorio. Apertura cameral, con fresa redonda hasta caer en cámara, luego cambiar a endo Z o fresa Batt para eliminación de techo cameral. Eliminación de Pulpa Cameral. Localización de conductos radiculares. Permeabilizar el/los conducto(s) y el orificio apical. Eliminación de la pulpa radicular (limas e irrigación). * Conductometría con apoyo radiográfico. Preparación biomecánica del/los conducto(s) (limas e irrigación),* si no es posible terminar en una sola sesión se recomienda medicación intraconducto (con vehículo a elección). Secado de conducto(s) radicular(es) con conos de papel estériles. Conometría con apoyo radiográfico. Limpieza y desinfección del/ o los conducto(s) radicular(es)**. Obturación de conductos con técnica de preferencia. Limpieza de la cámara pulpar con torunda de algodón con alcohol. Obturación provisional hermética del acceso a los conductos. (ionómero de vidrio). Control de oclusión. Radiografía de control. Restauración definitiva, a las 48 horas. Ajuste oclusal. Tratamiento Farmacológico con analgésicos y antiinflamatorios</p>

		<p>(si el caso lo requiere). Control radiográfico a los seis meses y al año.</p> <p>*Por cada lima irrigar el conducto con hipoclorito de sodio. ** Con hipoclorito de sodio al 2,5% o 5.25% (según la etiología de la patología.), suero fisiológico o agua destilada y clorexidina 2%. Antes de obturar y si el caso requiere dos citas al final de la primera sesión.</p>
PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	TRATAMIENTO DE LA NECROSIS PULPAR
<p>Necrosis Pulpar K04.1</p>	<p>Descomposición séptica o no del tejido pulpar con destrucción del sistema vascular, linfático y de fibras nerviosas.</p> <p>(Muerte Pulpar)</p>	<p>Primera Sesión Examen Clínico. Examen Radiográfico. Prueba de Vitalidad Pulpar. Anestesia infiltrativa o troncular (según el caso). Reconstrucción de la pieza dental (si es necesario). Aislamiento absoluto del campo operatorio. Apertura cameral, con fresa redonda hasta caer en cámara, luego cambiar a endo Z o fresa Batt para eliminación de techo cameral. Eliminación de Pulpa Cameral. Localización del o los conducto(s) radicular(es). Permeabilizar el conducto y el orificio apical. Eliminación de la pulpa radicular de los tercios coronal y medio (irrigación, desinfección y preparación radicular). * Conductometría con apoyo radiográfico. Eliminación de la pulpa radicular del tercio apical (irrigación, desinfección y preparación radicular). * Secado del o los conducto(s) radicular(es). Medicación intraconducto (con vehículo a elección). Tratamiento Farmacológico (si el caso lo amerita). **</p> <p>Segunda Sesión Anestesia infiltrativa o troncular (según el caso). Retiro de restauración temporal. Limpieza de cámara y conducto(s) radicular(es). *** Secado del o los conducto(s) Rradicular(es). Cronometría con apoyo radiográfico. Obturación del o los conducto(s) radicular(es) con técnica de preferencia. Limpieza de la cámara pulpar con torunda de algodón con alcohol. Obturación provisional hermética del acceso a los conductos. (ionómero de vidrio). Control de oclusión. Radiografía de control. Restauración definitiva, a las 48 horas. Control radiográfico a los seis meses y al año. * Por cada lima irrigar el conducto. **Si el tratamiento se lo hace en una sola cita se recomienda una profilaxis antibiótica. ***Con hipoclorito de sodio al 2,5% o 5.25% (según la etiología de la patología.), suero fisiológico o agua destilada y clorexidina 2%.</p>

PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS APICAL AGUDA CRÓNICA
Periodontitis Apical Aguda y Crónica K04.5 y K04.6	<p>“Es la respuesta defensiva del cuerpo frente a la destrucción de la pulpa dental y la ocupación extraña hostil del conducto radicular.”</p> <p>causada por microorganismos, traumatismos o iatrogenias</p>	<p>Primera Sesión</p> <p>Examen Clínico. Radiografía Preoperatoria. Aislamiento absoluto del campo operatorio. Reconstrucción de la pieza dental (si es necesario). Preparación de la Cavidad de acceso cameral. Eliminación de Pulpa Cameral. Localización del o los conducto(s) radicular(es). Permeabilizar el/los conducto(s) radicular(es) y el orificio apical. Eliminación de la pulpa radicular de los tercios coronal y medio (irrigación, desinfección y preparación radicular) * Conductometría con apoyo radiográfico Eliminación de la pulpa radicular del tercio apical (irrigación, desinfección y preparación radicular). * Secado del o los conducto(s) radicular(es). Medicación intraconducto (con vehículo a elección.) Obturación provisional hermética. Tratamiento farmacológico (analgésicos antiinflamatorios).</p> <p>Segunda Sesión</p> <p>Anestesia infiltrativa o troncular si el caso lo amerita. Aislamiento absoluto del campo operatorio. Retiro de restauración temporal. Localización de conducto(s) radicular(es). Limpieza y desinfección de cámara y conducto(s) radicular(es) **</p> <p>Conometría con apoyo radiográfico. Secado de Conducto(s) Radicular(es). Obturación de conducto(s) radicular(es) con técnica de preferencia. Limpieza de la cámara pulpar con torunda de algodón con alcohol. Obturación provisional hermética del acceso al o los conducto(s) radicular(es). (ionómero de vidrio). Control de oclusión. Radiografía de control. Restauración definitiva, a las 48 horas. Control radiográfico a los seis meses y al año. * Por cada lima irrigar el o los conducto(s) radicular(es). ** Con hipoclorito de sodio al 2,5% o 5.25% (según la etiología de la patología.), suero fisiológico o agua destilada y clorhexidina 2%.</p>

PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	TRATAMIENTO URGENTE DEL ABSCESO ALVEOLARA AGUDO
	<p>Inflamación aguda y supurativa de los tejidos periapicales con acumulación de exudado purulento.</p>	<p>Examen Clínico. Apertura Cameral. Permeabilizar del o los conductos radiculares y el orificio apical. Eliminación de la pulpa radicular de los tercios coronal y medio (irrigación, desinfección y preparación radicular) * Conductometría con apoyo radiográfico Eliminación de la pulpa radicular del tercio apical (irrigación, desinfección y preparación radicular) * En presencia de exudado purulento aspirar y lavar continuamente (15-20 minutos.) Dejar abierto el o los conducto(s) radicular(es) 3 o 4 horas con una torunda de algodón estéril en la cámara pulpar, SOLO SI NO DEJA DE DRENAR. Restauración temporal sin hidróxido de calcio como medicación intraconducato. Ajuste Oclusal de la pieza dental afectada. Evaluación en 24 horas. Se recomienda antibioticoterapia siempre. Terminada la fase aguda, continuar con el tratamiento convencional.</p>

6 OTROS TRASTORNOS DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN

PERDIDAS DENTARIAS

La mayoría de pérdidas dentarias durante la adolescencia, se debe a: caries dental, enfermedad periodontal, a la práctica de deportes de contacto, accidentes (automovilísticos, entre otros) y otras causas como peleas, maltrato físico, ataques epilépticos, prótesis y tratamientos ortodónticos.

TRANSTORNOS DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN

CODIGO K08	CODIFICACION CIE 10 Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén
K08.0	Exfoliación de los dientes debido a causas sistémicas
K08.1	Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local
K08.2	Atrofia del reborde alveolar desdentado
K08.3	Raíz dental detenida
K08.8	Otras afecciones especificadas de los dientes y de sus estructura de sostén
K08.9	Trastorno de los dientes y de sus estructuras de sostén, no especificado.

CODIGO	CODIFICACION CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
D19	Signos y síntomas de dientes y encías
D20	Signos y síntomas de boca, lengua y labios

PROTOCOLOS:

PATOLOGIA	DEFINICIÓN	EXODONCIA SIMPLE
Otro tipo de caries K02.9	Pérdida de las piezas dentales de la cavidad bucal, debido a causas patológicas, accidentales, iatrogénicas o por necesidad de tratamiento de especialidad	Medicación pre quirúrgica Ubicar en el sillón dental al usuario en posición supina con una angulación de 180° Asepsia y antisepsia de la región Anestesia infiltrativa o troncular según el caso Comprobación de la anestesia Sindesmotomía Luxación Aprehensión Avulsión Aplicación del hemostático Sutura post- quirúrgica Indicaciones: Prescripción de analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos si el caso amerita Criterios de referencia: si se complica remitir a un nivel de atención superior
PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	CIRUGÍA MENOR
	Pérdida de las piezas dentales de la cavidad bucal, debido a causas patológicas, accidentales, iatrogénicas o por necesidad de tratamiento de especialidad	Excresis del resto radicular con o sin osteotomía Aplicación de hemostático en caso necesario Sutura Colocación de apósito de gasa Indicaciones postquirúrgicas Indicaciones: Prescripción de analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos si el caso amerita
PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	EXODONCIA COMPLICADA
Pérdida de dientes K08.1		Medicación pre quirúrgica Ubicar en el sillón dental al usuario en posición supina con una angulación de 180° Asepsia y antisepsia de la región Anestesia infiltrativa o troncular según el caso. Comprobación de la anestesia Sindesmostomía Luxación Aprehensión Si existe fractura de la porción coronaria: Incisión y elevación del colgajo Osteotomía Odonto-sección Avulsión Limpieza o debridamiento de la herida Aplicación de hemostático Sutura del colgajo Recomendaciones post-quirúrgica Indicaciones: Prescripción de analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos.

PATOLOGIA	DEFINICIÓN	EXTRACCIÓN DE DIENTES INCLUIDOS O IMPACTADOS
<p>Trastornos del desarrollo y erupción de los dientes K00</p> <p>Dientes incluidos e impactados K01 II y III Nivel de atención</p>	<p>Dientes que no erupcionan en la cavidad bucal por causas desconocidas, obstrucción mecánica (supernumerario, quiste o tumor), falta de espacio en la arcadas sea de origen esquelético o por pérdida prematura de dientes deciduos.</p>	<p>Profilaxis antibiótica (de acuerdo a cada caso) Si el caso lo amerita canalizar vena para tener una vía permeable. 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 a intervenir Levantamiento de colgajo mucoperiostico Osteotomía y/u ostectomía Odontosección si el caso lo amerita (ver protocolo) Exéresis de pieza dentaria retenida o ápex Cuidados de lecho quirúrgico a través de curetaje y lavados con suero fisiológico Sutura Colocar tapón de gasa durante 30 minutos</p> <p>Indicaciones: Informar al paciente sobre los cuidados que deberá someterse hasta el momento en que se retiren Prescribir antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios.</p> <p>Control posoperatorio: En consulta externa control postoperatorio y retiro de puntos a los 8 días.</p>
PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	EXTRACCION DE TERCER MOLAR
<p>TERCER MOLAR RETENIDO O IMPACTADO (CÓDIGO K 01-K 07)</p>	<p>Es el diente que una vez llegada la época de su erupción, queda encerrado dentro de los maxilares, manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.</p>	<p>Medicación antibiótica pre quirúrgica Ubicar en el sillón dental al usuario en posición supina con una angulación de 180°. Asepsia y antisepsia de la región Anestesia infiltrativa o troncular según el caso Incisión de acuerdo al caso Comprobación de la anestesia Levantamiento del colgajo mucoperiostico Luxación y exodoncia en caso de inclusión vertical y de fácil acceso y avulsión Odontosección: En caso de inclusión vertical de espacio reducido o inclusión disto o mesioangular Manejo de cavidad quirúrgica:lavado, Reposición de colgajo Sutura. Medicación Recomendaciones e indicaciones generales</p> <p>Control post operatorio</p>

PROTOSCOLOS PARA LOS PROCESOS INFECCIOSOS EN LA REGION		
PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	TRATAMIENTO DE CELULITIS Y ABCESO DE BOCA
PROTOCOLO CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA CIE – 10 K12.2	Infecciones de tejidos blandos debidas a bacterias no piógenas, es decir la infección no ha alcanzado el estadio de formación o acumulación de pus.	Administración de amoxicilinas, en el caso de que el diagnóstico sea por causas odontogénicas eliminar el problema con tratamiento de conducto, extracción, legrado, incisión o escisión y drenaje. Los pacientes con infecciones que amenacen la integridad de la vía aérea deben ser hospitalizados Control posoperatorio: Controles diarios hasta que remita la patología y la condición general del paciente se estabilice.
PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	CURETAJE ALVEOLAR
ALVEOLITIS K10.3	Proceso inflamatorio e infeccioso del alveolo maxilar post exodoncia	Ubicar en el sillón dental al usuario en posición supina con una angulación de 180° Anestesia infiltrativa o troncular según el caso Comprobación de la anestesia Curetaje del alveolo para la eliminación de tejido necrótico o coagulo desorganizado Irrigación de la cavidad con solución fisiológica estéril Curetaje para estimular el sangrado del alveolo para la formación de un coagulo Colocación de pasta medicada (alveolo seco) Indicaciones: Medicación analgésica y antibiótica
PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	TRATAMIENTO DE PERICORONITIS
Pericoronitis Aguda CIE – 10 K05.2 Pericoronitis crónica CIE -10 K05.3	Infección del saco pericoronario por accidentes de erupción del tercer molar.	Terapia analgésica y antiinflamatoria Operculectomía Antibioticoterapia si el caso lo amerita En casos agudos seguimiento hasta que la patología remita En casos crónicos: observación y medidas de sostén (compresas de calor) Eliminación de la causa

7. ANOMALIAS DENTOFACIALES (INCLUSO MALOCLUSIONES)

CODIGO	CODIFICACION CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
K07	Anomalías dentofaciales (incluso la maloclusión)
K070	Anomalías evidentes del tamaño de los maxilares
K071	Anomalías de la relación maxilobasilar
K072	Anomalías de la relación entre los arcos dentarios
K073	Anomalías de la posición del diente
K074	Maloclusión de tipo no especificado

PROTOCOLOS

PATOLOGÍA	DEFINICIÓN	TRATAMIENTO
MALOCLUSION CÓDIGO CIE – 10 - <u>K07</u>	Mala posición de las piezas dentales no solo en sus relaciones estáticas sino dinámicas, con sus piezas dentales contiguas.	Fases de tratamiento: Un tratamiento de Ortodoncia se realiza con aparatología removible y/o fija. Con aparatología fija o removible, considerar la edad y la gravedad de la maloclusión (ver protocolos)
CLASE I CÓDIGO CIE – 10 -	Es la mal oclusión en la cual las piezas dentales tienen una mala posición pero conservan una relación de clase I es decir cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior permanente.	Terapéuticas en la Dentición Mixta <ul style="list-style-type: none"> • 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 4 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. EXTRACCIONES TERAPÉUTICAS 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

		<p>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 extracciones terapéuticas para reducir y eliminar el desbalance existente entre tamaño dentario y longitud de los arcos.</p> <p>EXPANSIÓN ORTOPÈDICA</p> <p>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.</p> <p>La activación dependerá de la complejidad del caso y del criterio del profesional.</p> <p>La expansión activa del maxilar produce un diastema de la línea media entre incisivos centrales superiores.</p> <p>Después de completar la fase activa de expansión se mantiene el aparato en boca 4 a 5 meses para permitir la reorganización de los tejidos de la sutura media palatina, manteniendo así los resultados obtenidos.</p> <p>APARATO DE SCHWARZ</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>ESCUDO LABIAL (LIP BUMPER)</p> <p>Aditamento removible o fijo que se inserta o suelda en los tubos bucales incorporados a las bandas de los molares inferiores. Se construye</p>
--	--	---

		<p>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.</p> <p>Este aditamento no sólo 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.</p> <p>ARCO TRANSPALATINO</p> <p>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 de extracciones terapéuticas.</p> <p>ARCO LINGUAL</p> <p>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.</p> <p>APARATO QUADHÈLIX</p> <p>Es una variante del arco lingual, al que se han añadido figuras en giro (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.</p> <p>APARATOLOGÍA FIJA</p> <p>A continuación se describen las fases de tratamiento que deberán seguirse independientemente de la técnica a utilizarse en todas las maloclusiones.</p>
--	--	--

		<p>Primera Fase:</p> <p>Alineación y Nivelación: alinea y corrige las discrepancias verticales 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 usados en esta etapa producen fuerzas ligeras y constantes (entre 80 y 150 gramos) para lograr una inclinación y alineación dental más eficaz.</p> <p>Se usan secuencia de arcos de sección redonda y si es necesario aparatología auxiliar como quadhelix, expansor palatino, barras palatinas o rotadores de molares.</p> <p>Segunda Fase</p> <p>Durante la nivelación de las ranuras debemos conservar un ordenamiento para los movimientos grupales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimientos Verticales: Intrusión Extrusión • Movimientos Sagitales: Retrusión Protrusión <p>Los objetivos de esta fase son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 <p>En esta fase se utilizan alambres rectangulares, incorporándose el control del torque radicular.</p> <p>Tercera Fase:</p> <p>Consiste en el asentamiento de la oclusión y</p>
--	--	--

		<p>finalización del caso con la contención.</p> <p>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 un 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 como son los arcos que son de diferente calibre, aleación (rígida y flexible) y que son los que van dando los movimientos a los brackets de acuerdo a la información de cada slot y esto a su vez a los dientes.</p> <p>Otro de los elementos activos en el tratamiento son los elásticos intermaxilares que pueden ser de clase I, II o III de acuerdo a la dirección de los mismos.</p> <p>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.</p>
<p>CLASE II CÓDIGO CIE – 10 –</p>	<p>Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye por detrás del surco vestibular del primer molar inferior permanente. Se caracteriza por presentar una posición mesial esquelética y dentaria del maxilar superior con respecto al inferior.</p>	<p>Clase II esquelética diagnóstico diferencial:</p> <p>Por prognatismo del maxilar superior: tratamiento con arco extraoral, aunque algunos autores prefieren tratar en dentición definitiva con extracción de premolares superiores o distalización.</p> <p>Combinada: prognatismo maxilar y retrognatismo mandibular: tratamiento con arco extraoral combinado con aparatos ortopédicos funcionales.</p> <p>Por retrognatismo de la mandíbula: tratamiento ortopédico, en pacientes meso o braquifaciales y con clase II primera división tanto con overbite aumentado como con overbite disminuido, utilizamos el Twin block u otros aparatos funcionales, sobretodo en pacientes que presentan alteraciones funcionales como respiradores bucales, amígdalas atróficas . Los pacientes con las mismas características esqueléticas pero clase II división 2 no permiten el avance mandibular por lo que hay que convertir esta clase en clase II división 1, antes de la aparatología funcional, se debe proinclinan los incisivos superiores utilizando placa activa con tornillo de protrusión o arco utilitario de protrusión,</p>

		<p>u otra técnica ortodóntica.</p> <p>En paciente dolicofacial no está indicado el Twin block, se usa arco facial ortopédico de tracción alta, combinado con anclaje temporal, para lograr una inhibición del crecimiento anterior del maxilar superior, que también inhibe el crecimiento vertical del maxilar superior, esto es importante porque provoca anterotación mandibular con adelanto de la sínfisis.</p> <p>En caso de extracción de primeros premolares: Cuando el diagnóstico lo determine se procederá con extracciones de primeros premolares superiores y segundos premolares inferiores, para retraer el sector anterosuperior y llevar el posterior a una clase I molar.</p> <p>La retrusión del sector anterosuperior, está contraindicada en subdivisión 2 debida a mordida profunda.</p> <p>En casos de retrognatismo mandibular muy severo, la cirugía ortognática es el tratamiento de elección en dentición definitiva.</p> <p>Secuencia de aparatología fija</p> <p>La secuencia a seguir, estará determinada por el diagnóstico del paciente de acuerdo con la técnica ortodóntica que elija según el criterio del profesional.</p>
<p>CLASE III CÓDIGO CIE – 10 –</p>	<p>Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye por detrás del surco vestibular del primer molar inferior permanente.</p>	<p>Clasificación de la clase III : Diagnóstico diferencial</p> <p>Por retrognatismo del maxilar superior: tratamiento con tracción posteroanterior del maxilar a través de la máscara facial.</p> <p>Combinada (retrognatismo del maxilar superior y prognatismo mandibular): tratamiento por ejemplo de tracción anterior con la mentonera inversa con anclaje temporal.</p> <p>Por prognatismo del maxilar inferior: tratamiento mentonera con anclaje temporal, y cirugía ortognática en dentición definitiva en pacientes con prognatismo severo. También se puede realizar un tratamiento ortodóntico para establecer una compensación dentaria.</p> <p>Funcional con desplazamiento anterior de la mandíbula: tratamiento es el reposicionamiento mandibular a través de aparatos ortopédicos funcionales como Regulador de función de</p>

		<p>Frankel clase III, Bimble de progenie, Bionator Clase III, etc.</p> <p>Tanto las maloclusiones de clase II o clase III pueden ser resueltas con aparatología fija de acuerdo al diagnóstico y criterio del ortodoncista.</p> <p>MÁSCARA FACIAL ORTOPÉDICA</p> <p>Es generalmente combinada con el aparato de expansión 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.</p> <p>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 promover la tracción del maxilar, luego de que ha cumplido su función se inicia el tratamiento con máscara facial, inicialmente se usan elásticos cuya fuerza va aumentando hasta alcanzar una fuerza ortopédica pesada dirigida al complejo maxilar. Se debe usar tiempo completo (20 horas al día) por 4 a 6 meses, después solo por las noches por 3 meses, se espera una corrección en un periodo de 6 meses.</p> <p>No es recomendable que el disyuntor permanezca cementado más de 9 a 12 meses.</p> <p>RF-3 DE FRANKEL</p> <p>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.</p> <p>LAS EXTRACCIONES DE PRIMEROS PREMOLARES MANDIBULARES</p> <p>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.</p> <p>Secuencia de aparatología fija</p>
--	--	--

		<p>La secuencia a seguir, estará determinada por el diagnóstico del paciente, dependiendo de la técnica ortodóntica a usarse según el criterio del profesional.</p> <p>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 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.</p>
--	--	---

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. EZEQUIEL RODRÍGUEZ, LARRY WHITE, Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y Tratamiento Segunda Edición 2008.
2. EZEQUIEL RODRÍGUEZ, ROGELIO CASASA, ADRIANA NATERA, 1001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos, Primera Edición 2007.
3. DORTA SUAREZ, Maloclusión Dentaria y Clase III Esquelética 2007.
4. GONZALO URIBE RESTREPO, Fundamentos de Odontología, Ortodoncia Teórica y Clínica, Reimpresión 2005.
5. ADRIANA NÁTERA, ALEJANDRO ROCHA, EZEQUIEL RODRÍGUEZ, Características de las maloclusiones Clase II., Centro de Estudios de Ortodoncia del Bajío CEOB 2005.
6. ADRIANA NATERA, SANDRA GASCA, Maloclusión Clase III Características Valoración 2004.
7. JORGE GREGORET ELISA TUBER HORACIO ESCOBAR, El Tratamiento Ortodóncico con Arco Recto, NM Ediciones 2003.
8. DI SANTI DE MODANO JUANAVÁSQUEZ VICTORIA, Mal oclusión Clase I Definición, Clasificación, Características 2003.
9. THOMAS M. GRABER, ROBERT L. VANARSDALL, Ortodoncia Principios Generales y Técnicas, Segunda Edición 1997.
10. JAMES MC NAMARA JR., Tratamiento Ortodóncico y Ortopédico en la Dentición Mixta, Segunda Impresión 1995.
11. J.C. BENNETT, Mecánica en el Tratamiento de Ortodoncia y la Aparatología de Arco Recto R.P. MCLaughlin 1994.
12. Resultados para Maloclusión de Angle Clase II, www.Searchmedica.es/search.2004.
13. CARLOS CANALDA SALÍ, ESTEBAN BRAU AGUADÉ, Endodoncia, Técnicas Clínicas y Bases Científicas, Segunda Edición, Editorial Masson, 2006.
14. MARIO ROBERTO LEONARDO, Tratamiento de conductos radiculares, Principios Técnicos y Biológicos, Volumen 2, Editorial Artes Médicas, 2005.
15. ESTRELA CARLOS, Control de Infecciones en Odontología. Primera Edición, Editorial Artes Médicas Ltda., 2005. Sao Paulo-Brasil.
16. COHEN STEPHEN BURNS, Vías de la Pulpa, Editorial Masby, Octava Edición 2002, Madrid España.
17. BARRACOS PATRICIO J, BARRACOS NONEY, JULIO, Operatoria Dental, Editorial Médica Panamericana S.A., Cuarta Edición 2006.
18. 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.

19. RAMOS MG, NARANJO MB, CASTILO PZ, BALLADARES LD, LATACUNGA JG, YEROVI MB, Guía de Prevención de la Caries, Comité Nacional de Protocolización IESS, Quito. Enero 2003.
20. CASTILLO PZ, AYALA EM, Protocolos para niños menores de cinco años, (Documento Final) Dirección Nacional de Estomatología, Programa Nacional de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.MSP. Quito. Octubre 2003.
21. KATZ, MC DONALD/STOOKEY, Odontología Preventiva en Acción, Ed.1982, Editorial Científico Tec. Ministerio de Cultura, La Abana, 1999.
22. Bordoni N. Prevención en Cariología. En: Barrancos M. Operatoria Dental. Editorial Médica, Panamericana. Buenos Aires, 1989.
23. Honkala E, Nyysönen V, Kolmakow S, et al. Factors predicting caries risk in children. Scand J Dent Res 1984;
24. McDonald RE, Avery DR. **Odontología** Pediátrica y del **Adolescente**. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1991
25. Pinkham JR, et al. **Odontología** Pediátrica. Nueva Editorial Interamericana. México, D.F., 1988.
26. Walter LRF, Issao M. Manual de Odontología para Bebés. Universidad Estadual de Londrina. Londrina, 1994.
27. Carranza FA (ed.). Periodontología Clínica de Glickman. Interamericana. México, D.F., 1986.
28. Hagan PP, Sherrill CA. Higiene bucal para el niño y el **adolescente**. McDonald RE, Avery
29. DR. **Odontología** Pediátrica y del **Adolescente**. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1991.
30. Kock G, Arneberg P, Thylstrup A. Higiene oral y caries dental. En: Thylstrup A, Fejerskov O.(eds.) Caries. Ed. Doyma. Barcelona, 1988.
31. Beltrán ED, Szpunar SM. Fluoride in toothpastes for children: suggestions for change. Pediatric Dent 1988
32. 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, 1988.
33. Nowak A, Crall J. Prevención de las enfermedades dentales. En: Pinkham JR. Odontología Pediátrica. Interamericana. México, D.F., 1991.
34. Stephen KW. Systemic fluorides: Drops and tablets. Caries Res 1993
35. Henderson HZ, Setos JC. Selladores de fosas y fisuras. En: McDonald RE, Avery DR.Odontología Pediátrica y del Adolescente. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1991
36. Waggoner WF, Siegal M. Pit and fissure sealant application. Updating the technique. J Am Dent Assoc
37. Edgar WM. Intrinsic and extrinsic sugars: A review of recent UK recommendations on diet and caries. Caries Res 19936.

38. Theilade E, Birkhed D. Dieta y caries dental. En: Thylstrup A, Fejerskov O. Caries. Ediciones Doyma. Barcelona, 1986.
39. Manual para la Atención Odontológica Integral, IESS. Dirección Nacional Médico Social. División Nacional de Atención Médica y Odontológica. Quito 1995
40. Periodontología Clínica de Lindhe, Ed. 2007. Ed Panamericana Workshop de Periodoncia de la Asociación Americana de Periodoncia. 1999.
41. COHEN S, HARGREAVES K. Vías de la Pulpa. Octava Edición. 2009. Madrid Barcelona. Editora; ELSEVIER SCIENCE.
42. CANALDA C, BRAU E. Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas. Primera Edición. 2001, Segunda Edición. 2006. Barcelona (España). ELSEVIER MASSON
43. LEONARDO M.R. Endodoncia Tratamiento de Conductos Radiculares principios técnicos y biológicos. 2005.
44. ESTRELA C. Ciencia Endodóntica. Primera Edición. 2005. Sao Paulo- SP- Brasil. Editora Artes Médicas Ltda.
45. Manual de procedimientos en Odonto - Estomatología. El Salvador. 2004

<http://www.sdpt.net/CAR/salud%20dental%20indices.htm>

Componente Normativo
Atención Integral de Salud Bucal

Protocolos de Especialidades Odontológicas
Para el II y III Nivel de Atención

Proceso de Normatización del SNS
Área de Salud Bucal MSP
Abril 2011

ELABORADO POR:

Ministerio de Salud Pública
Normatización del SNS
Área de Salud Bucal

Área No.3 MSP
Área No.9 MSP
Área No.7 Hierba Buena 1
Hospital de Niños Baca Ortiz.
Hospital Julio Endara
Hospital San Luis de Otavalo
Hospital del Adulto Mayor
Hospital de Yaruqui
Hospital Cayambe
Hospital Pablo Arturo Suarez
Hospital de Niños Francisco de Icaza Bustamante
Dirección Provincial de Salud Pichincha. MSP
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora – MSP

Hospital Carlos Andrade Marín. Área de Estomatología
Centro de Atención Ambulatoria “Cotacollao” – IESS
Centro de Atención Ambulatoria “Sur-Occidental” – IESS.

Hospital General de las Fuerzas Armadas

Hospital Quito No.1 de La Policía Nacional

REVISADO

Área de Salud No.3 MSP
Área No.5 MSP
Área No.1 Ibarra MSP
Área de Salud de Montañita
Hospital Enrique Garcés
Hospital del Adulto Mayor
Hospital Eugenio Espejo
Hospital de Niños Francisco de Icaza Bustamante

Hospital Carlos Andrade Marín
Hospital de las Fuerzas Armadas (Cuenca)
Hospital Quito No.1 de La Policía Nacional

COP

Universidad San Francisco. Facultad de Odontología
Universidad Central del Ecuador. Facultad de Oodntología
Universidad Cristiana Latinoamericana. Escuela de Oodntología
Universidad Internacional. Escuela de Oodntología.
Universidad de Las Américas.

Especialistas del Sector Privado

I N D I C E

ODONTOPEDIATRIA

1. Higiene bucal en niños sin dentición
2. Cepillado dental en niños menores de 5 años con dentición
3. Profilaxis en niños menores de 5 años de bajo y alto riesgo de caries
4. Utilización del hilo dental
5. Topicación con flúor en gel "fluoruro de sodio al 0.2% en niños mayores de 6 años"
6. Aplicación de flúor barniz al 5% en niños menores de 5 años y pacientes de alto riesgo de caries
7. Aplicación de sellantes de fotocurado
8. Aplicación de sellantes (técnica art) no invasiva
9. Protocolos de promoción y educación
10. Educación en higiene bucal
11. Caries dental - K02
12. Caries mancha blanca
13. Caries de esmalte – k02.1
14. Caries de dentina – k02.2
15. Caries de la primera infancia – k02.8
16. Enfermedades de la pulpa– k04.0
17. Pulpitis – k04.0
18. Necrosis de la pulpa – k04.1
19. Lesión en tejidos de soporte – k08
20. Subluxación (dientes deciduos) – k08
21. Extrusión código cie – 10 – k08
22. Luxación lateral –k08
23. Intrusión - k08
24. Avulsión (dientes deciduos) – k08
25. Protocolo de anestesia en niños
26. Raíz retenida - k08.3
27. Mantenedor de espacio
28. Estomatitis aftosa recurrente k12.0

CIRUGÍA:

1. Pericoronitis aguda cie- 10 k05.2
2. Otras enfermedades especificadas de los maxilares cie- 10 k10.8
3. Dientes incluidos cie – 10 k01.0. dientes impactados cie – 10 k01.1
4. Toma de biopsia
5. Implantología oral
6. Tratamiento de celulitis y absceso de boca cie – 10 k12.2
7. Tratamiento de afecciones de senos maxilares. afecciones inflamatorias de los maxilares cie – 10 k10.2
8. 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
9. Tratamiento de 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
10. Curación de las heridas. herida de la mejilla y de la región temporo mandibular cie – 10 s01.4. herida del labio y de la cavidad bucal cie – 10 s01.5
11. Plastia de heridas faciales con anestesia local de los padecimientos de la articulación temporomandibular del síndrome miofacial doloroso
12. Trastornos de la articulación temporomaxilar cie – 10 k07.6. síndrome de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular. trastorno de la articulación temporomaxilar.

13. Tratamiento de la osteoartritis y osteoartrosis de atm.
14. Tratamiento quirúrgico de una fractura facial
15. Cirugía del maxilar
16. Cirugía de la mandibular
17. Cirugía bimaxilar
18. Mentoplastia de avance y retrusion
19. Tratamiento de la hipertrofia maseterina bichectomía. mioplastía de músculos maseteros
20. Reconstrucciones faciales con somatoprotesis
21. 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. enfermedades de los labios cie – 10 k13 fisura del paladar y labio leporino cie – 10 q35 –q37labio leporino cie – 10 q36 fisura del paladar con labio leporino cie – 10 q37.
22. Tratamiento de cáncer oral. neoplasias cie – 10 c00 - c97

ENDODONCIA

1. Diagnostico y tratamiento odontológico
2. Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales cie – 10 k04pPulpitis reversible
3. Pulpitis irreversible
4. Hiperemia pulpar k04.1
5. Pulpitis infiltrativa – k04.2
6. Pulpitis abscedosa ko4.3
7. Pulpitis ulcerosa ko4.4
8. Pulpitis hiperplasica o pólipo pulpar k04.5
9. Reabsorción dentinaria interna k04.6
10. Necrosis pulpar ko4.7
11. Gangrena pulpar ko4.8
- Patologías periapicales o perirradiculares**
12. Periodontitis apical aguda ko5.1
13. Absceso alveolar agudo ko5.2
14. Periodontitis apical crónica k05.3
15. Granuloma periapical ko5.4
16. Quiste periapical k05.5
17. Absceso Fénix k05.6
18. Shock anafiláctico

PERIODONCIA:

1. Enfermedades gingivales inducidas por placa bacteriana (k05.0)
2. Enfermedades gingivales no asociadas a placa bacteriana (k05.1)
3. Periodontitis crónica (k05.2)
4. Periodontitis agresiva (k05.3)
5. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas (k05.4)
6. Enfermedades periodontales necrotizantes (k05.5)
7. Abscesos del periodonto (k05.6)
8. Periodontitis asociada a lesiones endodónticas (k05.7)
9. Condiciones y deformidades adquiridas o del desarrollo (k06)
10. Factores localizados relacionados con el diente que modifican o predisponen a la presencia de enfermedades gingivales/periodontales inducidas por placa (k06.1)
11. Deformaciones y condiciones mucogingivales (k06.2)
12. Trauma de la oclusión (k06.3)

ORTODONCIA

1. Anomalías dentofaciales (incluso la maloclusión) ko7
2. Diagnóstico y tratamiento de maloclusiones en dentición primaria
3. Clase I código cie – 10 - k07
4. Clase II código cie – 10 - k07
5. Clase III código cie – 10 - k07
6. Máscara facial ortopédica de tracción inversa
7. Posibles estrategias terapéuticas para las diferentes maloclusiones
8. Secuencia de aparatología fija
9. Protocolo de adhesión de brackets, tubos y similares
10. Protocolo de cementación de bandas

REHABILITACIÓN ORAL

1. Caries dental k02
2. Dientes moteados k003
3. Protocolo para elaboración de incrustaciones de resina
4. Cementación de la incrustación
5. Elaboración de una corona acrílica
6. Colocación de pernos por colado
7. Colocación de pernos no metálicos estéticos
8. Elaboración de prótesis fija
9. Prótesis parcial removible
10. Elaboración de una prótesis total (edéntulo total) ko6.9

SEGUNDO y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

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.

PROCEDIIMIENTO PARA ANAMNESIS:

- Identificación del paciente.
- Historia familiar.
- Historia médica antes durante y después del alumbramiento.
- Historia dental.
- Evaluación psicológica.
- Historia de dieta.

EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL

El examen consiste en una valoración del estado general del paciente:

- Simetría de las dimensiones faciales.
- Los ojos incluyendo el aspecto del globo ocular.
- El color y el aspecto de la piel.
- Las articulaciones temporomandibulares.
- Los ganglios linfáticos cervicales, submandibulares y occipitales.
- Fosas nasales: ventilación, secreciones.
- Puntos dolorosos de Vaillex.
- Perfil.
- Evaluación de músculos.

EXAMEN INTRAORAL

El examen consiste en una valoración del estado bucal del paciente:

- Tejidos blandos, incluyendo la orofaringe y las amígdalas.
- Higiene bucal y estado periodontal.
- Piezas dentales.
- Oclusión.
- Exámenes complementarios.

EDUCACION Y MOTIVACIÓN

Educación a los padres o representantes y paciente pediátrico:

- Sobre salud bucal y fisioterapia oral: técnicas de cepillado, **tipo de cepillo que debe usar**, uso de hilo dental, enjuagues bucales, dieta no cariogénica **e información sobre el contagio de caries.**

DIAGNOSTICO Y ESTABLECIMIENTO DE LA CAUSA

- Después de los procedimientos anteriores se debe realizar el diagnostico del estado bucal del paciente, para determinar los tratamientos que pueden ser realizados en cada uno de ellos.

TIEMPO DE TRABAJO: 30 minutos para primera consulta en donde se realiza la apertura de Historia Clínica.

ODONTOPEDIATRÍA

PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS BUCO DENTALES.

HIGIENE BUCAL EN NIÑOS SIN DENTICIÓN	
Definición:	
Es la remoción mecánica de eliminación de placa bacteriana 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. • Masajear suavemente el reborde gingival superior e inferior, vestibulo bucal, paladar duro y lengua, eliminando los restos alimenticios. 	
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> • Este procedimiento se lo realizará diariamente por la noche, con una duración de 2 a 3 minutos. • 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.
Tiempo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 minutos.

CEPILLADO DENTAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DENTICIÓN	
Definición:	
Es la forma mecánica de eliminación de placa bacteriana y restos alimenticios.	
Procedimiento:	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ Incline 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 sus superficie mas posterior. 	
Recomendaciones	<p>El cepillado se lo hará después de cada comida, tiempo promedio de cepillado de 2 a 3 minutos.</p> <p>El cepillo debe ser pediátrico de cerdas suaves y puntas redondeadas, de mango pequeño, cabeza no mayor de 2 cms de largo.</p> <p>En los niños/as menores de 5 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 si 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>

PROFILAXIS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE BAJO Y ALTO RIESGO DE CARIES

Definición:

Procedimiento que realiza el profesional para remover la placa bacteriana blanda o remineralizada y las manchas en las piezas dentales.

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.
- 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 3 meses.

Tiempo de trabajo ▪ 20 minutos.

UTILIZACIÓN DEL HILO DENTAL

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.

Procedimiento:

- Enrolle 20 centímetros de hilo dental alrededor del dedo medio de cada mano.
- Mantenga estirado 2 a 3 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.

Indicaciones

La limpieza con el hilo dental en los niños/as debe ser realizada por la madre o responsable del niño que esté debidamente adiestrado para que pueda insertar el hilo dental sin lesionar la papila interdientaria.
El hilo dental que se utilice para la limpieza dental debe ser sin cera deslizante.
Con el empleo del hilo dental y de un enjuague bucal (colutorios) se estaría completando de manera eficiente nuestro aseo dental diario.

TOPICACIÓN CON FLÚOR EN GEL “FLUORURO DE SODIO AL 0.2% EN NINOS 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 se llena la cubeta 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 1 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

Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por una hora. Es conveniente realizar topicaciones con flúor gel acidulado al 2.3% a partir de los 6 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, considerándose que cada aplicación supone un aporte de unos 5ml.

Tiempo de trabajo

20 minutos.

APLICACIÓN DE FLUOR 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 remineraliza superficies con alto riesgo de caries.	
Procedimiento:	
<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. • 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 3 años y sin riesgo de caries repetir el procedimiento cada 6 meses. • En pacientes con alto riesgo de caries realizar el procedimiento cada 3 meses. 	
Recomendaciones	Indicar al paciente no ingerir alimentos ni bebidas al menos por dos horas. Durante las 12 horas siguientes a la aplicación se recomienda alimentos blandos y líquidos. Se le debe indicar a los padres o representantes no cepillar la boca del niño durante 24 horas posterior al procedimiento. Se recomienda el cambio del cepillo dental para los cepillados posteriores del niño.
Tiempo de trabajo	20 minutos.

APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO	
Definición: Es una técnica simplificada de prevención de la caries dental, con preparación mínima, indolora y efectiva.	
Procedimiento:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico clínico de la pieza a sellar. ▪ Profilaxis de o de las piezas a tratar con pasta sin flúor ni grasa ▪ Aislamiento relativo y succión ▪ Secar las superficies dentarias 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 ▪ Y si existe contaminación con saliva repetir el procedimiento anterior, acondicionando esta vez solo por 5 segundos. ▪ En surcos con caries incipiente realizar ameloplastia (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 al a los representantes que deben evitar dieta pegajosa al niño durante al menos 12 horas. Evaluación semestralmente.
Tiempo de trabajo	Tiempo de trabajo 30 minutos.

APLICACIÓN DE SELLANTES (TÉCNICA ART) NO INVASIVA	
Definición: Es una técnica simplificada de prevención de la caries dental, con preparación mínima, indolora y efectiva.	
Procedimiento:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico clínico de la pieza 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 y agua y secar con torundas de algodón. ▪ Acondicionamiento de las fosas y fisuras adyacentes 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 en cantidades pequeñas en fosas y fisuras. ▪ Colocar una pequeña capa aislante (vaselina) y aplicar la técnica de digito-presión en las fosas y fisuras de la pieza a sellar. ▪ Remover el exceso de material una vez que este se ha semi-endurecido. ▪ 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.
Tiempo de trabajo	30 minutos.

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 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".

La madre o responsable del niño deberá realizar la higiene en la mañana y antes de dormir (2 veces al día) sólo con gasa o una tela suave embebida en agua hervida tibia.

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 a la madre o responsable del niño luego evalúa 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 topicaciones de flúor.

Recomendaciones

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

NIÑOS PRE-ESCOLARES (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 (0.15g) en los dos cepillados, tanto en la mañana como en la noche.

Cuidados en consultorio:

Profilaxis y fluorización

Control y mantenimiento

Citas odontológicas trimestrales

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 **diario**
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,
- Asesoría de la técnica de cepillado.
- Se indicará y demostrará prácticamente el uso del hilo dental.
- Con criterio de riesgo se realizará topicaciones de flúor.
- Con criterio de riesgo se podrá realizar topicaciones de flúor o aplicación de flúor gel con cubetas.
- Uso de hilo dental.

Control y mantenimiento

Citas odontológicas trimestrales y control de dieta

ATENCIÓN DE MORBILIDAD

CARIES DENTAL PATOLOGÍA: CARIES DENTAL - K02	
DEFINICIÓN: Es el desequilibrio entre los factores de desmineralización y remineralización y en el que predominan los factores de desmineralización.	
Etiología	Los factores de la desmineralización son: huésped susceptible, microflora, sustrato (dieta alimenticia), tiempo, cantidad y calidad de la saliva. Los factores de la remineralización: cepillado, fluorización, sellantes, dieta equilibrada, etc.
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 dando 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 a tratar con copa de caucho ▪ Aislamiento relativo del campo operatorio y succión. ▪ Secado del área. ▪ Aplicación del de flúor barniz al 5%. ▪ 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 3 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.
Tiempo de trabajo	15 minutos.

PATOLOGÍA: CARIES DE ESMALTE – K02.1	
Definición: Destrucción de la matriz inorgánica del esmalte.	
Etiología	Predominio de los factores de desmineralización
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fosas y fisuras. ▪ Superficies lisas.
Manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asintomático. ▪ Presenta una superficie de color blanco lechoso a pardo mate. ▪ Se intensifica a medida que se profundiza.
Criterios de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico. • Radiográfico.
Diagnóstico diferencial	<ul style="list-style-type: none"> • Fluorosis. • Hipoplasia del esmalte.
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar toda la zona afectada. 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Tiempo de trabajo	30 minutos.

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 (Hidróxido de calcio, ionómero de base) óxido de zinc o IRM en cavidades profundas (-2mm) por 6 semanas o dos meses. ▪ Obturación definitiva (amalgama, resina y/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 3 meses.
Tiempo de trabajo	30 minutos.

CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA – K02.8	
Definición:	
<p>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 anterior superiores de niños en edades precoces (1 a 4 años).</p> <p>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 tés enriquecidos o no 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	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene evolución rápida. - Involucra más de tres incisivos. - Afecta básicamente a incisivos superiores en sus superficies vestibulares, así como los primeros molares superiores e inferiores. - En caso más graves afecta a incisivos inferiores. - Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos. - Cavidad con tejido reblandecido y cambio de color. Decapitación del diente afectado
Criterios de diagnóstico	✓ Clínico.
Exámenes complementarios	✓ Examen radiográfico.
Diagnóstico diferencial:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipoplasia del esmalte. ▪ Amelogénesis imperfecta.
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <p>TRATAMIENTO INTENSIVO O DE CHOQUE.</p> <p>Indicado para caries de biberón o de la lactancia o llamada caries de la primera infancia y para caries rampante</p> <p>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 barníz • Segunda semana: profilaxis y topicación con clorhexidina y recubrimiento con barníz copal o uso de barníz con clorhexidina • Tercera semana: profilaxis y topicación con flúor barníz • Cuarta semana: terminar con profilaxis y topicación con clorhexidina y barníz <p>Realizar seguimiento del tratamiento más espaciados al mes, tres meses y 6 meses, una sola sesión con profilaxis y topicación con barníz flúor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Segunda fase ▪ Administración de anestesia si el caso lo requiere. 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 6 semanas o dos meses ▪ Obturación definitiva (resina y/o ionómero de restauración). ▪ Endodoncia de acuerdo al caso. ▪ Exodoncia indicada de acuerdo al caso 	
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..
Tiempo de trabajo:	▪ 30 minutos por cada pieza dentaria

PATOLOGIAS: 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.	
PULPOTOMIA: Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición pulpar en dientes temporales y permanentes inmaduros posteriores ▪ Hiperemia pulpar. ▪ Ausencia de infección.
Criterios de diagnóstico	✓ Rx periapical de la pieza afectada.
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enjuague previo con clorexidina al 0.2 %. ▪ Anestesia local e infiltrativa y aislamiento absoluto o relativo. ▪ Acceso coronal, en donde el tejido cariado debe ser removido. ▪ Cambiar de fresa para el retiro del techo pulpar. ▪ Remoción de la pulpa coronaria con cuchareta estéril. ▪ Hacer hemostasia con solución salina con una torunda de algodón estéril con presión ligera ▪ Secar con torunda de algodón estéril. ▪ Colocar hidróxido de calcio puro o sulfato férrico al 15 % sobre pulpa expuesta. ▪ Se coloca una capa de óxido de zinc-eugenol. ▪ Restauración con ionómero de restauración en 8 días posteriores al procedimiento. 	
Control y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control radiográfico al finalizar la pulpotomía. ▪ Controles posteriores cada 3 meses.
Tiempo de trabajo:	▪ 45 minutos.

BIOPULPECTOMIA: 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.
Plan de Tratamiento	
<p>Primera sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enjuague previo con clorexidina al 0.2 %. ▪ 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 óxido de zinc-eugenol. ▪ Se cita al paciente al paciente en 8 días. <p>Segunda sesión: realización de pulpectomía.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 2 o 3 gotas de paramonoclorofenol), con léntulos o limas girandolas 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 8 días de realizado el procedimiento. 	
Control y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control radiográfico al finalizar la biopulpectomía. ▪ Controles posteriores cada 3 meses.
Tiempo de trabajo:	▪ 45 minutos cada sesión.

PATOLOGIAS: ENFERMEDADES DE LA PULPA– K04.0	
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 FISTULA – K04.6	
Definición:	
Es un cuadro en el que se produce una supuración de forma rápida en el peri ápice, es una necrosis pulpar,	
Necropulpectomía:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necrosis pulpar. ▪ Gangrena pulpar. ▪ Periodontitis apical de origen bacteriano. ▪ Absceso dentoalveolar.
Indicaciones	
Criterios de diagnóstico	✓ Radiografía periapical de la pieza afectada.
Plan de Tratamiento	
Primera sesión:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enjuague previo con clorexidina al 0.2 %. ▪ 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 solución salina diluido en proporción 50% y 50% o lechada de cal ▪ Secado de conductos con conos de papel. ▪ Se coloca en la cavidad una torunda con el olor del formocresol. ▪ Obturación de la cavidad con oxido de zinc-eugenol. 	
Segunda sesión:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enjuague previo con clorexidina al 0.2 %. ▪ Aislamiento absoluto o relativo. ▪ Retiro de oxido 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% y solución salina diluido en proporción 50% y 50% o lechada de cal ▪ Secado de conductos con conos de papel. ▪ Segunda sesión se repite los pasos de la primera sesión. ▪ Tercera sesión obturación de conductos con pasta yodoformada (mezcla de una porción de yodoformo con tres de oxido de zinc y eugenol), con léntulos o limas girandolas en sentido inverso a las manecillas del reloj o cualquier procedimiento que asegure el llenado. ▪ Obturación de la cámara pulpar sólo con óxido, ion ▪ Restauración con resina o ionómero restauración luego de 8 días de realizado el procedimiento. 	
Control y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control radiográfico al finalizar la necropulpectomía. ▪ Controles posteriores cada 3 meses.
Tiempo de trabajo:	▪ 45 minutos por cada sesión.

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 esta 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 e inflamatorios ▪ Observación y evaluación periódica del paciente. 	
Complicaciones	Pulpitis. Necrosis pulpar.
Control mantenimiento	y Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada 3 meses.
Tiempo de trabajo	15 minutos.

PATOLOGÍA: 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	
<ul style="list-style-type: none"> • Alivio de las interferencias oclusales • Dieta blanda por 2 semanas • Analgésicos e inflamatorios • • 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 3 meses.
Tiempo de trabajo	15 minutos.

PATOLOGÍA: 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 3 meses.
Tiempo de trabajo	30 minutos.

PATOLOGÍA:

LUXACION LATERAL –K08	
Definición: Lesión provocada casi siempre por fuerzas 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 2 semanas. • Observación y evaluación periódica del paciente. 	
Complicaciones	Necrosis pulpar Complicaciones periapicales ocasionales. Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo.
Control mantenimiento	y Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada 3 meses
Tiempo de trabajo	30 minutos.

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 es desplazado casi siempre hacia vestibular, lejos de la posición del germen, detalle que debe ser confirmado por Rx. • Si la Intrusión es hacia el folículo el diente primario debe ser extraído. • No se debe emplear elevadores para la exodoncia. • Observación y evaluación periódica del paciente. 	
Complicaciones	Necrosis pulpar. Complicaciones periapicales ocasionales. Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo.
Control mantenimiento	y Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpaes cada 3 meses.
Tiempo de trabajo	30 minutos.

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.

PROTOCOLO DE ANESTESIA EN NIÑOS**Procedimiento**

- Colocación de anestésico tópico.
- Para ello: 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 2 gotas, esperar sin retirar la guja 3 segundos y continuar colocando lentamente el anestésico restante.

Tiempo de trabajo	10 minutos.
--------------------------	-------------

RAIZ RETENIDA - K08.3**Definición:**

Se define a toda pieza dental que por caries o por fractura haya perdido su estructura coronaria.

- | | |
|---------------------------------|---|
| Características clínicas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolorosa. ▪ Foco infeccioso. ▪ Destrucción coronaria. |
|---------------------------------|---|

Plan de Tratamiento

- Exodoncias**
- Enjuagatorio con clorhexina al 0.2%.
 - 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 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ No escupir ni hacer enjuagues o buchadas luego de la exodoncia. ▪ Luego de 8 días citar al paciente para colocación de mantenedor de espacio |
|---------------------|---|

Tiempo de trabajo	30 minutos
--------------------------	------------

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controles semestrales.
Tiempo de trabajo	30 minutos.

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.	
Características clínicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolorosas y es más frecuente en mujeres. ▪ Son ovaladas. ▪ Cubiertas por una membrana fibrosa amarillento. ▪ Halo eritematoso alrededor de la lesión. ▪ Tienen un periodo de duración de 7 a 10 días.
Etiología:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores genéticos, inmunológico. ▪ Deficiencias nutricionales. ▪ Disturbios gastrointestinales. ▪ Calor interno (temperatura) o externo (insolación) ▪ Infecciones. ▪ Traumas localizados. ▪ Alergias. ▪ Factores emocionales.
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enjuagatorios de manzanilla con bicarbonato 2.5 cc. ▪ Aplicación de sustancias idiopáticas. 	

PROTOCOLOS DE ODONTOPEDIATRÍA TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

HISTORIA CLÍNICA: Se debe realizar siguiendo los mismos pasos que en el segundo nivel de atención.

ANESTESIA GENERAL EN ODONTOPEDIATRÍA

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 Consiente 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, en donde el paciente no va a responder a los estímulos físicos y verbales.

INDICACIONES

1. Niños menores de 4 años con 6 a 8 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 asociado 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 en niños con enfermedad sistémica significativa ya sea 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 máximo facial: Niños con traumatismos extensos del macizo máximo facial 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 tromboplastina.
- 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 anesthesiologo.

POSTOPERATORIO MÉDICO – ODONTOLÓGICO

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

TIEMPO DE TRABAJO: 2 horas aproximadamente, dependiendo de la complejidad del caso.

ANEXOS

INSTRUMENTAL NECESARIO PARA ODONTOPEDIATRIA

- Bandejas porta instrumental.
- Pinzas para algodón.
- Espejos planos.
- 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.
- Espátulas de acero.
- Espátulas plásticas.
- Loseta de vidrio.
- Porta amalgama.
- 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.
- Porta hidróxido de calcio.
- Vaso Dapen.
- Porta desechos.
- Porta rollos de algodón.
- Tambor para gasas.
- Porta servilletas.
- Carpule.
- Forcep pediátrico superior 150.
- Forcep pediátrico inferior 151.
- Elevadores rectos acanalados fino y grueso.
- Caja Petri estéril.
- Caja para endodoncia.
- Cubetas para toma de impresión tallas XS, S, M, L.
- Empuja bandas.
- Saca bandas

BIOMATERIALES E INSUMOS NECESARIO PARA ODONTOPEDIATRIA

- 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.
- Aleación de plata.
- Capsulas de amalgama.
- Resinas de fotocurado.
- Fluoruro de sodio al 2%.
- Flúor barniz al 5%.
- Pasta profiláctica.
- Cubetas desechables para flúor.
- 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.
- Papel de articular.
- Tiras de celuloide.
- Tira de lija.
- Discos de lija para pulir resina.
- Piedra pómez.
- Fresas de diamante redondas para turbina: pequeñas, medianas y grandes.
- Fresas de diamante redondas para micromotor: pequeñas, medianas y grandes.
- Fresas de diamante en forma de pera para turbina.
- Fresas de Arkansas y de diamante para pulir resina.
- Fresas de fisura para turbina.
- Algodón en rama.
- Algodón en rollo.
- Agujas desechables ultracorta.
- Agujas desechables cortas.
- Hilo dental.
- Revelador de placa bacteriana.
- Copas de caucho para profilaxis.
- Cepillos profilácticos.
- Eyectores de saliva.
- Alcohol.
- Clorexidina 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.
- Conos de papel de la 1ra y 2da serie.
- Visores de protección transparentes.
- Gafas de protección para luz halógena.
- Gasa.
- Jeringuillas descartables de 1cc y 3cc.
- Limas Herstroms 1ra y 2da serie.
- Léntulos para contraángulo.
- Bolitas de algodón estéril.
- Arco de Young.
- Perforador de dique de goma.
- Porta grapas.
- Yodoformo en polvo.
- **Paramonoclofenol**
- Formocresol.

- **Sulfato férrico al 15 %**
- Alginato.
- Yeso piedra.
- Bandas metálicas para molares.
- Ligas separadoras.
- Mordedores de caucho.

EQUIPO Y MATERIALES PARA RX EN ODONTOPEDIATRIA

- 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 para toma de radiografía.

CIRUGIA MAXILOFACIAL

PROTOCOLOS PARA ATENCIÓN – II Y III NIVEL

NORMAS DE ADMISIÓN PARA EL SERVICIO DE CIRUGIA ORAL Y MAXILO FACIAL

La admisión de pacientes al Servicio debe estar autorizada por un odontólogo de la especialidad en Cirugía Maxilofacial en del 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 CIRUGIA 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 mas el residente de mayor jerarquía encargado de la consulta será el que le brinde 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 *carpet* 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 Maxilo facial 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.
7. A 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. A 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.

ADMISION DE PACIENTES DE URGENCIAS

1. En el caso de pacientes con una urgencia médico-quirúrgica, traumatológica o proceso infeccioso severos, de la región cérvico facial 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.
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 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 carnet 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, reiterando 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.
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, éste será siempre secundario y deberá completarse en forma inmediata en el lugar en donde el paciente este recibiendo la atención correspondiente.

HOSPITALIZACION DEL PACIENTE

1. El paciente es recibido por el personal de enfermería del Servicio correspondiente quienes informan 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, odontólogos tratantes y equipo de trabajo. El jefe del

Servicio asigna un Especialista como tratante del paciente.

4. El Odontólogo tratante revisa al paciente y los resultados de laboratorio y gabinete.
5. El Cirujano Maxilo Facial tratante corrobora el diagnóstico o lo ajusta según el caso.
6. El Cirujano Maxilo facial tratante elabora y propone un plan de tratamiento ratificando o ajustando la hoja de indicaciones
7. El Cirujano Maxilo facial tratante revisará por lo menos diariamente – 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 Maxilo Facial tratante, ajustes en el plan de tratamiento en caso de considerarlo necesario.

SOLICITUD DE ANÁLISIS CLÍNICO: DE LABORATORIOS, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS

EXÁMENES DE GABINETE

1. El Cirujano Maxilo facial tratante o el residente establecen la necesidad de un estudio de laboratorio o gabinete como parte del protocolo de diagnóstico de un paciente.
2. Llenar la solicitud de examen o estudio correspondiente y es firmada por el Cirujano Maxilo Facial tratante o por el médico residente.
3. Enviar la solicitud al laboratorio o al Gabinete correspondiente.
4. El laboratorio o el gabinete dan las indicaciones que deben cumplirse en el paciente, previamente al estudio o la toma de la muestra, para efectuar el examen solicitado.
5. El Cirujano Maxilo Facial 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 este 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 gabinete 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 o gabinete, reportarán 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 trombo plastina) etc.
- Modelos de estudio.
- Fotografías

INTERCONSULTAS

1. Elaborar la solicitud por el Cirujano Maxilo Facial tratante en el formato correspondiente de la HCU (Historia Clínica Única), llenando debidamente los datos requeridos.
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 necesario a efecto de definir su diagnóstico.
4. En la Nota de Interconsulta comentar los hallazgos clínicos, de laboratorio y gabinete.
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 Maxilo Facial 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 periodo 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 Maxilo Facial 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 el paciente pueda egresar del Hospital.

EGRESO VOLUNTARIO DE PACIENTES

1. El paciente, sus familiares o el tutor, solicitan al Cirujano Maxilo Facial tratante, el egreso del enfermo de manera voluntaria.
2. Llenar el formulario del consentimiento informado en lo correspondiente a alta voluntaria para que sea firmado por el paciente y sus familiares en donde exonera de toda responsabilidad al hospital y al personal del mismo por las complicaciones que pudiera presentar.
3. El Cirujano Maxilo Facial 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 DEFUNCION

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 Maxilo Facial tratante firmará la nota del egreso por defunción, en la que señalará las condiciones en las que ingreso 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 CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL

PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO DE LA PERICORONARITIS PERICORONITIS AGUDA CIE- 10 K05.2	
DEFINICION: Inflamación e Infección del saco pericoronario	
Etiología	Accidentes de erupción Bacteriano Inmuno supresiones Establecimiento de una puerta de entrada condicionada por factores mecánicos (traumáticos)
Tiempo de procedimiento	Dependiendo del caso: Tiempo promedio 1 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 Odontogeno Proceso infeccioso Gingivoestomatitis
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

PROTOCOLO DE CIRUGÍA PREPROTESICA 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 1:H30 minutos
Clasificación	Regularización de proceso alveolar Profundización de vestibulos 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 a 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

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE 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.
Tiempo de procedimiento	Dependiendo del caso : Promedio 1:H30 minutos
Clasificación	Caninos retenidos Incisivos retenidos Premolares retenidos Molares retenidos Supernumerarios retenidos
Manifestaciones clínicas	Dolor Edema Trismo Disfunción Infecciones Hemorragias Parestesias En algunos casos manifestaciones neurológicas
Criterios de diagnóstico	Examen clínico. Exámenes radiográficos
Diagnóstico diferencial	Tumoraciones Quistes
Exámenes complementarios	Estudios de gabinete 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 a intervenir Levantamiento de colgajo mucoperiostico Osteotomía y/u osteotomía 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 postoperatorio y retiro de puntos a los 8 días.

PROTOCOLO DE 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 gabinete básico e indispensable.
Plan de tratamiento	
Toma de biopsia Cuando las condiciones generales del paciente lo permitan <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 que se tomó a estudio histopatológico 	
Complicaciones	Dolor Parestesia Disfunción Sangrado Metástasis Dehiscencia Infección
Control y Mantenimiento	Según el caso y resultado histopatológico

PROTOCOLO DE IMPLANTOLOGÍA ORAL	
DEFINICIÓN: Colocación quirúrgica de uno o más dispositivos (implante) que servirá de base para colocar las prótesis requeridas por el paciente.	
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 3 horas.
Clasificación	Implantes óseo integrado
Manifestaciones clínicas	Paciente edéntulo parcial Paciente edéntulo total
Exámenes complementarios	Estudios preoperatorios de gabinetes básicos e indispensables. Tomografía computarizada, Ortopantomografía, lateral de cráneo radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran. Fotografías clínicas Modelos de estudio TAC de senos paranasales
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

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE 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 2 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
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 gabinetes básicos e indispensables.
Plan de Tratamiento	
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 deben ser hospitalizados.	
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.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE 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 1:H30 minutos
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciosas • Inflamatorias • Neoplásicas • Por trauma
Manifestaciones clínicas	Dolor Inflamación Secreción Dificultad respiratoria
Criterios de diagnóstico	Examen clínico Estudios preoperatorios
Diagnóstico diferencial	Sinusitis Criptas dentarias en desarrollo Conductos nutricios en la pared del seno
Exámenes complementarios	Estudios preoperatorios de gabinete básico e indispensable. Ortopantomografía, lateral de cráneo radiografía y oclusal en los casos que lo requieran. TAC RM Radiografías Watter Biopsia
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Reposición de la tabla externa abordaje con Cirugía de Catwell Luc • Prescripción, analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos • Medidas de orden general. 	
Complicaciones	Infecciones Metástasis
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Según el caso.

PROTOCOLO DE ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS 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:	
Enfermedad o disfunción de las glándulas salivales	
Etiología	Por fenómenos de retención Calcificaciones Quistes o tumoraciones Trauma
Tiempo de procedimiento	De acuerdo al procedimiento que requiera la patología: Tiempo promedio 1:H30 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 plexiformes Linfangioma de moco Tumores de glándulas productoras de moco
Plan de Tratamiento	
De acuerdo al diagnóstico 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.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE 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: Eliminación de tejido de comportamiento anormal.	
Etiología	Múltiple Inflamatorios Del desarrollo
Tiempo de procedimiento	Dependiente del caso: tiempo promedio 2:H30 minutos
Clasificación	Quistes Odontogénicos Del desarrollo: Quiste folicular o dentigero Quiste de Erupción Queratoquiste Odontogénicos Quiste Gingival del recién nacido Quiste Gingival del adulto Quiste periodontal Lateral Quiste Odontogénico Calcificado Quiste Odontogénico Clandular 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 odontogénico Fibroma ameloblástico Fibro odontoma ameloblástico Odonto amelo blastoma Tumor adenomatoide odontogénico Odontoma complejo Odontoma compuesto Tumores de mesénquima odontogénico con o sin epitelio odontogénico incluido Fibroma odontogénico Mixoma Cementoblastoma
Manifestaciones clínicas	Aumento de volumen Pérdida de función Cambios sensoriales o motores Hallazgos sistémicos Dolor (no es característica prominente)
Criterios de diagnóstico	Examen clínico Estudios preoperatorios Biopsia
Diagnóstico diferencial	Quistes no odontogénicos Tumores primarios y metastásicos de origen no odontogénico Neoplasias malignas Osteomielitis
Exámenes complementarios	Estudios preoperatorios de gabinete 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 Aspiración

Plan de Tratamiento

- Contando con el diagnóstico histopatológico, se informa al paciente el tipo de lesión y aspectos generales, su comportamiento.
- Valoración por el servicio de anestesiología, Ontología
- Dependiendo del caso se llevará a cabo el procedimiento quirúrgico: marsupialización; enucleación; resección en bloque; hemiamandibulectomía; maxilectomía o hemimaxilectomía entre otros.
- Dependiendo de la lesión se decidirá la colocación de placas y tornillos (de Marx)
- Control radiográfico
- Radioterapia
- Quimioterapia

Complicaciones	Dehiscencia de la herida Infección Disfunción Trismus Fracturas patológicas
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Control clínico radiográfico

PROTOCOLO DE CURACION DE LAS HERIDAS HERIDA DE LA MEJILLA Y DE LA REGIÓN TEMPORO MANDIBULAR CIE – 10 S01.4 HERIDA DEL LABIO Y DE LA CAVIDAD BUCAL CIE – 10 S01.5	
DEFINICION:	
Tratamiento de la pérdida de continuidad de los tejidos.	
Etiología	Trauma
Tiempo de procedimiento	Dependiendo del trauma: tiempo promedio 1 hora
Clasificación	Heridas infectadas Heridas no infectadas Intra y extraorales
Manifestaciones clínicas	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. • 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 fasciotomias 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 micropore. • 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 cartilaginosas 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

PROTOCOLO DE 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 1 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
Control y Mantenimiento	Informar al paciente sobre los cuidados a que debe someterse hasta el momento en que se retiren los puntos de sutura. En consulta externa, Control postoperatorio, en el caso de heridas faciales

PROTOCOLO DE LOS 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.	
DEFINICIÓN: Patología intra o extraarticular que afecta a la Articulación temporo mandibular.	
Etiología	Multifactorial
Tiempo de procedimiento	De acuerdo a la patología y su evolución: tiempo promedio 1 hora
Clasificación	Extra articular Interarticular
Manifestaciones clínicas	Dolor Mialgias Espasmos Ruido de la articulación Limitación de la apertura bucal Espasmo del músculo masticatorio
Criterios de diagnóstico	Examen clínico Estudios preoperatorios
Diagnóstico diferencial	Síndrome auriculotemporal Neoplasias asociadas Patologías del oído medio Migraña
Exámenes complementarios	Estudios preoperatorios de gabinetes básicos e indispensables. Resonancia Magnética.
Plan de Tratamiento	
<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 iniciara protocolo médico quirúrgico para descorar alguna disfunción interna de la articulación temporomandibular 	
Complicaciones	Estenosis o infección de canal auditivo. Anquilosis, infección Parestesias Espasmos Hemorragias Neuritis y neuralgias Disfunción permanente Problemas oclusales
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Según el caso amerite

PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO DE LA LUXACION DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (ATM) MANDÍBULA CIE – 10 S03.0	
DEFINICION: Es una patología intra-articular , de orden traumático	
Etiología	Trauma directo o indirecto Músculo ligamentoso Psicogénica Anomalia dento facial
Tiempo de procedimiento	Según el caso: tiempo promedio 1 hora
Clasificación	Aguda Crónica recurrente Crónica prolongada
Manifestaciones clínicas	Mala oclusión apariencia clase III Mordida abierta Sialorrea Trismus Dolor de ATM Prominencia de los cóndilos bilateralmente
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	
<ul style="list-style-type: none"> - Maniobra o técnica de Nellaton - Vendaje de Barton - Analgésicos y antiinflamatorios 	
Complicaciones	Fracturas condilares Lesiones intraarticulares permanentes Dolor crónico
Criterios de alta	Evolución fisiológica favorable
Control y Mantenimiento	Según el caso amerite

PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO DE LA OSTEOARTRITIS Y OSTEOARTROSIS DE ATM.	
DEFINICIÓN: Osteoartritis de la articulación témporo mandibular: Enfermedad degenerativa Osteoartrosis de la articulación témporo mandibular: Enfermedad inflamatoria	
Etiología	Microbiana Trauma directo e indirecto de la mandíbula Enfermedad autoinmune Sobre carga articular
Tiempo de procedimiento	Según el caso: Tiempo promedio 2 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
Diagnóstico diferencial	Patología discal Agenesia Hipoplasia Hiperplasia Desordenes traumáticos Luxación crónica recurrente Luxación crónica prolongada Desordenes neoplásicos Resorción condilar idiopática
Exámenes complementarios	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.
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> - Terapia analgésica, antiinflamatoria y de relajación muscular - Fisioterapia (aplicación de fomentos húmedos calientes por lo menos 3 veces al día) - Dieta estrictamente licuada - Medidas generales - Procedimientos no invasivos e invasivos si el caso lo amerita 	
Complicaciones	Infección Estenosis del canal auditivo Anquilosis Degeneración Parestesia Parálisis Hemorragia Espasmo muscular Problemas oclusales
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Según el caso.

PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNA 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 3 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 CLASIFICACION DE MAC GRAUM
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	
<ul style="list-style-type: none"> - 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.

PROTOCOLO DE CIRUGIA DEL MAXILAR	
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 2 horas
Clasificación	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 gabinete básico e indispensable. Ortopantomografía, lateral de cráneo radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran.
Plan de tratamiento	
Ortodoncia prequirúrgica Cirugía ortognática Ortodoncia postquirúrgica	
Complicaciones	Infecciones Dehiscencias Mala unión ósea
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Según el caso amerite

PROTOCOLO DE CIRUGIA DE LA MANDIBULAR	
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 gabinete básico e indispensable. Ortopantomografía, lateral de cráneo r 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

PROTOCOLO DE CIRUGIA BIMAXILAR	
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 4 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 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: Técnica vertical de rama Técnica sagital de rama Mentoplastias	
Complicaciones	Parestesia Hemorragia Infecciones Dehiscencia A la unión ósea
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Según el caso.

PROTOCOLO DE MENTOPLASTIA DE AVANCE Y RETRUSION	
DEFINICIÓN: Aumento o disminución de la región mentoniana.	
Etiología	Congénita Traumática
Tiempo de procedimiento	Según el caso: tiempo promedio 2 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

**PROTOCOLO DEL 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 3 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.

PROTOCOLO DE LAS RECONSTRUCCIONES FACIALES CON SOMATOPROTESIS	
DEFINICIÓN: Reconstrucción de las pérdidas de de órganos maxilofaciales por medio de prótesis oculares, nasales, oculoparpebrales, auriculares, prótesis de órganos combinados, obturadores palatinos, prótesis dentales.	
Etiología	Lesión inicial mutilante
Tiempo de procedimiento	En dependencia del caso y el paciente: Tiempo promedio 2 horas
Clasificación	Prótesis ocular Prótesis nasal Prótesis auricular Prótesis oculoparpebral Prótesis Maxilofacial compleja (dos o más órganos) Obturadores palatinos Prótesis total o parcial dentales Prótesis dentó maxilares
Manifestaciones clínicas	Adaptación al material protésico: Irritación de piel y/o mucosas Reacción alérgica al material protésico
Criterios de diagnóstico	Examen clínico postquirúrgico Estudios preprotésicos
Exámenes complementarios	TAC Estudios alérgicos Estudios Radiográficos
Plan de Tratamiento	
<p>Se confeccionan prótesis maxilofaciales en secuencia común:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (Silicon medico biocompatible, acrílicos de termo polimerización, metal, porcelana) • Instalación de la prótesis terminada en paciente • Ajustes y control 	
Complicaciones	Rechazo al material protésico Alergias Recidiva de la enfermedad de base (Ca)
Criterios de alta	Adaptación de la Prótesis Maxilo facial por parte del paciente Reposición del órgano maxilofacial perdido Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Según el caso.

PROTOCOLO DE LAS 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 PATOLOGÍA. 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 e idiopática
Tiempo de procedimiento	En dependencia del caso y el paciente: Tiempo promedio 6 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 canto 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

PROTOCOLO TRATAMIENTO DE CANCER 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 4 horas
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria: carcinoma espino celular, tumor maligno de glándulas salivales; mesenquimatoso; melanoma; carcinoma verrucoso • Sistémica: carcinoma metastásico; mieloma múltiple • Linfoma y leucemia • Sarcoma de Kaposi
Manifestaciones clínicas	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 vos o habla Disfagia Síntoma de tumor primario distante
Criterios de diagnóstico	Examen clínico Estudios preoperatorios Estudio radiológico Biopsia
Exámenes complementarios	Estudios preoperatorios de gabinete básico e indispensable. Ortopantomografía, lateral de cráneo radiografía periapical y oclusal en los casos que lo requieran.
Plan de Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía • Irradiación (externa o intersticial) • Quimioterapia (rara vez se aplica sola) • Inmunoterapia • Combinaciones de lo anterior <p>“El cáncer oral se trata mejor con la actuación de un comité o equipo que puede estar conformado por: odontólogo especialista, oncólogo, cirujano maxilo facial, radioterapeuta, quimioterapeuta, higienista dental, experto en nutrición, psiquiatra o psicólogo, y trabajadora social” (Norman Wood, Paul Goaz, LESIONES ORALES Y MAXILO FACIALES, 2008)</p>	
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 Osteo radio necrosis
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Según el caso amerite

ANEXOS

ATENCIÓN EN UN SERVICIO DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA BUCAL Y MAXILO FACIAL, EL CUAL CONSTARÁ DE TODOS LOS REQUERIMIENTOS DE UN SERVICIO QUIRURGICO.

RECURSOS HUMANOS (mínimo)

- 2 Cirujanos Máxilo Faciales Tratantes
- residentes post-gradistas de Cirugía Máxilo Facial
- 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 pre-lavado 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 post operatorio
- 1 área de observación en cirugía con 6 camas
- 4 camas para hospitalización en Cirugía Máxilo Facial 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/electrobisturi

- 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 Minnessota
- 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 para encías
- Elevadores rectos de media caña
- Elevador recto fino
- Punta de succión autoclavable
- Elevadores de Winter izquierdo y derecho
- Carpule con dispositivo de succión
- Cureta de bordes cortantes de Luca
- Pinza gubia
- Lima para hueso doble extremo
- Pinza Addson Braun
- Pinza de Lebecke
- Forceps
- Porta agujas
- Tijeras de Metzembaun
- Pinza de campo
- 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
- Esparadrado poroso
- Esparadrado de tela
- Anestésico con vaso constrictor
- Anestésico sin vaso constrictor
- Agujas para carpulle cortas y largas
- Fresas quirúrgicas redondas y de fisura
- Fresas de carburo tungsteno # 7-8
- Hilo de sutura
- Baja lenguas
- Gasas

ENDODONCIA

PROTOCOLOS SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

ENDODONCIA: Es la rama de la Odontología que trata de la morfología, fisiología y patogenia de la pulpa dental y tejidos peri radiculares asociados con el fin de conservar el órgano dental.

ENDODONCIA: Es un conjunto de conocimientos metodológicamente formados y ordenados que estudia la morfología, fisiología y dolencias de la pulpa dental y su relación con las estructuras dentales y periodontales, comprende etiología, prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones pulpares.

PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENDODÓNTICO

Para llegar a un diagnóstico endodóntico se requieren varios factores: conocimiento científico, experiencia clínica, sentido común.

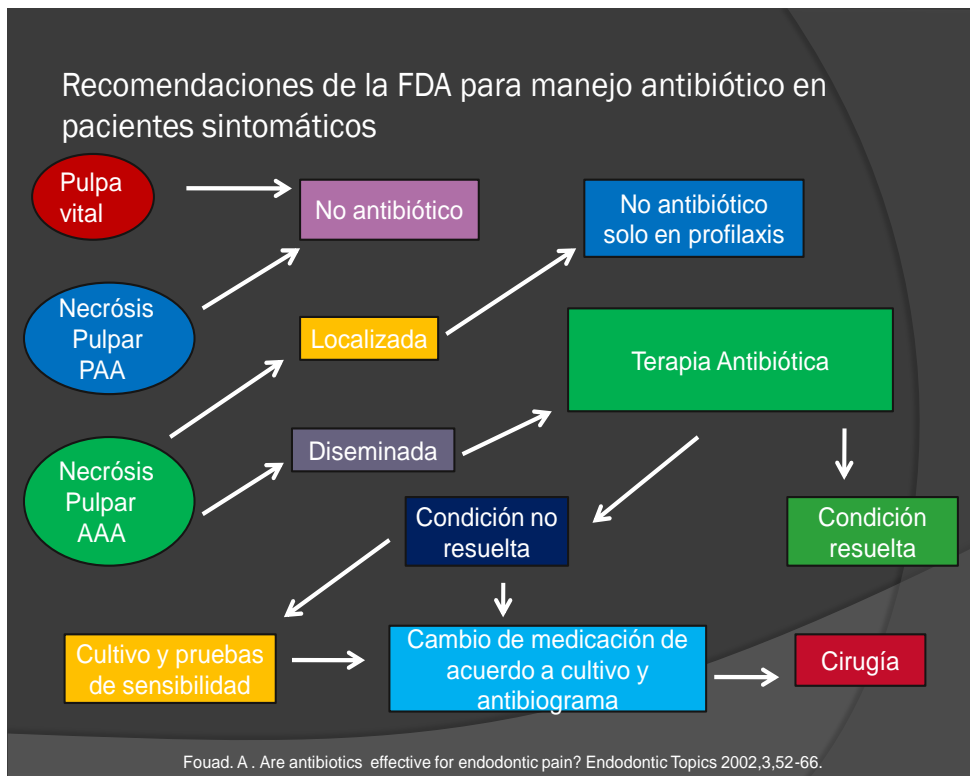
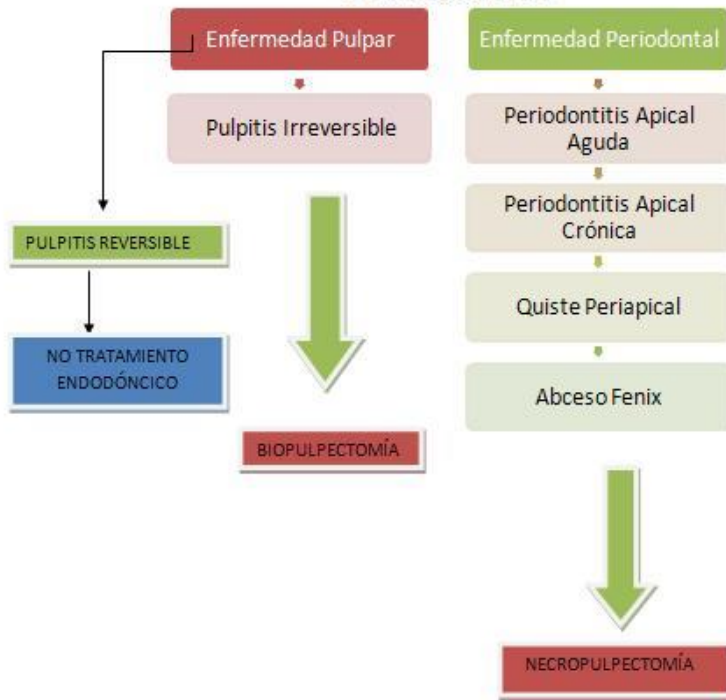
- 1.- Antecedentes médicos
- 2.-Historia odontológica
- 3.-Valoración del dolor:
 - Localización
 - Modo
 - Duración
 - Intensidad
 - Frecuencia
 - Calidad
 - Dolor referido
- 4.-Examen clínico
- 5.-Pruebas clínicas
- 6.- Examen radiográfico
- 7.- Diagnóstico

DIAGNÓSTICO

Es la identificación de una enfermedad o condición observando los signos o síntomas y determinando su naturaleza

(Harty/Ogson).

ALGORRITMOS DE LA PATOLOGÍA PULPAR Y PERIODONTAL



• PROTOCOLO PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

<p>ACTIVIDAD</p> <p>EXPLORACIÓN CLÍNICA</p>
<p>DEFINICIÓN: Evaluación oral completa del estado de los tejidos duros y blandos, tanto intraoral como extraoralmente.</p>
<p>EXAMEN CLINICO EXTRABUCAL.</p> <p>Inspeccionar la presencia de asimetrías faciales, tumefacciones, cicatrices, cambios de color en zonas de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulación témporo mandibular (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. • 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. • 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. • Músculos masticadores Con el dedo pulgar intrabucalmente y el índice extrabucalmente, seguir trayectoria de músculos masticadores detectando anomalías o puntos dolorosos. • Sistema nervioso vascular y linfático Palpar puntos infraorbitarios, supraorbitario y mentoniano a cada lado para detectar anomalías o puntos dolorosos. Examinar zona carotidea y cadenas ganglionares Palpar las glándulas parótidas y sublinguales detectando anomalías o puntos dolorosos. <p>EXAMEN CLINICO INTRABUCAL.</p> <p>Consta de una inspección visual y de auscultación de las estructuras bucales</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • 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 • Carrillos Inspeccionar conducto parotideo 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.

- **Maxilares**
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.
- **Estado de la oclusión**
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 mal oclusión de Angle.

EVALUACIÓN DE TEJIDOS DENTARIOS Y PERIODONTALES.

- 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, bioplaca bacteriana, cálculos o concrecencias supra y subgingivales, fluorosis, problemas periodontales, dientes perdidos, no erupcionados., también debe observar oclusión dentaria, movilidad de la mandíbula, así como el grado de simetría en la apertura bucal.
- Evaluar las restauraciones dentales.
- Medir el grado de presencia de **bioplaca bacteriana y cálculo** en las superficies dentales utilizando los Índices de Higiene Oral Simplificada.
- Para el **diagnóstico gingival** se utilizará el Índice de Løe y Silness. *
- Se registrarán los Índice CPOD o ceod según, corresponda. *
- El Odontograma se registrará de acuerdo al instructivo de la Historia Clínica.

EVALUACIÓN PERIODONTAL

Se realiza a través de:

- Detección visual de signos clínicos de destrucción de tejidos
- Medición del nivel de inserción clínico con una sonda periodontal
- Destrucción de pérdidas óseas observadas radiográficamente.

Sondaje periodontal.

Para medir una bolsa periodontal, la sonda debe insertarse suavemente con una presión de 20 a 25 gramos 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.

El sondaje se realiza en las caras vestibular, mesial palatina o lingual y distal, una pieza por cada fila.

16/17/55

11/21/51

26/27/65

36/37/75

31/41/71

46/47/65

FLUOROSIS.

Se registrará el grado de Fluorosis para lo cual se aplicará el Índice de Deán*

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Imagenología:

Radiografías intraorales:

- Radiografías periapicales.
- Radiografías aleta de mordida
- Radiografías e Oclusales

Radiografías extraorales:

- Ortopantomografía o panorámica
- Teleradiografía lateral de cráneo
- Teleradiografía frontal de cráneo
- Cefalograma o Cefalometría.
- Radiografía lateral desenfilada de la mandíbula
- Tomografías articulares tèmpero mandibulares
- Tac maxilar.
- Tac mandibular

Imágenes orofaciales no radiograficas

- Resonancia nuclear magnética.
- Fotografías
- Modelos de estudio y de diagnóstico

PATOLOGIA PULPAR

ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES CIE – 10 K04

PULPITIS CIE – 10 K04.0	
PULPITIS REVERSIBLE	
Es la inflamación de la pulpa con capacidad reparativa una vez eliminada la causa. No requiere tratamiento de los canales radiculares.	
Definición: Se denomina pulpitis a la inflamación del tejido pulpar.	
Etiología	Caries Dentina expuesta Traumatismos Tratamientos dentales recientes Restauraciones defectuosas Problemas de oclusión.
Tiempo procedimiento de	Tiempo promedio 45 minutos.
Clasificación	. Puede ser reversible e irreversible
Manifestaciones clínicas	Dolor agudo a estímulos diversos (frio, calor, ácidos, dulces, roce) Cede al retirar estímulo.
Criterios de diagnóstico	Exploración intraoral Aplicación frio y calor
Diagnóstico diferencial	Pulpitis irreversible
Exámenes complementarios	Pruebas de vitalidad pulpar (estimulación térmica y eléctrica) Laser Doppler
Plan de Tratamiento	
<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 2-3 o 5% durante 30 segundos 5. Protección pulpar indirecta (Ionómeros) y/o protección pulpar directa con hidróxido de calcio químicamente puro (siempre que sea totalmente aséptica la herida pulpar) 6. Obturación temporal o permanente 7. Ajuste oclusal 8. 	
Complicaciones	Pulpitis irreversible Necrosis pulpar
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Control radiográfico a los 6meses y al año

NOTA.- El tiempo a emplearse en este procedimiento dependerá de la anatomía, ubicación dentaria, y la colaboración del paciente.

PATOLOGÍA: PULPITIS IRREVERSIBLE	
Definición Inflamación pulpar sin capacidad de recuperación a pesar de eliminar la causa	
Etiología	Pulpitis reversible no tratada Caries profunda no tratada dentina expuesta Traumatismos Restauraciones defectuosas Problemas de oclusión Irritaciones químicas, Fracturas coronarias
Clasificación	Existen dos formas clínicas: 1. Pulpitis irreversible sintomática 2. Pulpitis irreversible asintomática
Tiempo promedio de procedimiento por sesión:	35 minutos dientes anteriores 45 minutos premolares 1 hora molares
Manifestaciones clínicas	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	Exploración intraoral Aplicación calor, frío Percusión vertical Radiográfico (ensanchamiento radiológico del espacio periodontal)
Diagnóstico diferencial	Pulpitis reversible Necrosis pulpar Gangrena pulpar
Exámenes complementarios	Radiográfico
Plan de Tratamiento	
(PROCEDIMIENTO)	
<ol style="list-style-type: none"> 1 Anestesia local infiltrativa o troncular si el caso lo amerita 2 Reconstrucción del la pieza dental si es necesario. 3 Aislamiento absoluto del campo operatorio 4 Acceso cameral, con fresa redonda hasta caer en cámara luego cambiar a endo Z o fresa Batt para eliminación de techo cameral 5 Localización de conductos radiculares 6 Irrigación Hipoclorito de Sodio 2.5 % en biopulpectomía, y 5.25% en conductos infectados, colocando suero fisiológico entre el hipoclorito y la al Clorhexidina 2 % y por último EDTA 17% efectuándolo en tres tiempos. 7 Eliminar tejido pulpar (limas e irrigación) 8 Conductometría (longitud de trabajo)con apoyo radiográfico y del localizador apical 9 Preparación y ensanchamiento del conducto (limas e irrigación) Si no es posible terminar en una sola sesión se recomienda medicación intraconducto (hidróxido de calcio puro con vehículo a elección). Conometría con apoyo radiográfico 10 Secado de conductos radiculares 11 Obturación de conductos radiculares con técnica de preferencia 12 Obturación provisional (ionómero de vidrio). 13 Control de oclusión. 	

14 Rx de control 15 Restauración definitiva, a las 48 horas. 16 Ajuste oclusal. 17 Medicación sistémica (analgésicos, antiinflamatorios) según el caso lo amerite. 18 Control radiográfico a los seis meses y al año	
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 6 meses y al año

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

PATOLOGÍA PULPAR

Clasificación

Existe diferentes clasificaciones dentro de la patología pulpar, pero se tomara la clasificación de Grossman:

- Hiperemia pulpar
- Pulpitis Infiltrativa
- Pulpitis abscedosa
- Pulpitis ulcerosa traumática y atraumática
- Pulpitis Hiperplásica.
- Reabsorción dentinaria interna.
- Necrosis pulpar
- Gangrena pulpar.

PATOLOGÍA: HIPEREMIA PULPAR K04.1	
Definición: La hiperemia pulpar es una acumulación excesiva de sangre en la pulpa resultado de una congestión vascular. Se considera que no es propiamente un estado patológico de la pulpa, es un síntoma prepulpítico por lo general reversible.	
Etiología	La hiperemia pulpar es la primera reacción de la pulpa ante el daño causado por: Caries Traumatismos Problemas de oclusión Preparación de cavidades sin refrigeración Excesiva deshidratación de la dentina Irritación de la dentina por contacto a sustancias de obturación.
Manifestaciones clínicas	Sintomatológica Dolor provocado de mayor o menor intensidad, que se presenta al momento del Estímulo físico y químico.
Tiempo de procedimiento	Tiempo promedio 45 minutos
Criterios de diagnóstico	Diagnóstico Clínico Clínico: exploración, aplicación de calor y frío. Radiográfico.
Diagnóstico diferencial	Pulpitis infiltrativa
Exámenes complementarios	Radiografía periapical. RVG
Plan de Tratamiento	
Tratamiento Odontológico	

Administración de anestesia <input type="checkbox"/> Aislado absoluto o relativo <input type="checkbox"/> Retirar la causa irritante. <input type="checkbox"/> Protección pulpar indirecta con hidróxido de calcio y / o cemento de base (ionómero de base o cemento de fosfato de zinc). Obturación definitiva Control oclusal	
Terapéutica Si se requiere, antiinflamatorio y / o analgésico Tratamiento Quirúrgico No requiere.	
Complicaciones	Pulpitis infiltrativa Necrosis de la pulpa
Criterios de referencia	No requiere.
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Control a la semana y luego trimestral

PATOLOGÍA: PULPITIS INFILTRATIVA – K04.2	
Definición: Es una congestión intensa de la pulpa, con una hiperemia avanzada y de curso rápido; pertenece a las pulpitis a cavidad cerrada, es casi siempre de evolución aguda.	
Etiología	Persistencia del irritante Proceso inflamatorio agudo.
Clasificación	No se consideran para fines normativos
Manifestaciones clínicas	Sintomático agudo Dolor intenso, espontáneo y de mayor duración con exacerbaciones intermitentes
Tiempo de procedimiento	Por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora molares
Criterios de diagnóstico	Clínico: exploración, aplicación de calor y frío. Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Pulpitis abscedosa
Exámenes complementarios	Exámenes Complementarios Radiografía periapical. RVG
Plan de Tratamiento	
Tratamiento Odontológico General Anestesia infiltrativa o troncular Remoción de tejido careado Medicación intermedia Obturación provisional.	
Tratamiento Endodóntico 1° Sesión: Lectura radiográfica. Administración de anestesia. Aislado absoluto o relativo Retiro de obturación provisional Apertura de cámara. Eliminación de paquete vásculo nervioso. Conductometría. Toma de radiografía. Irrigación de conductos radiculares. Secado de conducto radicular. Medicación intermedia. Obturación provisional y alivio oclusal.	
2° Sesión:	

Aislado absoluto o relativo. Retiro obturación provisional. Preparación biomecánica del conducto radicular. Irrigación de conducto radicular. Secado de conducto radicular. Obturación de conducto radicular. Control radiográfico. Control oclusal Se requerirá de una tercera sesión en caso de que la pieza este periodontizada.	
Terapéutica	Si lo requiere antiinflamatorio y / o analgésico
Complicaciones	Pulpitis abscedosa.
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Control radiográfico cada tres meses durante el primer año.

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

PATOLOGÍA: PULPITIS ABSCEDOSA KO4.3

Definición:

Denominada también purulenta, es la formación de uno o varios abscesos en la pulpa, que al expandirse y presionar el tejido pulpar produce intenso dolor constituyéndose ésta en una de las pulpitis más dolorosas.

Etiología	Estado avanzado de la pulpitis infiltrativa
Manifestaciones clínicas	Sintomatología aguda Dolor intenso, pulsátil, irradiado y prologado Acumulación de pus y exudado Exacerbado al calor y mitigante al frío.
Tiempo de procedimiento	Por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora molares
Criterios de diagnóstico	Clínico: sintomatológico Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Absceso periapical agudo.
Exámenes complementarios	Radiografía periapical. RVG

Plan de Tratamiento

Tratamiento Odontológico General

Anestesia infiltrativa o troncular
Apertura cameral
Eliminación del agente causal
Permeabilización de conductos
Medicación intermedia
Obturación temporaria
Control de oclusión

Tratamiento Endodóntico 1° Sesión:

Lectura radiográfica.
Administración de anestesia.
Aislado absoluto o relativo
Eliminación de paquete vasculo nervioso.
Conductometría.
Toma de radiografía.
Irrigación de conductos radiculares.
Secado de conducto.
Medicación intermedia.
Obturación provisional.
Control oclusal

2° Sesión:

Aislado absoluto o relativo
Retiro obturación provisional.

Preparación biomecánica del conducto radicular. Irrigación de conducto radicular. Secado de conducto radicular. Obturación de conducto radicular. Control radiográfico. Control oclusal Se requerirá de una tercera sesión en caso de que la pieza este periodontizada.	
Terapéutica Si el caso requiere: Antiinflamatorios-Analgésicos / Antibióticoterapia	
Complicaciones	Absceso periapical Lesiones endo-periodontales. Lesiones periapicales
Control y Mantenimiento	Control radiográfico cada tres meses, a fin de constatar alguna reacción periapical durante un año.

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

PATOLOGIA: PULPITIS ULCEROSA KO4.4	
Definición Es la exposición pulpar, pudiendo ser traumática o accidental y no traumática que es la ulceración crónica de la pulpa expuesta.	
Etiología	La primera es como su nombre lo indica de forma accidental sean automovilistas o escolares, La segunda se produce por el avance de caries que con el transcurso del tiempo deja expuesta la pulpa inflamada o puede seguir a una forma de pulpitis ulcerosa traumática no tratada endodónticamente
Tiempo de procedimiento	Por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora molares
Manifestaciones clínicas	Traumática Sintomático Dolor a estímulos físicos y químicos No traumática Dolor a la presión directa (exploración y masticación) Dolor moderado a estímulos químicos
Criterios de diagnóstico	Clínico Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Hiperplasia pulpar Pólipo pulpar
Exámenes complementarios	Radiográfico Radio-visiografía
Plan de Tratamiento	
Tratamiento En la pulpitis ulcerosa traumática o accidental, se procederá a una protección directa. Si el diente no completó su formación apical, la pulpotomía parcial es lo indicado y en caso de la raíz formada se realizará la pulpotomía total dependiendo del caso. En la pulpitis ulcerosa no traumática o crónica, lo indicado es la pulpotomía total.	
Odontológico General	
Traumática: <input type="checkbox"/> Administración de anestesia <input type="checkbox"/> Aislado absoluto o relativo Limpieza de la cavidad con clorhexidina u otros Protección directa (hidróxido de calcio) en caso de pulpotomía parcial	

Control pos operatorio en 8 días

No traumática:

Remoción de tejido careado
 Medicación intermedia
 Obturación provisional
 Control oclusal

Tratamiento Endodóntico 1° Sesión:

Lectura radiográfica.
 Administración de anestesia.
 Aislado absoluto o relativo
 Apertura de cámara
 Eliminación de paquete vasculo nervioso.
 Conductometría.
 Toma de radiografía.
 Irrigación de conductos radiculares.
 Secado de conducto radicular.
 Medicación intermedia.
 Obturación provisional.
 Control oclusal

2° Sesión:

Aislado absoluto o relativo
 Retiro obturación provisional.
 Preparación biomecánica del conducto radicular.
 Irrigación de conducto radicular.
 Secado de conducto radicular.
 Obturación de conducto radicular.
 Control radiográfico.
 Control oclusal
 Se requerirá de una tercera sesión en caso de que la pieza esté periodontizada

Terapéutica

Analgésicos en caso de dolor

Complicaciones	Necrosis Abscesos periapicales
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

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

PATOLOGÍA: PULPITIS HIPERPLASICA O POLIPO PULPAR K04.5	
Definición:	Inflamación crónica de la pulpa joven expuesta a cavidad abierta.
Etiología	Se produce generalmente en dientes jóvenes Pulpas de resistente vitalidad Agente irritante de baja intensidad y larga duración
Clasificación	No se considera para fines normativos.
Tiempo de procedimiento	Por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora molares
Manifestaciones clínicas	Sintomatología leve a la exploración con poco sangrado Se presenta sobre todo en molares Destrucción coronaria amplia
Criterios de diagnóstico	Clínico

	Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Pólipo gingival Pulpitis ulcerosa
Exámenes complementarios	Radiográfico Radio-visiografía
Plan de Tratamiento	
<p>Tratamiento Odontológico General Administración de anestesia Remoción de tejido careado y pólipo. Medicación intermedia Obturación provisional. Control oclusal</p> <p>Tratamiento Endodóntico 1° Sesión: Lectura radiográfica. Administración de anestesia. Aislado absoluto o relativo Retiro de obturación provisional. Apertura de cámara. Eliminación de paquete vasculo nervioso. Conductometría. Toma de radiografía. Irrigación de conductos radiculares. Secado de conducto. Medicación intermedia. Obturación provisional. Control oclusal</p> <p>2° Sesión: Aislado absoluto o relativo Retiro obturación provisional. Preparación biomecánica del conducto radicular. Irrigación de conducto radicular. Secado de conducto radicular. Obturación de conducto radicular. Control radiográfico. Control oclusal</p> <p>Se requerirá de una tercera sesión en caso de que la pieza este periodontizada. También se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no.</p>	
Terapéutica En caso de dolor, analgésicos.	
Complicaciones	Necrosis Abscesos periapicales
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

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

PATOLOGÍA: REABSORCION DENTINARIA INTERNA K04.6	
Definición: Es la reabsorción de la dentina a nivel de cámara y conducto radicular producida al parecer por dentinoclastos, llamada también mancha rosada, pulpoma o granuloma interno de la pulpa.	
Etiología	Desconocida.
Tiempo de procedimiento	Por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora molares
Clasificación	No considera para fines normativos
Manifestaciones clínicas	Aparece en cámara y conducto radicular Coloración rosada cuando está en cámara <input type="checkbox"/> Radiográfica mente tiene la forma de foco al estar en conducto <input type="checkbox"/> Dolor ocasional <input type="checkbox"/> Hallazgos casuales en radiografías
Criterios de diagnóstico	Clínico Radiográfico
Diagnóstico diferencial	No existe
Exámenes complementarios	Radiográfico Radio-visiografía
Plan de Tratamiento	
Tratamiento Odontológico General Transferencia a especialidad.	
Tratamiento Endodóntico	
1° Sesión: Lectura radiográfica. Administración de anestesia. Aislado absoluto o relativo Apertura de cámara. Eliminación de paquete vasculo nervioso. Conductometría. Toma de radiografía. Irrigación de conductos radiculares. Secado de conducto radicular. Medicación intermedia con CAHO Obturación provisional. Control oclusal	
2° Sesión: Aislado absoluto o relativo Retiro obturación provisional. Irrigación de conducto radicular. Secado de conducto radicular. Medicación intermedia con CAHO Obturación provisional Control oclusal	
3ª Sesión: Se repite la anterior sesión unas dos veces para incentivar a la formación de dentina, controlando con radiografía si existe avance o no y poder obturar la pieza.	
Terapéutica En caso de dolor, analgésicos.	
Complicaciones	Fracturas dentarias
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

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

PATOLOGIA: NECROSIS PULPAR K04.7	
Definición: Muerte de la pulpa parcial o total.	
Etiología	Procesos inflamatorios o traumáticos. Agentes físicos, químicos o infecciosos.
Clasificación	Aséptica Séptica
Tiempo de procedimiento	Por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora molares
Manifestaciones clínicas	Sintomático <input type="checkbox"/> Respuesta al frío y corriente eléctrica negativo Respuesta al calor positivo Movilidad dentaria
Criterios de diagnóstico	Clínico Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Pulpitis <input type="checkbox"/> Gangrena pulpar
Exámenes complementarios	Radiográfico <input type="checkbox"/> Radio-visiografía
Plan de Tratamiento	
<p>Tratamiento Odontológico General Remisión a especialista</p> <p>Tratamiento Endodóntico 1° Sesión: Lectura radiográfica. Colocación de anestesia si se requiere Aislado absoluto o relativo Apertura cameral Limpieza de conductos por tercios (coronal, medio, apical) Conductometría. Toma de radiografía. Irrigación de conductos radiculares. Secado de conducto. Medicación intermedia. Obturación provisional. Control de oclusión</p> <p>2° Sesión: Aislado absoluto o relativo Retiro obturación provisional. Preparación biomecánica del conducto radicular. Irrigación de conducto radicular. Secado de conducto radicular. Medicación intermedia Obturación provisional Control de oclusión</p> <p>3ª Sesión: Aislado absoluto o relativo Retiro de obturación provisional Preparación biomecánica del conducto radicular Irrigación de conducto radicular Secado de conducto radicular</p>	

Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomática o proseguir con medicación intermedia Control radiográfico. Control de oclusión Se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no. Tiempo a emplearse por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora molares	
En caso de dolor, analgésicos.	
Complicaciones	Absceso periapical
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

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

PATOLOGIA: GANGRENA PULPAR KO4.8	
Definición: La grangena pulpar es la muerte pulpar con infección.	
Etiología	Se origina en pulpitis abiertas. Existen gangrenas en cavidades cerradas cuando se producen por vía sistémica denominándose anacoressis.
Clasificación	No existe
Manifestaciones clínicas	Respuesta al frío y corriente eléctrica negativo Respuesta al calor positivo Movilidad dentaria Olor fétido
Criterios de diagnóstico	Clínico Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Pulpitis Necrosis pulpar
Exámenes complementarios	Radiográfico Radio-visiografía
Plan de Tratamiento	
Tratamiento Odontológico general Remoción de tejido careado Medicación intermedia Obturación provisional Control de oclusión Tratamiento Endodóntico 1° Sesión: Lectura radiográfica. Retiro de obturación provisional. Aislado absoluto o relativo Apertura de cámara. Conductometría. Toma de radiografía. Irrigación de conductos radiculares. Secado de conducto. Medicación intermedia. Obturación provisional Control de oclusión	

<p>2° Sesión: Aislado absoluto o relativo Retiro obturación provisional. Preparación biomecánica del conducto radicular. Irrigación de conducto radicular. Secado de conducto radicular. Medicación intermedia Obturación provisional Control de oclusión</p>	
<p>3ª Sesión: Aislado absoluto o relativo Retiro de obturación provisiona reparación biomecánica del conducto radicular Irrigación de conducto radicular Secado de conducto radicular Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomático o proseguir con medicación intermedia Control radiográfico. Control de oclusión También se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no.</p>	
<p>Tiempo a emplearse por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora molares</p>	
<p>Terapéutica Si el caso lo requiere analgésicos y antibióticos.</p>	
Complicaciones	Absceso periapical
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Radiográfico cada tres meses durante el primer año

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

PATOLOGIAS 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 • Absceso alveolar agudo • Peridontitis Apical Crónica • Granuloma • Quistes <ul style="list-style-type: none"> ○ Q. Verdadero: Quiste inflamatorio apical con una cavidad patológica bien definida ○ Q. en Bolsa: Quiste inflamatorio apical con una cavidad similar a un saco recubierto por epitelio comunicada con el conducto radicular. • Absceso Fenix
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 de lesión periapical y ausencia de sintomatología.
Control y Mantenimiento	El paciente acudirá a controles radiográficos de 3, 6 y 12 meses

PATOLOGÍA: PERIODONTITIS APICAL AGUDA KO5.1	
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
Clasificación	No existe
Manifestaciones clínicas	Sintomatología <input type="checkbox"/> Dolor a la percusión vertical y masticación <input type="checkbox"/> Movilidad dentaria mínima. <input type="checkbox"/> Sensación de extrusión.
Criterios de diagnóstico	Clínico Radiográfico, ligamento ligeramente ensanchado
Diagnóstico diferencial	Pulpitis irreversible Periodontitis crónica Absceso Fénix
Exámenes complementarios	Radiográfico Radio-visiografía
Plan de Tratamiento	
<p>Tratamiento Odontológico General Colocación de anestesia Eliminación del agente causal Medicación intermedia Obturación provisional Control de la oclusión</p> <p>Tratamiento Endodóntico 1° Sesión: Lectura radiográfica. Retiro de obturación provisional. Administración de anestesia Aislado absoluto o relativo Apertura de cámara. Conductometría. Toma de radiografía. Irrigación de conductos radiculares. Secado de conducto. Medicación intermedia. Obturación provisional. Control de la oclusión</p> <p>2ª Sesión: Aislado absoluto o relativo Retiro de obturación provisional Preparación biomecánica del conducto radicular Irrigación de conducto radicular Secado de conducto radicular Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomática o proseguir con medicación intermedia Control radiográfico. Control de la oclusión También se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no</p> <p>Tiempo a emplearse por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora molares</p>	

Tratamiento quirúrgico: Posible curetaje apical	
Terapéutica	Anti- inflamatorio 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 pos endodoncia se aliviara únicamente oclusión.

Se tratara con biopulpectomia o necropulpectomia dependiendo del estado pulpar).

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

PATOLOGÍA: ABSCESO ALVEOLAR AGUDO KO5.2	
Definición: Inflamación aguda y supurativa de los tejidos periapicales con acumulación de exudado purulento	
Etiología	Persistencia e intensificación del proceso microbiano.
Clasificación	Absceso periapical con fístula Absceso periapical sin fístula
Manifestaciones clínicas	Sintomático agudo Dolor severo, constante y pulsátil. Extrusión con movilidad dentaria Acumulación de pus y exudado. <input type="checkbox"/> Cuadro febril
Criterios de diagnóstico	Clínico Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Síndrome endo-periodontal
Exámenes complementarios	Radiográfico Radio-visiografía Laboratorio si el caso lo requiera (cultivo y antibiograma)
Plan de Tratamiento	
<p>Tratamiento odontológico General</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anestesia infiltrativa o troncular Eliminación del agente causal Drenaje dentario Medicación intermedia Torunda estéril Obturación temporal Control de oclusión Control pos operatorio a las 24, 48 o 72 horas dependiendo de la gravedad de la patología <p>Tratamiento Endodóntico</p> <p>1° Sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lectura radiográfica. Anestesia infiltrativa o troncular Aislado absoluto o relativo Conductometría. Toma de radiografía. Irrigación de conductos radiculares. Secado de conducto. Medicación intermedia. Control pos operatorio a las 24, 48 o 72 horas dependiendo de la gravedad de la patología Obturación provisional Control de la oclusión. <p>2ª Sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aislado absoluto o relativo Retiro de obturación provisional Preparación biomecánica del conducto radicular Irrigación de conducto radicular Secado de conducto radicular Medicación intermedia Obturación provisional Control de la oclusión <p>3ª Sesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aislado absoluto o relativo Retiro de obturación provisional Preparación biomecánica del conducto radicular Irrigación de conducto radicular Secado de conducto radicular Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomática o proseguir con 	

medicación intermedia <input type="checkbox"/> Control radiográfico. Control de la oclusión También se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no.	
Tiempo a emplearse por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora molares	
Tratamiento Quirúrgico Posible curetaje apical y/ o apicectomía.	
Terapéutica: Antibiótico-terapia.	
Complicaciones	Absceso más complicado.
Criterios de referencia	Referencia a cirugía
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

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

PATOLOGÍA: PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA K05.3	
Definición: Inflamación persistente de origen endodóncico con presencia de tejido granulomatoso y presencia de infiltrado	
Manifestaciones clínicas	No presenta síntomas Puede presentar dolor a la percusión, y no da molestias a la masticación.
Criterios de diagnóstico	Radiográficamente: Ligamento ensanchado con lesión periapical Prueba de vitalidad: No responde
Diagnóstico diferencial	Periodontitis apical aguda Pulpitis irreversible Absceso Fenix Quiste periapical
Exámenes complementarios	Examen radiográfico Láser Doppler Pruebas eléctricas Tomografía axial computarizada
Plan de Tratamiento	
PROCEDIMIENTO Anestesia local infiltrativa o troncular si el caso lo amerita 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 de conductos radiculares Irrigación Hipoclorito de Sodio 5.25% en conductos infectados, colocando suero fisiológico entre el hipoclorito y la al Clorhexidina 2 % y por último EDTA 17% efectuándolo en tres tiempos. Eliminar tejido pulpar (limas e irrigación) Conductometría (longitud de trabajo)con apoyo radiográfico y del localizador apical Preparación y ensanchamiento del conducto (limas e irrigación) Si no es posible terminar en una sola sesión se recomienda medicación intraconducto (hidróxido de calcio puro con vehículo a elección). Conometría con apoyo radiográfico Secado de conductos radiculares Obturación de conductos radiculares con técnica de preferencia Obturación provisional (ionómero de vidrio). Control de oclusión. Rx de control Restauración definitiva, a las 48 horas. Ajuste oclusal. Medicación sistémica (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

PATOLOGÍA: GRANULOMA PERIAPICAL K05.4	
Definición: Reacción inflamatoria que se presenta en forma de una proliferación de tejido de granulación que contiene todos los elementos de una inflamación crónica.	
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.
Clasificación	No se describe para fines normativos
Manifestaciones clínicas	Asintomático Su hallazgo es sobre la base de la radiografía, la cual presenta un área radio lúcida en un diente desvitalizado
Criterios de diagnóstico	Radiografía periapical RVG
Diagnóstico diferencial	Quiste periapical
Exámenes complementarios	Radiográfico
Plan de Tratamiento	
<p>Tratamiento Odontológico General Remoción de tejido careado Medicación intermedia Obturación provisional</p> <p>Tratamiento Endodóntico 1° Sesión: Lectura radiográfica. Apertura de cámara Aislado absoluto o relativo Conductometría. Toma de radiografía. Irrigación de conductos radiculares. Secado de conducto. Medicación intermedia. Obturación provisional. Control de la oclusión</p> <p>2° Sesión: Aislado absoluto o relativo Retiro obturación provisional. Preparación biomecánica del conducto radicular. Irrigación de conducto radicular. Secado de conducto radicular. Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomática o proseguir con medicación intermedia Control radiográfico. Control de la oclusión Se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no. Si el caso lo requiere se realizará tratamiento quirúrgico.</p> <p>Tiempo a emplearse por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora</p> <p>Tratamiento Quirúrgico Curetaje apical. Apicectomía.</p>	
Complicaciones	Reagudización a un proceso abscedoso
Criterios de referencia	Referencia a cirugía
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Control radiográfico trimestral por un año

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

PATOLOGÍA: QUISTE PERIAPICAL K05.5	
Definición: Cavidad tapizada por epitelio que contiene un líquido viscoso, con cristales de colesteroína	
Etiología	Respuesta inflamatoria crónica de la periápice, que se desarrolla a partir de lesiones crónicas con tejido granulomatoso pre existente. Origen en los restos epiteliales de Malassez remanentes de la vaina epitelial de Hertwig. Generalmente asociado a un diente no vital.
Clasificación	No se describe para fines normativos
Manifestaciones clínicas	Asintomático Hallazgo radiográfico casual, presentando contornos bien definidos, de difícil diferenciación
Criterios de diagnóstico	Radiográfico
Diagnóstico diferencial	Granuloma periapical
Exámenes complementarios	Radiografía periapical RVG
Plan de Tratamiento	
<p>Tratamiento Odontológico General Eliminación del agente causal Medicación intermedia Obturación provisional</p> <p>Tratamiento Endodóntico 1° Sesión: Lectura radiográfica. Apertura de cámara Aislado absoluto o relativo Conductometría. Toma de radiografía. Irrigación de conductos radiculares. Secado de conducto. Medicación intermedia. Obturación provisional. Control de la oclusión</p> <p>2° Sesión: <input type="checkbox"/> Aislado absoluto o relativo Retiro obturación provisional. Preparación biomecánica del conducto radicular. Irrigación de conducto radicular. Secado de conducto radicular. Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomática o proseguir con medicación intermedia Control radiográfico. Control de la oclusión</p> <p>Se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no. Si el caso lo requiere se realizará tratamiento quirúrgico complementario.</p> <p>Tiempo a emplearse por sesión: 35 min incisivos 45 min premolares 1 hora</p> <p>Tratamiento Quirúrgico Curetaje apical. Apicectomía</p>	
Complicaciones	Problema infeccioso

Criterios de referencia	Transferencia a cirugía
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Control radiográfico trimestral por un año

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

PATOLOGÍA: ABCESO FENIX K05.6	
Definición: Es un absceso crónico reagudizado	
Manifestaciones clínicas	Dolor a la percusión
Criterios de diagnóstico	Radiográficamente: Ligamento ensanchado sin lesión periapical Prueba de vitalidad variable
Diagnóstico diferencial	Periodontitis apical crónica Absceso alveolar agudo
Exámenes complementarios	<ul style="list-style-type: none"> • Examen radiográfico • Láser Doppler • Pruebas eléctricas • Tomografía axial computarizada
Plan de Tratamiento	
<p>Anestesia local infiltrativa o troncular si el caso lo amerita Reconstrucción de 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 la eliminación de techo cameral Localización de conductos radiculares Irrigación 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. Eliminar tejido pulpar (limas e irrigación) Conductometría (longitud de trabajo)con apoyo radiográfico y del localizador apical Preparación y ensanchamiento del conducto (limas e irrigación) Si no es posible terminar en una sola sesión se recomienda medicación intraconducto (hidróxido de calcio puro con vehículo a elección). Conometría con apoyo radiográfico Secado de conductos radiculares Obturación de conductos radiculares con técnica de preferencia Obturación provisional (ionómero de vidrio/óxido de zinc eugenol). Control de oclusión. Rx de control Restauración definitiva, a las 48 horas, dependiendo del remanente dentario. Ajuste oclusal.</p>	
Control y Mantenimiento	Medicación sistémica (analgésicos, antiinflamatorios) según el caso lo amerite. Control radiográfico a los seis meses y al año.

PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTE CON HIPOCLORITO DE SODIO
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Tratamiento farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínico <ul style="list-style-type: none"> ○ Tavegil (amp 2mg- 2ml) • Corticoesteroides <ul style="list-style-type: none"> ○ 10 min después ○ Celestone coronodoce amp 6mg-1ml ○ Dexometaxona 4mg-ml • Antibiótico terapia de profilaxis <ul style="list-style-type: none"> ○ 7 a 10 días • Analgésicos potentes • Corticoides de larga duración
<p>Advertir duración de inflamación, realizar compresas de fisioterapia, si es necesario hospitalización y cirugía.</p>

PROTOCOLO: SHOCK ANAFILÁCTICO
Plan de Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Colocar epinefrina acuosa 1:1000 en 0.1 a 0.3ml subcutánea o intramuscular, puede ser repetida cada 15 minutos. • Hacer un torniquete cerca de donde fue aplicado el fármaco causal. • Epinefrina acuosa 1:1000 en 0.1 a 0.3 ml en el área donde se aplicó el medicamento causal. • Cateterismo venoso periférico en vena cefálica o basilica. • Aplicación de un antihistamínico Tavegil 1 mg IM o IV, o defenhidramina de 1.25 mg/kg con máximo de 50mg. • Manejo del broncoespasmo con: metilprednisolona 40mg IV cada 12 horas o hidrocortisona 5mg/kg (200 mg IV cada 8 horas) y aminofilina a dosis de 5mg/kg de peso y mantenimiento de 0.5 a 1 mg/Kg/ hora + micronebulizaciones con salbutamol 2mg cada 15 min. • Manejo de la hipotensión en el caso que los factores anteriores no ayuden en el proceso.

ANEXOS

EQUIPAMIENTO ENDODÓNTICO

- Localizador apical
- Microscopio endodóntico
- Ultra sonido 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
- Endo block
- Regla milimétrica endodóntica
- Calibrador endodóntico
- Precurvador de limas
- Endo Ray
- Juego de grapas universal
- Perforador de dique
- Arco de Young
- Porta Grapa
- 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 N^o 1,2,3 tallo corto y tallo largo
- Carpule
- Tijeras para cortar conos
- Gutaperchero

Limas K

- 1era serie (15-40)
21mm - 25mm - 28mm -31mm
- 2nda serie (45-80)
21mm - 25mm - 28mm -31mm

Limas intermedias Pre serie (0,6- 0,8, 10)

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

Limas K flex

- 1era serie (15-40)
21mm-25mm-28mm-31mm
- 2nda serie (45-80)
21mm-25mm-28mm-31mm

Limas NITI

- 1era serie (15-40)
21mm-25mm

Limas Headstroem

- 1era serie (15-40)
21mm-25mm-28mm-31mm
- 2nda serie (45-80)
21mm-25mm-28mm-31mm

Limas Rotatorias ProTaper

- SX 19mm
- 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
- Oxido de zinc eugenol
- Cavit

PERIODONCIA

PROTOCOLOS PARA II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

<p>ENFERMEDADES DEL PERIODONTO CÓDIGO CIE – 10 - K05 ENTIDAD NOSOLÓGICA: Enfermedades gingivales inducidas por placa bacteriana (K05.0)</p>	
<p>DEFINICIÓN:</p> <p>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.</p>	
<p>Etiología</p>	<p>Enfermedad multifactorial</p>
<p>Clasificación</p>	<p>1. Gingivitis asociada sólo con placa dental. a. Sin otros factores locales asociados. b. Asociada también a otros factores locales.</p> <p>2. Modificadas por factores sistémicos a. Asociadas con el sistema endocrino: - Gingivitis asociada a la pubertad. - Gingivitis asociada al ciclo menstrual. b. Asociadas al embarazo: - Gingivitis. - Granuloma piogénico. c. Gingivitis asociada a diabetes mellitus. d. Asociadas con discrasias sanguíneas: - Gingivitis asociada a leucemia. - Otras.</p> <p>3. Modificadas por medicamentos a. Agrandamientos gingivales. b. Gingivitis asociada a medicamentos: - Asociada a anticonceptivos orales. - Otras.</p> <p>4. Modificadas por malnutrición: a. Déficit de ácido ascórbico. b. Otras</p>
<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. 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. 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. Fase de mantenimiento: Control químico de placa bacteriana y profilaxis cada 3 o 4 meses para evaluar y controlar la salud periodontal del paciente</p>	

Tiempo de trabajo	30 minutos (3 citas)
Nivel de atención	1, 2
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Cada tres meses

PATOLOGÍA: 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	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio • Examen microbiológico • Examen histopatológico • Examen radiográfico
Plan de Tratamiento	
Fase Sistémica: Interconsulta con el médico tratante, el paciente debe estar controlado sistémicamente.	
Fase Higiénica: Profilaxis, eliminación de factores retentivos de placa bacteriana, fisioterapia oral, controles químicos de placa bacteriana, uso de enjuagues a base de Clorhexidida al 0,12%.	
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.	
Fase de Mantenimiento: Control químico de placa bacteriana y profilaxis cada 3 o 4 meses para evaluar y controlar la salud periodontal del paciente	
Tiempo de trabajo	30 minutos (3 citas)
Nivel de atención	2, 3
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Cada tres o cuatros meses si es necesario

PATOLOGÍA PERIODONTITIS CRÓNICA (K05.2)	
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	
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 a 2 mm.</p> <p>b. Periodontitis moderada: si las pérdidas de inserción se encuentran entre 3 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 3 o 4 meses y controlar la salud periodontal del paciente.	
Tiempo de trabajo	45 minutos (5 citas)
Nivel de atención	2, 3
Criterios de alta	Resolución de la patología
Control y Mantenimiento	Sondaje periodontal, control de placa bacteriana y profilaxis cada 3 o 4 meses rigurosamente. De ser necesario volver a tratamiento periodontal.

PATOLOGÍA	
PERIODONTITIS AGRESIVA (K05.3)	
DEFINICIÓN:	
<p>La periodontitis agresiva es un tipo específico de periodontitis con hallazgos clínicos y de laboratorio diferentes, que los identifica claramente de 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.</p>	
Etiología	<i>Agregatibacter actinomycetemcomitans</i> o <i>Porphyromonas gingivalis</i> ; anomalías en los fagocitos; fenotipo de macrófagos con hiperrespuesta con niveles elevados de prostaglandina E2 e interleuquina-1 β
Clasificación	<p>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.</p> <p>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.</p>
Principales signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 mas enjuagues de Clorhexidida al 0,12% 2 veces a día por 1 minuto 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 2 o 3 meses rigurosamente y controlar la salud periodontal del paciente.</p>	
Tiempo de trabajo	45 minutos (5 citas)
Nivel de atención	2, 3
Criterios de alta	Paciente bajo terapia de mantenimiento periodontal
Control y Mantenimiento	Sondaje periodontal, control de placa bacteriana y profilaxis cada 2 a 3 meses rigurosamente. De ser necesario entrar a tratamiento periodontal.

PATOLOGÍA	
PERIODONTITIS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS (K05.4)	
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.	
Etiología	Enfermedad Multifactorial
Clasificación	<p>a. Asociada a desórdenes hematológicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neutropenia adquirida. 2. Leucemias. 3. Otras. <p>b. Asociada a desórdenes genéticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neutropenia familiar y cíclica. 2. Síndrome de Down. 3. Síndrome de déficit de adhesión leucocitaria. 4. Síndrome de Papillon-Lefèvre. 5. Síndrome de Chediak-Higashi. 6. Síndrome de histiocitosis. 7. Enfermedad de almacenamiento del glucógeno. 8. Agranulocitosis infantil genética. 9. Síndrome de Cohen. 10. Síndrome de Ehler-Danlos (tipos IV y VII). 11. Hipofosfatasa. 12. Otros. <p>c. No especificados.</p>
Principales signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pérdida del nivel de inserción ✓ Aumento de la profundidad del sondaje
Criterios de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Clínico
Exámenes complementarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exámenes de laboratorio ▪ Exámenes inmunológicos
Plan de Tratamiento	
<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 2 o 3 meses rigurosamente y controlar la salud periodontal al paciente.</p>	
Tiempo de trabajo	45 minutos (5 citas)
Nivel de atención	2, 3
Criterios de alta	Paciente bajo terapia de mantenimiento periodontal
Control y Mantenimiento	Sondaje periodontal, control de placa bacteriana y profilaxis cada 2 a 3 meses rigurosamente. De ser necesario entrar a tratamiento periodontal.

PATOLOGÍA	
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: (SIDA), la malnutrición, el tabaquismo y otras drogas, traumatismo, o la existencia de una gingivitis previa.
Clasificación	1. Gingivitis ulcerativa necrotizante (GUN). 2. Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN).
Principales signos y síntomas	1. 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. 2. 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 012%, controles periódicos del índice de placa bacteriana, antibioticoterapia, (amoxicilina mas acido clavulánico y metronidazol y otros según el criterio del profesional).	
Fase Reconstructiva: Tratamiento periodontal quirúrgicos resectivos o regenerativos.	
Fase de Mantenimiento: Se realizará una reevaluación, control de placa bacteriana y profilaxis cada 2 meses rigurosamente y controlar la salud periodontal del paciente.	
Tiempo de trabajo	45 minutos (5 citas o mas depende requerimiento)
Nivel de atención	2, 3
Criterios de alta	Paciente bajo terapia de mantenimiento periodontal
Control y Mantenimiento	Control de placa bacteriana y profilaxis cada 2 meses rigurosamente y controlar la salud periodontal del paciente

PATOLOGIA

ABSCESOS 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"> 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. 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. 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"> Absceso gingival. Absceso periodontal. 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	<ul style="list-style-type: none"> 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.	
Tiempo de trabajo	45 minutos (2 citas)
Nivel de atención	2, 3
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 endodóntico).	
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 antimicrobiana • Puede necesitarse de terapia quirúrgica (apicectomía) 	
Tiempo de trabajo	30 minutos (3 citas)
Nivel de atención	2, 3
Criterios de alta	Resolución de la patología

PATOLOGÍA	
CONDICIONES Y DEFORMIDADES ADQUIRIDAS O DEL DESARROLLO (K06)	
DEFINICIÓN: Existe una serie de factores relacionados con el diente que pueden predisponer a la aparición de enfermedades periodontales. De este modo, aunque la etiología de las enfermedades periodontales sea bacteriana, todos aquellos factores que favorezcan la acumulación bacteriana o permitan el ingreso de bacterias en el periodonto deben ser considerados	
Etiología	Multifactorial
Clasificación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Factores localizados relacionados con el diente que modifican o predisponen a la presencia de enfermedades gingivales/periodontales inducidas por placa: <ol style="list-style-type: none"> a. Factores anatómicos del diente. b. Aparatos y restauraciones dentales. c. Caries a nivel amelocementario d. Fracturas radiculares. e. Reabsorción radicular cervical y lágrimas de cemento. 2. Deformaciones y condiciones mucogingivales <ol style="list-style-type: none"> a. Retracción gingival: b. Ausencia de encía queratinizada. c. Profundidad del vestíbulo disminuida. d. Implantación anormal del frenillo e. Agrandamiento gingival. f. Cresta vertical y/u horizontal deficiente. 3. Trauma oclusal: <ol style="list-style-type: none"> a) Trauma oclusal primario. b) Trauma oclusal secundario.
Nivel de atención	2, 3
Criterios de alta	Resolución de la patología

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 pre protésica, 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 3 meses y controlar la salud periodontal del paciente.</p>	
Tiempo de trabajo	45 minutos (3 citas)
Nivel de atención	2, 3
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	<ul style="list-style-type: none"> a) Retracción gingival b) Ausencia de encía queratinizada. c) Profundidad del vestíbulo 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	✓ Clínico
Plan de tratamiento	
Fase Higiénica: Eliminación del factor retentivos de placa bacteriana, profilaxis, raspados y alisados radiculares a campo cerrado de acuerdo al caso, fisioterapia oral.	
Fase Reconstructiva: Cirugía mucogingivales, cirugía pre protésica, cirugía regenerativa. Se realizará remisiones a los diferentes especialistas según amerite.	
Fase de Mantenimiento: Reevaluación periodontal, control de placa bacteriana y profilaxis cada 3 meses y controlar la salud periodontal del paciente.	
Tiempo de trabajo:	45 minutos (3 citas)
Nivel de atención	2, 3
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:	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	
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.	
Tiempo de trabajo:	45 minutos (3 citas)
Nivel de atención	2, 3
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 No3
- Gingivectomo de Kirkeland
- Gingivectomo de Orban
- Tijeras para remoción de sutura
- Castro Viejo (pinza de sutura)
- Porta agujas 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
- Agujas 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

PROTOCOLOS PARA II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

ANOMALIAS DENTOFACIALES (INCLUSO MALOCLUSIONES)

CODIGO	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

MALOCLUSION		CÓDIGO CIE – 10 - <u>K07</u>
<p>DEFINICIÓN: Mala posición de las piezas dentales no solo en sus relaciones estáticas sino dinámicas, con sus piezas dentales contiguas (apiñamiento) y con las antagonistas, los dientes no 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, éste en sentido vertical, transversal y en sentido anteroposterior nos referiremos a la clasificación universal de Angle (ver protocolo), como consecuencia podemos tener alteraciones funcionales, estéticas y de ATM</p>		
Etiología	<p>Factores generales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Herencia ▪ Defectos congénitos ▪ Alteraciones musculares ▪ Traumatismos ▪ Hábitos, etc. <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: ectopías, transposición, pérdida prematura de piezas temporales, permanencia prolongada de temporales. ▪ 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 ▪ Iatrogenia ▪ Otros. 	
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clase I ▪ Clase II subdivisión 1 y 2 ▪ Clase III 	

Exámenes de diagnóstico	<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
Exámenes complementarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiografía Oclusal ▪ Radiografía carpal ▪ Radiografía periapical ▪ Radiografía antero-posterior ▪ Rx. de ATM ▪ Tomografías ▪ Otras
<p>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.</p> <p>Evaluación de las condiciones físicas del paciente (altura, peso, postura).</p> <p>Historia médica (tipo de parto, alteraciones congénitas, enfermedades de la infancia, alergias, antecedentes familiares, tratamiento médico, uso de medicamentos e intervenciones quirúrgicas).</p> <p>Historia dental (caries, restauraciones, cirugías o traumas previos).</p> <p>Evaluación de hábitos: Respiración oral, deglución atípica, succión del pulgar, succión del labio, otros.</p> <p>Examen extraoral: Frontal, sagital, análisis labial.</p> <p>Examen intraoral: anteroposterior, transversal, vertical, evaluación periodontal, etc....</p> <p>Análisis funcional de ATM: estática, dinámica, palpación.</p> <p>Registro de alteraciones óseas, dentarias, funcionales y neuromusculares (evaluación clínica)</p>	
<p>FASES DE TRATAMIENTO:</p> <p>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).</p>	
<p>DURACIÓN APROXIMADA DEL TRATAMIENTO:</p> <p>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.</p>	

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 éstos 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 6 meses, seguidos de centrales, laterales superiores y finalmente, laterales inferiores. El intervalo de separación cronológica de cada par de dientes homólogos suele ser de 2 a 3 meses. Una vez que han hecho erupción los incisivos hay un periodo de descanso en la salida dentaria de 4 a 6 meses.

En un **segundo grupo** erupcionarán los primeros molares hacia los 16 meses y a los 20 meses los caninos; el periodo de erupción es de 6 meses y le sigue un periodo silente de 4-6 meses. En ésta 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 el cual un **tercer grupo** hacen erupción con los cuatro segundos molares, que tardan unos 4 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, sólo es posible hasta los 6 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 éste 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 2 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 3 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**. Ésta finaliza con la exfoliación de los caninos temporales superiores y los segundos molares temporales, de modo que constituye un período de desarrollo de unos 6 años

PLANOS TERMINALES

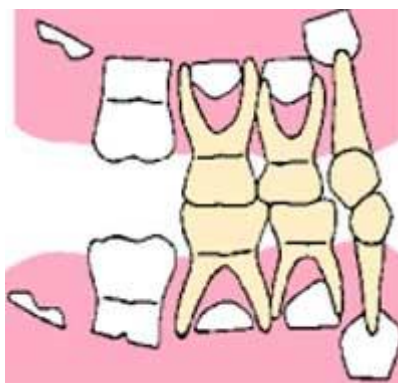
En pacientes con dentición temporal espaciada y plano recto de los molares temporales, los primeros molares permanentes inferiores erupcionan y se mueven hacia mesial los molares temporales, cierran el espacio distal a los caninos temporarios (espacios primates), convierten el plano terminal recto en una relación de escalón mesial, reducen las relaciones oclusales de la dentición temporal son similares a los de la dentición permanente, pero los términos empleados para su descripción son diferentes. 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 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.

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 agrandar el 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 denomina Espacio 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.

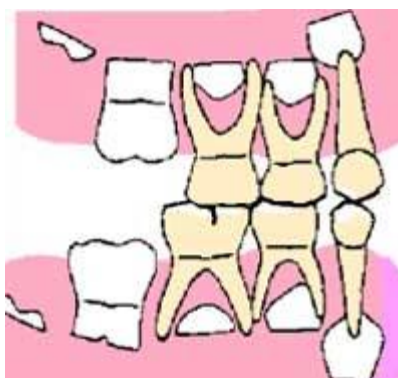


PLANO TERMINAL RECTO

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.

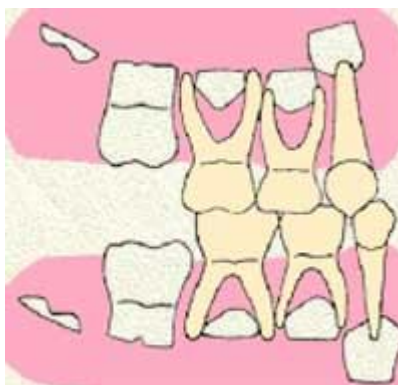
El crecimiento diferenciado de la mandíbula con respecto al maxilar superior también contribuye a la transición de los molares.

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 los de la dentición permanente, pero los términos empleados para su descripción son diferentes. 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 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.

DESARROLLO DE LA FUNCION

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 3 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. Posteriormente 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 sólo 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 desciende la lengua para favorecer el pasaje de aire, lo que favorece 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 el tratamiento de maloclusiones son indicados en los siguientes casos:

Pérdida prematura de dientes 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 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 2 años o 2 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 2 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 periodo 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 interceptivo van desde los muy complejos a los muy 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, 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, 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	
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.	
Características	<p>Apiñamiento dentario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apiñamiento leve: menor de 4mm ▪ Apiñamiento moderado: de 4 a 6mm. En estos dos casos, se podría reducir el diámetro mesiodistal de incisivos inferiores antes de alinearlos. ▪ Apiñamiento grave: mayor de 6mm, extracción de primeros o segundos premolares o un incisivo central inferior, de acuerdo al diagnóstico y criterio profesional. <p>Incisivos superiores protruidos o espaciados, Mordida cruzada anterior de origen dentario Mordida cruzada posterior Mordida abierta Mordida profunda</p>
Procedimiento terapéutico sin extracciones	<p>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 (stripping)</p> <p>Se deben evitar las extracciones en lo posible: 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. Biprotrusión 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>

<p>PATOLOGÍA: CLASE II CÓDIGO CIE – 10 - K07</p>	
<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 delante del surco vestibular del primer molar inferior permanente.</p>	
<p>Características</p>	<p>CLASE II 1ª DIVISIÓN</p> <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 <p>ESQUELETICAS Y CEFALOMETRICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <p>CLASE II 2ª DIVISIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 problemas funcionales <p>ESQUELÉTICAS Y CEFALOMETRICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Overbite aumentado ▪ Overjet disminuido • Patrón de crecimiento horizontal • Perfil convexo o recto • Tercio inferior disminuido (Altura facial inferior disminuida)
<p>Diagnóstico Diferencial y posibles Recursos Terapéuticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prognatismo maxilar: Tratamiento con arco extraoral (cambio de patrón de crecimiento), extracción de premolares superiores o distalización. ▪ 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.

PATOLOGÍA: CLASE III CÓDIGO CIE – 10 - K07	
DEFINICIÓN: Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye por detrás 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 mayor del plano mandibular (dolicofacial) ▪ Ángulos goníacos generalmente cerrados (braquifaciales) ▪ Ángulo ANB -5° ▪ Cuerpo mandibular aumentado ▪ 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	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 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, etc. 	

MÁSCARA FACIAL ORTOPÉDICA DE TRACCIÓN INVERSA

Es generalmente combinada con el aparato de expansión 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 tiempo aproximado de (12 a 14 horas al día) por 4 a 6 meses, después solo por las noches por 3 meses, se espera una corrección en un periodo de 6 meses.

No es recomendable que el disyuntor permanezca cementado más de 9 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 TERAPEUTICAS 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 4 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.

EXTRACCIONES TERAPÉUTICAS

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 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 4 a 5 meses para permitir la reorganización de los tejidos de la sutura media palatina, manteniendo así los resultados obtenidos.

<p>APARATO DE SCHWARZ</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>ESCUDO LABIAL (LIP BUMPER)</p> <p>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 sólo 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.</p>
<p>ARCO TRANSPALATINO</p> <p>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.</p>
<p>ARCO LINGUAL</p> <p>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.</p>
<p>APARATO QUADHÉLIX</p> <p>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.</p>

<p>SECUENCIA DE APARATOLOGÍA FIJA</p> <p>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.</p> <p>A continuación se describen las fases de tratamiento que deberán seguirse independientemente de la técnica a utilizarse en todas las maloclusiones.</p>
<p>Primera Fase:</p> <p>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 usados en esta etapa producen fuerzas ligeras y constantes (entre 80 y 150 gramos) para lograr una inclinación y alineación dental más eficaz.</p> <p>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.</p>
<p>Segunda Fase</p> <p>Durante la nivelación de las ranuras debemos conservar un ordenamiento para los movimientos grupales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, 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; éstos 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 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 ADHESION 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 CEMENTACION 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 a utilizar.
- Aplicación de dicho material en las paredes de la banda.
- Colocación de la banda y retiro de excesos.
- Control de la oclusión
- Petrolato

ANEXO Nº 1 ORTODONCIA

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

Historia Clínica

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 naso labial: 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

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: SI NO

Consulta con terapeuta de lenguaje: SI NO

Consulta con otorrinolaringólogo: SI 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

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

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

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

FOTOGRAFÍAS:

EXTRAORALES:

FRENTE:.....
.....

PERFIL:.....
.....

SONRISA:.....
.....

INTRAORALES:

OCCLUSIÓN ANTERIOR:.....
.....

OCCLUSIÓN DERECHA:.....
.....

OCCLUSIÓN IZQUIERDA:.....
.....

Los exámenes complementarios serán solicitados según el criterio del profesional.

DIAGNÓSTICO:.....
.....
.....
.....
.....

PRONÓSTICO: Favorable Desfavorable

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 A REALIZAR
1	Evaluación clínica, orden de estudios radiográficos, diagnóstico presuntivo. Historia clínica: 1ª parte.
2	Recepción de Rx. Análisis cefalométrico básico. Registro fotográfico. Impresiones de estudio. Historia clínica: finalización. Colocación de separadores de ser necesario.
3	Armado de aparatología fija: 1ª etapa.
4	Armado de aparatología fija: 2ª etapa.
5	Controles subsecuentes. (Incluye retiro de aparatología e instalación de retenedores)

SECUENCIA Y TIEMPOS DE ATENCIÓN EN LAS CITAS DE ORTOPEDIA:

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

Nº CITA	PROCEDIMIENTO A REALIZAR
1	Evaluación clínica, orden de estudios radiográficos de ser necesario, diagnóstico presuntivo. Historia clínica: 1ª parte.
2	Recepción de Rx. Registro fotográfico de ser necesario. Impresiones de estudio y/o trabajo. Historia clínica: finalización.
3	Diseño de aparatología.
4	Instalación de aparatología e instrucciones.
5	Controles subsecuentes. (Incluye retiro de aparatología)

ANEXO Nº 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.

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 (de ser posible 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.
- Estufa a seco.
- 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)
- 1 kit 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 titanio doble extremo
- 18 Bandeja para instrumental 18x8x5 cm, 20x10x5 cm, 28x14x6 cm, 30x20x4 cm
- 2 Porta servilleta
- 4 juegos de abrebocas de diferentes tamaños
- 2 Regla milimetrada
- 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 Taza de caucho para alginato
- 2 Taza 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
- 4 Empujador de bandas tipo mordillo
- 20 Porta brackets
- 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 Pinza cóncavo-convexo
- 2 Torre 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 sacabackets
- 2 Pinzas sacabandas
- Torre de contorneo para alambre liviano
- 2 alicates Weingardt
- 3 Porta alicates
- 4 porta arcos
- 4 porta módulos 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 1 minuto
- Cepillos profilácticos
- Cepillos de alambre limpia fresas
- Microaplicadores
- Vasos Dappen
- Lápiz
- Marcador permanente
- Gomas separadoras
- Kit de bandas de ortodoncia, superiores, inferiores, derechas e izquierdas.
- Ionómero de vidrio para cementar bandas
- Acido 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 extra orales
- 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).
- Suelta 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: .07, .08, .09 y 1.0
- Ligaduras Kobayashi preformadas
- Byturbo

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

MATERIAL PARA LABORATORIO

Esto se aplicara 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 REHABILITACION ORAL
SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

<p>PATOLOGIA 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>

PATOLOGIA CARIES DENTAL	
Definición: Es una enfermedad infecciosa causa desmineralización, destrucción del tejido.	
Etiología Multifactorial	<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 estreptococos mutans 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 (aprox. 5%)
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> • Zona <ul style="list-style-type: none"> • fosa/ fisura • contacto • cervical • Tamaño <ul style="list-style-type: none"> ✓ mínima ✓ moderada ✓ grande ✓ extenso
manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • EXPLORACIÓN <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) • Laser • 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 a ser tratada. • El mismo procedimiento que en el primer nivel. 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
Tiempo de procedimiento:	<ul style="list-style-type: none"> • Resina simple: 15 minutos • Resina compuesta: 30 minutos • Resina compleja: 45 minutos

PROTOCOLO DE 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 1ppm al día de flúor
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo al grado de tinción <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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: ▪ 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 6 meses <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 esta descrito en manual del primer nivel de atención. 	
Complicaciones:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad de quedarse las restauraciones ▪ 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
Tiempo de procedimiento:	<ul style="list-style-type: none"> • Resina simple: 15 minutos • Resina compuesta: 30 minutos • Resina compleja: 45 minutos

PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN DE INCRUSTACIONES DE RESINA	
Definición:	
Son restauraciones que substituyen con ventajas estéticas a las restauraciones de amalgama u oro en un paciente que busca una apariencia natural	
Etiología	<ul style="list-style-type: none"> • Cavidades con defectos mayores (superficie masticatoria y espacio interproximal)
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> • Inlay • Onlay
Manifestaciones clínicas	Reconstrucción coronaria, incluso con pérdida significativa de estructura mineralizada, como la destrucción de todas las cúspides y límites supragingivales.
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 intercuspidadación, 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 clorexidina 2 % ▪ Desinfección de la incrustación ▪ Se cementa (cemento dual) en boca en la misma sesión. 	
Complicaciones:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caries en márgenes recidivantes
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
Tiempo de procedimiento:	1ra cita: 60 minutos 2da cita: 60 minutos.

PROTOCOLO DE CEMENTACION DE LA INCRUSTACION	
Preparación de la pieza dentaria	
<ul style="list-style-type: none"> • Desinfección de la cavidad con clorexidina 2 % • Prueba de la incrustación • Aislamiento total o parcial • Separación de puntos de contacto • Desmineralización de la cavidad con ácido ortofosfórico 37% 15 seg • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de la incrustación con arenador, ácido fluorhídrico, silano en caso de que el laboratorio no la envíe preparada y silanizada. • Colocar ácido ortofosfórico al 37% • Adhesivo sin fotopolimerizar • Colocar cemento dual • Adaptación en cavidad preparada • Fotopolimerizar de acuerdo al fabricante • Control de oclusión • Monitoreo y control 	

PROTOCOLO PARA LA ELABORACIÓN DE UNA CORONA ACRÍLICA	
Definición:	
Son coronas (fundas) de recubrimiento total realizadas en acrílico se colocan generalmente como tratamiento provisional antes de la colocación de una corona definitiva.	
Etiología	<ul style="list-style-type: none"> • Rotura de la estructura dental, siendo grave en más del 80 % de los casos
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> • Directas • Indirectas
Manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura dental • Caries extensa • Abfracción
Criterios de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Examen clínico • Estudio radiográfico
Exámenes complementarios	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía panorámica dependiendo de la complejidad del caso. • Radiografía periapical • Modelos de estudio.
PLAN DE TRATAMIENTO METODO 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

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tallado de la pieza 60 minutos sin tomar en cuenta el laboratorio, pruebas y entrega.

PROTOCOLO PARA LA COLOCACIÓN DE PERNOS POR COLADO	
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.	
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 autopolimerizable (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 Pecho) para desobturar conducto • Desobturación del conducto dejando de 3 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 • Envié a laboratorio 	
CEMENTACION DEL ENDOPOSTE	
<ul style="list-style-type: none"> • Preparación y desinfección del conducto • Cementación del poste con cemento a elegir y retiro de excesos. • Cementación de corona provisional 	
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, zirconio)
Control y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Según el caso cuando lo amerite
Tiempo	2 citas de 1 hora cada cita

PROTOCOLO PARA LA 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 • Perdida 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, zirconio, 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 P esso) para desobturar conducto • Desobturación del conducto dejando de 3 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	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, zirconio)
Control y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Según el caso cuando lo amerite
Tiempo	Una cita, 1 hora.

PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN DE PROTESIS FIJA	
Definición : Son prótesis completamente dento soportadas 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 • Perdida 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 • Envío a laboratorio con todos los datos del caso • Prueba de cofias • Ajuste de cofias • Envío a laboratorio con la observaciones del caso • Prueba de la porcelana • Ajuste oclusal • Cementación provisional. • Envío 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 6 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	Recomendar al paciente sobre la rutina de aseo para el cuidado de su prótesis y tejidos de sostén.
Tiempos	Coronas de porcelana: 4 citas; 2 horas 30 minutos Corona acrílico: 2 citas ; 1 hora 30 minutos Puente metal porcelana: 6 citas; 4 horas 30 minutos

PROTOCOLO DE PROTESIS 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 extenso
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 	

<ul style="list-style-type: none"> • relaciones intermaxilares diagnósticas. • Montaje en el articulador para determinar diseño y futuras preparaciones dentarias a realizar. • Colocación de modelos de estudio en analizador ó palaleizador(determinando exactamente zonas a 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. • Envió 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 • Envió a laboratorio • Colocación definitiva • Ajuste oclusal • Monitoreo y control a las tres semanas y luego cada 6 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 6 meses
Contraindicaciones	Movilidad de piezas pilares Pacientes con crisis convulsivas
Tiempo	Cinco de citas de 45 minutos

PROTOCOLO PARA ELABORACIÓN DE UNA PROTESIS TOTAL EDENTULO TOTAL KO6.9	
Definición: Pacientes que tienen ausentes todas las piezas dentales.	
PROTESIS 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 pérdidas.	
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	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar características de reborde y anomalías anatómicas
Criterios de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Examen clínico • Examen radiográfico
Exámenes complementarios	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	

<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Irregularidades del reborde alveolar ▪ Piezas incluidas ▪ Restos de remanentes radiculares ▪ Reabsorción del reborde alveolar
Criterios de alta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptación de la prótesis total
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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Según cuando el caso lo amerite
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cinco citas de 45 minutos.

ANEXO Nº 1 REHABILITACIÓN ORAL

FICHA DE PROTESIS 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 Inferior	Rígida Flácida Rígida Fláccida	Resilente Resilente
TAMAÑO RELATIVO ENTRE MAXILAR Y LA MANDIBULA	I NORMAL II RETRUIDO III PROTRUIDO	APERTURA DE BOCA	
		Paralelismo de los bordes	Si No
EXAMEN DEL MAXILAR SUPERIOR	Altura de los rebordes	Normal Reabsorbido Altos	Lamina 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	Si 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	Si No	
	Inserción frenillos		

**PROCESO DE ELABORACION DE PROTESIS
Nº DE HISTORIA**

FECHA	PASOS CLÍNICOS	FIJA	REMOVIBLE	TOTAL	INFERIOR	SUPERIOR	OBSERVACION
	SELECCION DE CUBETAS						
	IMPRESIÓN PARA MODELO DE ESTUDIO						
	DISEÑO DE LA PROTESIS						
	IMPRESIÓN FUNCIONAL						
	REGISTRO DE DIMENSION VERTICAL, RELACION CENTRICA						
	SELECCIÓN DE COLOR TAMAÑO Y FORMA DE DIENTES						
	PRUEBAS DE LA PROTESIS						
	COLOCACION Y AJUSTE OCLUSAL						
	CONTROL Y MONITOREO						

ANEXO Nº 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 3er nivel)
- Radiovisógrafo(para 3er 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 MINIMO

- 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 extra fino, piedras de Arkansas, fresas multihojas.
- Kit de fresas para tallado de incrustaciones.
- Kit de pulido (gomas)

- Discos soflex
- 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 lecrom.
- 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
- Porta matriz.
- 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
- Clorexidina al 2%
- Hidróxido de calcio .ácido resistente
- Ionómero para base, restauración, cementación.
- Cemento dual
- Gafas Protectoras.
- Batas quirúrgicas descartables.
- Gorros quirúrgicos descartables.
- Mascarillas descártales.
- Guantes de manejo.
- Jabón líquido.
- Cidex.
- Glutaraldehido.
- 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 auto curado polvo y líquido: transparente, rosado, y de colores (62, 65, 66).
- Cera de mordida
- Pasta de silicona para mordida
- Rodetes de cera.
- Jeringa hipodérmica 1cc
- Hipoclorito de sodio
- Hilo Retractor gingival
- Yeso extra duro, 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
- Oxido de Aluminio de 50 micras.
- Pinceles para resina.
- Cemento provisional a base de hidróxido de calcio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- EZEQUIEL RODRÍGUEZ, LARRY WHITE, Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y Tratamiento
- Segunda Edición 2008.
- EZEQUIEL RODRÍGUEZ, ROGELIO CASASA, ADRIANA NATERA, 1001 Tips en Ortodoncia y sus Secretos, Primera Edición 2007.
- DORTA SUAREZ, Maloclusión Dentaria y Clase III Esquelética 2007.
- GONZALO URIBE RESTREPO, Fundamentos de Odontología, Ortodoncia Teórica y Clínica,
- Reimpresión 2005.
- ADRIANA NÁTERA, ALEJANDRO ROCHA, EZEQUIEL RODRÍGUEZ, Características de las maloclusiones Clase II., Centro de Estudios de Ortodoncia del Bajío CEOB 2005.
- ADRIANA NATERA, SANDRA GASCA, Maloclusión Clase III Características Valoración 2004.
- JORGE GREGORET ELISA TUBER HORACIO ESCOBAR, El Tratamiento Ortodóncico con Arco Recto, NM Ediciones 2003.
- DI SANTI DE MODANO JUANA VÁSQUEZ VICTORIA, Mal oclusión Clase I Definición, Clasificación, Características 2003.
- THOMAS M. GRABER, ROBERT L. VANARSDALL, Ortodoncia Principios Generales y Técnicas, Segunda Edición .
- JAMES MC NAMARA JR., Tratamiento Ortodóncico y Ortopédico en la Dentición Mixta, Segunda Impresión.
- J.C. BENNETT, Mecánica en el Tratamiento de Ortodoncia y la Aparatología de Arco Recto R.P. MCLaughlin
- Resultados para Maloclusión de Angle Clase II, www.Searchmedica.es/search.2004.
- CARLOS CANALDA SALÍ, ESTEBAN BRAU AGUADÉ, Endodoncia, Técnicas Clínicas y Bases Científicas, Segunda Edición, Editorial Masson, 2006.
- MARIO ROBERTO LEONARDO, Tratamiento de conductos radiculares, Principios Técnicos y Biológicos, Volumen 2, Editorial Artes Médicas, 2005.
- ESTRELA CARLOS, Control de Infecciones en Odontología. Primera Edición, Editorial Artes Médicas Ltda..., 2005. Sao Paulo-Brasil.
- COHEN STEPHEN BURNS, Vías de la Pulpa, Editorial Masby, Octava Edición 2002, Madrid España.
- BARRACOS PATRICIO J, BARRACOS NONEY, JULIO, Operatoria Dental, Editorial Médica Panamericana S.A., Cuarta Edición 2006.
- KATZ, MC DONALD/STOOKEY, Odontología Preventiva en Acción, Ed.1982, Editorial Científico Tec. Ministerio de Cultura, La Habana.

- Bordoni N. Prevención en Cariología. En: Barrancos M. Operatoria Dental. Editorial Médica, Panamericana. Buenos Aires.
- Honkala E, Nyysönen V, Kolmakow S, et al. Factors predicting caries risk in children. Scand J Dent Res.
- McDonald RE, Avery DR. **Odontología** Pediátrica y del **Adolescente**. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Pinkham JR, et al. **Odontología** Pediátrica. Nueva Editorial Interamericana. México, D.F.
- Walter LRF, Issao M. Manual de Odontología para Bebés. Universidad Estadual de Londrina. Londrina.
- Carranza FA (ed.). Periodontología Clínica de Glickman. Interamericana. México, D.F.
- Hagan PP, Sherrill CA. Higiene bucal para el niño y el **adolescente**. McDonald RE, Avery DR. **Odontología** Pediátrica y del **Adolescente**. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Kock G, Arneberg P, Thylstrup A. Higiene oral y caries dental. En: Thylstrup A, Fejerskov O.(eds.) Caries. Ed. Doyma. Barcelona.
- Beltrán ED, Szpunar SM. Fluoride in toothpastes for children: suggestions for change. Pediatric Dent.
- 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.
- Nowak A, Crall J. Prevención de las enfermedades dentales. En: Pinkham JR. Odontología Pediátrica. Interamericana. México, D.F.
- Stephen KW. Systemic fluorides: Drops and tablets. Caries Res
- Henderson HZ, Setos JC. Selladores de fosas y fisuras. En: McDonald RE, Avery DR. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.
- Waggoner WF, Siegal M. Pit and fissure sealant application. Updating the technique. J Am Dent Assoc
- Edgar WM. Intrinsic and extrinsic sugars: A review of recent UK recommendations on diet and caries. Caries Res 19936.
- Theilade E, Birkhed D. Dieta y caries dental. En: Thylstrup A, Fejerskov O. Caries. Ediciones Doyma. Barcelona.
- Manual para la Atención Odontológica Integral, IESS. Dirección Nacional Médico Social. División Nacional de Atención Médica y Odontológica. Quito.
- Periodontología Clínica de Lindhe, Ed. 2007. Ed Panamericana Workshop de Periodoncia de la Asociación Americana de Periodoncia.
- COHEN S, HARGREAVES K. Vías de la Pulpa. Octava Edición. 2009. Madrid Barcelona. Editora; ELSEVIER SCIENCE.

- CANALDA C, BRAU E. Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas. Primera Edición. 2001, Segunda Edición. 2006. Barcelona (España). ELSEVIER MASSON
- LEONARDO M.R. Endodoncia Tratamiento de Conductos Radiculares principios técnicos y biológicos. 2005.
- ESTRELA C. Ciencia Endodóntica. Primera Edición. 2005. Sao Paulo- SP- Brasil. Editora Artes Médicas Ltda
- Manual de procedimientos en Odonto - Estomatología. El Salvador. 2004
- *Maloclusión Clase I: Definición , Clasificación, Características clínicas y tratamiento Di Santi de Modano Juno*
- *Maloclusión Clase I: Definición , Clasificación, Características clínicas y tratamiento Vásquez Victoria Blanca*
- *Desarrollo de la dentición. La dentición primaria Prof. Martha Torres Carvajal*
- *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*
- MANUAL DE NORMAS DE SALUD ORAL. BOLIVIA Octubre - 2006
- MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN ODONTO- ESTOMATOLOGIA El Salvador - Diciembre del 2004
- COHEN S. Vías de la Pulpa. Octava Edición. 2002
- LEONARDO M. R. Endodoncia Tratamiento de conductos Radiculares principios técnicos y biológicos. 2005
- BRAMANTE C. Endodontia Fundamentos biológicos e Clínicos. Segunda Edición. 2001
- CANALDA C. Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas. Primera edición 2001, Segunda Edición 2006
- 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.
- HOSPITAL GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS Departamento de Odontología - Algoritmos.
- NARDO M. R. Endodoncia Tratamiento de conductos Radiculares principios técnicos y biológicos. 2005 MANTE C. Endodontia Fundamentos biológicos e Clínicos. Segunda Edición.
- CANALDA C. Endodoncia Técnicas Clínicas y Bases Científicas. Primera edición 2001, Segunda Edición 2006
- <http://www.sdpt.net/CAR/salud%20dental%20indices.htm>
- HAAS DA, Lennon D: 21 year retrospective study of reports of paresthesia following local anesthetic administration. J Can Dent Assoc;61:319-330
- DONNOFF BR: Manual of Oral and Maxilofacial Surgery 2000 Mosby,USA, 384-387
- GAY Scoda C.: Tratado de cirugía Bucal, 2006. Ergon Ediciones España.67-110
- OKESSON JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion 6th Edition, 2008. Mosby/Elsevier, USA 258-276

- SANCHEZ-PEREZ A., et al, Tobacco as a risk factor for survival of dental implants. J Periodontol 2007 Feb;78(2):351-359
- COIFFMAN F: Cirugía Plástica Reconstructiva y estética 2a ed. Barcelona: Masson/Salvat, 2004.
- SCHWARTZ S.: Principios de cirugía, México: McGraw-Hill Interamericana, 2006.
- COSME GE, Leonardo BA: Tratado de Cirugía Bucal Tomo I 116-153
- MARTINEZ TREVIÑO Jorge Alberto: Cirugía Oral y Maxilo Facial México; Ed. Manual Moderno 2009
- SANDNER M. Olaf : Tratado de Cirugía oral Y Maxilofacial / Introducción básica a la enseñanza AMOLCA ISBN 978-958-8328-03-4
- MEDEIROS Paulo José : Cirugía de dientes incluidos / Extracción del tercer molar AMOLCA ed. 2006 ISBN: 85-7288-352-5
- HOBOS Sumiya / ICHIDA Eiji / GARCIA Lily : Osteointegración y Rehabilitación Oral Quintessence Publishing Co, Ltd. Marban libros ed. 1997 ISBN; 84-7101-183-2
- RASPALL Guillermo: Cirugía Maxilofacial Editorial Medica Panamericana S.A. Madrid España ISBN: 84-7903-138-7
- RASPALL Guillermo; Cirugía Oral Editorial Medica panamericana S.A. Madrid España ISBN; 84-7903-137-9
- Araujo G. R. Borroto C. R. El problema de la determinación del proceso Salud - Enfermedad. Análisis Crítico para su evolución. Ateneo JCG vol, 2 No. 2.3. 1997
- Almunia Leyva L. Estrada Paneque M. Homeopatía Rev. Cub. Med. Gral.Int. 1997(13) 4-369-371.
- Bascones A.: Tratado de Odontología Tomo III 1ª ed. Editorial Trigo S. A .Madrid, 1998
- Bellon Leyva S. y col. Evaluación de la efectividad del bórax en el tratamiento de la estomatitis aftosa. Trabajo presentado en el primer congreso de EGI. Santiago de Cuba.
- Bennett y Plum Texto complementario del tratamiento de medicina interna del Cecil Tomo I 6ta. Edición. Editorial Ciencias Médicas Cuba.
- Buchanar; Sally A., Roberson Paul B.: Calculus removal by scaling root planning with and without surgical access. J Periodontol. 58: 159-163.
- Cano Reyes V. Eficacia de la Homeopatía en pacientes con Aftas bucales. Trabajo presentado en el primer congreso de Estomatología General Integral. Santiago de Cuba.
- Capítulo 1 del Libro Educación Sanitaria. Edit. Diaz de Santos, S:A. Madrid. .
- Carta de Ottawa para la promoción de salud OMS Salud y Bienestar Social Canadá 17-21 - XI 1986.
- Carranza, F A: Periodontología clínica de Glickman. 7ª. Ed Editorial Interamericana Buenos Aires, México.

- 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 .
- 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.
- Collazo L. Soto Escobar Averhoff María del Carmen. Síndrome de Behcet .Reporte del primer caso en Cuba. Rev. Cubana de estomatología. 26 (3) 175-180.
- Contreras A. Dualle Castro G. Wilbert J. Tejad. Padilla A. López Padilla. S Laser Terapia. Aplicación en úlceras aftosas y herpes bucolabial. Rev. Adm. 51 (3) 139 – 41.
- Contreras, A.; Slots, J.: Los herpes virus en la enfermedad periodontal humana. J. Periodont. Res. 35: 3-16, 2000.
- Contreras A; Slats J. Herpesviruses in human periodontal disease. J Periodontal Res. 2000. Feb. 35(1):p3-16.
- C. Dorado. E. Chimenos. D. Puig. Estomatitis aftosa recidivante. 1ra. Parte Tratamientos Locales Revista Europea de Odonto-Estomatología, Tomo IX No5.
- C. Dorado - E. Chimenos- D Puy Estomatitis. Aftosa Recurrente 2da. Parte. Tratamientos sistémicos. Revista Europea de Odonto - Estomatología. Tomo IX No.5. Septiembre - Octubre.
- Del Valle, M. C. y coautores: Temas de Parodoncia 1 y 2. Editorial Pueblo y Educación.
- Durán, E.: Ingestión de fenitoína y salud periodontal. Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Periodontología. Ciudad Habana, 1989.
- Drevo HJ et al: Effect of folate on phenitoin hyperplasia. J. Clin Periodontal. 14:350-35,1987.
- García, M.: Temas de farmacología. ISCM-H.
- García Núñez, J. A.: Raspado periodontal. Edición Avances.
- Garrigo Andreu MI; Valiente Zaldivar. Efectos biológicos de la radiación láser de baja potencia en los procesos inflamatorios. Rev. Cubana de Estomatología 31(2): 53-56.
- Gouyonnet Vila A. Terapia Láser de baja potencia en la Estomatitis aftosa. Ciudad de la Habana Tesis presentada. Hospital Hermanos Ameijeiras para obtención del 1^{er} grado de especialista en medicina Física y rehabilitación.
- Guía terapéutica dispensarial de fitofármacos y apifármacos. Ministerio de salud pública. Ciudad de la Habana.
- Hassel, T and Jacouvay, J. Clinical and scientific Aproachesto Gingivalen Largement. I Quentessince II: 53.
- Hassel, T. et al: Analysis of possible mechanisms in Dilantin induced gigival fibrosis. J. Dent. Res. 56:145.1977.
- Hassel, T: Epilepsy and the oral manifestaciones of Phenitoin therapy Monographsin Oral Sciencie pp 1-205, ISBM Philadelphia.

- Jones AC, GulleyML; Friedmar P. D. Necrotizin Ulcerative Stomatitis in human Imuno deficiency Virus-sero positive individuals: a Review of the histopathologic inmunohistochemical and viologic Characteristics of 18 casos. Oral Surgery Oral Med, Oral Patolog, Oral Radiop, Endod 2000 Marz 89 (3) P 323-32.
- J.V. Bagan Sebastián. El manual de Odontología. Capitulo 8 Masson Salvad Odontología Barcelona, España.
- Lamas C. Relación entre la administración de difenil hidantoína sódica y el sobrecrecimiento gingival en un grupo de niños del hospital Pediátrico Wiliam Soler. Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Periodontología.
- León García C; García Garguera E. Efectos del propolan en el tratamiento de las aftas bucales. Rev. Cubana de Estomatologia. 1997. 22(1)42-5.
- Lindhe J.: Periodontología clínica 2ª. Ed Editorial medica panamericana, Buenos Aires.
- Loesche, N. J.: The anti microbial treatment of periodontal disease: changing the treatment paradigm. Crit. Rev. Oral Biol. Med. 10: 245-275.
- Loreenzana ER; ReesT. D; Glass M; Detweiter 5.6.: Choric Ulcerative Stomatitis: a case report.J. Periodontol 2000 71(1) p104-11.
- Luca, R.M. et al. Nifedipine induced gingival hyperplasia. A Histochemical and ultrastructural estudy. J. Periodont. 56, 211-215.
- Modeer T.; Wondimu, B.: Periodontal diseases in children and adolescents. Dent. Clin. North Am. 44: 633-658, 2000.
- Mooney J.; Hodge, P. J., Kinane D. F.: Humoral immune response in early onset periodontitis: influence of smoking. J. Periodont. Res. 36: 227-232, 2001.
- Myoken Y; Sugata T, XijoT; Fujihara M; Sugai M.; Pseudomonas. Induced reciolizing gingivostomatitis. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radial,.
- Nonnemacher, C., Multers, R.; de Jacoby, L. F.: Microbiological characteristics of subgingival microbiota in adult periodontitis localized juvenile periodontitis and rapidly progressive periodontitis subjects. Un. Microbiol. Infect. 7:213-217, 2001.
- Normas de parodontología Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana.
- Normas de las especialidades medicas para el uso de fitofármacos y apifármacos. Ministerio de Salud Pública. Ciudad de la Habana.
- Novak M.J.: Necrotizin Ulcerative Periodontitis. Ann. Periodontitis1999 4(1): p 74-8.
- Ortiz de Guinea J. R.; y col. Periodontitis de comienzo precoz. Periodoncia 11: 119-128, 2001.
- Page R C; Beck J D Risk assessment for periodontal disease, Int. Dent. J. 47:61-87, 1997
- Palmer NA; Pealing R; Ireland RS; Martin MV, A Study of therapeutic Antibiotic prescribing in National Health Service general dental practice in England. Brit. Dert.5. 2000: 27, p 554-8.

- Palton L ; Lec Kaig R; Strauss R; Rogers D; Erena J-J Cragreg prevalence of oral manifestation of human inmuno-deficiency virus in the era of protease inhibitor therapy. Oral Surg. Oral Med, Oral Phatol, Oral Radial, Endod 2000 89(3): p 299-304.
- Periodoncia I. Colectivo de autores Dpto. de periodoncia Facultad de Estomatología ISCM-H .
- Puy. D. Chimenos E Dorado, C López J. Janc E. Rosello 4 Infecciones bucales producidas por virus herpes simples, Características Clínicas y Diagnóstico Diferencial, Avances en Odonto-Estomatologia. 1998 14: 107-18
- Ramfford, SP: Periodontología y periodoncia. Editorial Científico Técnica.
- Rateitschak Pluss et al: Initial observaciotions that cyclosporin a induces gingival enlargement in man. J Periodontology.
- Restrepo E.H La Promoción de la Salud y la Nueva Práctica de la Salud Pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública.
- Rinnaggio.J; Neders ME; Agurre A.; Kuman V.; Using inmonoflurces in the diagnostic of chonic ulcerative lesions of oral mucosa. Compend, Cartin. Educ.
- Robbins, SL: Patología estructural y funcional. Editorial Revolucionaria la Habana.
- Romanelli, H., Adams E.: Raspaje y alisado. Modelo de enseñanza clínica en Periodoncia. Fouba. Buenos Aires Argentina.
- Rowland R.W.: Necrotozing Ulcerative Gingivitis. Ann. Perodontal.
- Santana, J/C.: Atlas de patología bucal. La habana. Editorial Científico Técnica.
- Savage, N/W. et al: Cyclosporin an induced gingival enlargement. Acase report. J. Periodont.
- Sewon L. A.; Ampula, I.; Vallitu, P.K.: Rehabilitation of a periodontal patient with rapidly progressing marginal alveolar bone loss: 1-year follow up.J. Clin. Periodontol. 27:615-619, 2000.
- Seymours, R/A; Heasman P/A.: Drugs and periodontium. J. Clin. Periodontal.
- Seymour, R.A.et al: The comparative effects of azathioprine and cyclosporin on some gingival health parameters of renal transplant patients. J Periodont.
- Sok Bin Woo. DMD, et al Recurrent Aphthous ulcers. A Review of Diagnosis and Treatment Jada. Vol. 127 .
- Soto Escobar, Arcadio, Averhoff, Casamayor María del Carmen, Collazo Borrego Lucas. Ensayos Terapéuticos en la estomatitis aftosa Recurrente. Rev. Cuba Estomatología 27(2) Abril-Junio. 199 Pag. 214-18.
- Soto. J/E., Naicipo Mario. Agrandamientos gingivales inducidos por droga. Rev. Estom. Cali (Colombia).
- Ting M, Contreras A.; Slots J.: Herpes virus in localized juvenile periodontitis. J. Periodont. Res. 35: 17-25, 2000.