INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD

DEPARTAMENTO PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD

SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

MANUAL TÉCNICO DE ODONTOLOGÍA

ISSS

ENERO – 2017

Presentación

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social en su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención en salud, el Consejo Directivo aprobó la creación de la Sección Regulación Técnica en Salud, Acuerdo # 0458 Abril 2015, dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos.

En este sentido "El Manual Técnico de Odontología del ISSS", será el documento normativo que tendrá como objetivo conducir a la administración del centro de atención y profesionales de Odontología, en el seguimiento estandarizado de los procedimientos odontológicos operativos que resulten en la mejoría continua de la calidad de los servicios. Así mismo, el manual se constituye en una herramienta valiosa con que contarán los Profesionales en Higiene Dental, Odontólogos Generales, Odontopediatras, Endodoncistas y Periodoncistas. La Administración y Jefaturas de los servicios directamente relacionados, serán los responsables de su divulgación, implantación, seguimiento y cumplimiento obligatorio.

Dr. Ricardo Cea Rouanet.
Director General ISSS.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL 1946 DIRECTOR GENERAL

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL JEFATURA SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD

Equipo Normativo

Nombre	Procedencia
Dr. David Jonathan Hernández Somoza.	Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud.
Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona.	Jefa Sección Regulación Técnica en Salud.
Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano.	Colaborador Técnico de Salud I. Sección Regulación Técnica en Salud

Profesionales expertos que Elaboraron el Manual de Odontología

Nombre	Procedencia
Dra. Dora Lilian Avelar Reyes.	Odontopediatra, Clínica Comunal Santo Tomás.
Dra. Roxana Patricia Hidalgo de Gámez.	Endodoncista, Unidad Médica de Santa Tecla.
Dra. Bessie Martínez de Barahona.	Periodoncista, Unidad Médica Ilopango.
Dra. María Bersabé de Juarez.	Odontopediatra, Clínica Comunal Merliot.
Dra. Julissa M. Texín de Rosales.	Odontopediatra, Clínica Comunal Las Victorias
Dra. Patricia Carolina Ramos Avelar.	Odontología General, Unidad Médica San Jacinto.
Dra. Ana Carolina Góchez Alfaro	Odontopediatra, Clinica Comunal Sitio del Niño.
Dra. Adriana María Texín Segura.	Higienista dental, Clinica Comunal San Antonio Abad.
Dr. Rigoberto Antonio Mendoza Romero.	Odontólogo General, Unidad Médica 15 de Septiembre
Dr. Raúl Antonio Marroquín Melendez.	Coordinador Odontología, Unidad Médica Quezaltepeque.
Dr. Cesar Enrique Bernal.	Odontólogo General, Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Blanca Elena Fuentes de Ventura.	Odontóloga General, Unidad Médica Soyapango.
Dra. Claudia Lorena Wollants Magaña.	Coordinadora Odontología, Unidad Médica Santa Tecla.
Dra. Mayra Brenda Arévalo Alfaro.	Periodoncista, Hospital Policlínico Zacamil.
Roger Mazariego Ramírez.	Higienista dental, Unidad Médica 15 de Septiembre.
Rosa Mejía de Nochez	Higienista dental, Unidad Médica san Jacinto.
Patricia Elizabeth Chicas.	Higienista dental, Clinica Comunal Mejicanos.
Dra. Dora Lilian Avelar Zayas.	Odontopediatra, Clínica Comunal Santo Tomás.
Dra. Karla Yesenia Pineda de Guzmán.	Endodoncista, Unidad Médica Ilopango.
Dra. Runy Palacios de Torres.	Endodoncista, Unidad Médica Atlacatl.
Dra. Yolanda M. Langlois de Lemus.	Depto. Monitoreo de Redes Integrales e Integradas de Salud.
Dra. Ana Guadalupe Contreras de Miranda.	Coordinadora Institucional de Odontología.

Profesionales que validaron el Manual de Odontología.

Nombre	Procedencia
Dr. Ricardo Ernesto Rivera Miranda.	Maxilofacial, Unidad Médica Atlacatl
Dra. Nelly del Carmen Arias Lopez.	Coordinadora de Odontología, Unidad Médica San Jacinto.
Yansy Yanira González de Martínez.	Higienista dental, Clínica Comunal San Esteban.
Dr. Edgardo Ernesto Rodríguez Pineda	Endodoncista, Hospital Regional de Sonsonate.
Dr. Raúl Antonio Marroquín Melendez.	Coordinador Odontología, Unidad Médica Quezaltepeque.
Dra. Silvia Cecilia Castillo.	Endodoncista, Unidad Médica 15 de Septiembre.
Dra. Dora Lilian Avelar Zayas.	Odontopediatra, Clínica Comunal Santo Tomás.
Dr. José Rafael Ramirez Amaya.	Coordinador Odontología, Hospital Regional de San Miguel.
Dr. Rigoberto Antonio Mendoza Romero.	Odontólogo General, Unidad Médica 15 de Septiembre
Dr. José Rafael Arbizú Mojica.	Endodoncista, Hospital Regional de Sonsonate
Dra. Erika Bonnie Pérez Nochez.	Coordinador Odontología, Hospital Policlínico Zacamil.
Dra. Aída del Carmen Fabeiro Alfaro.	Periodoncista, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo.
Dra. Gladys Suleima Bichara de Morales.	Periodoncista, Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Roxana Patricia Hidalgo de Gámez.	Endodoncista, Unidad Médica de Santa Tecla.
Dra. Adriana María Texín Segura.	Higienista dental, Clinica Comunal San Antonio Abad.
Dra. Mayra Brenda Arévalo Alfaro.	Periodoncista, Hospital Policlínico Zacamil.
Dr. Rigoberto Ezequiel Sermeño.	Odontólogo General, Hospital Policlínico Zacamil.
Roger Mazariego Ramírez.	Higienista dental, Unidad Médica 15 de Septiembre.
Dr. Carlos Guillermo González.	Periodoncista, Unidad Médica de Santa Ana.
Dra. Elisa Beatriz Polanco de Nasser.	Odontopediatra, Clinica Comunal Ciudad Delgado.
Dra. Ana Carolina Góchez Alfaro.	Odontopediatra, Clinica Comunal Sitio del Niño.
Dra. Yolanda M. Langlois de Lemus.	Depto. Monitoreo de Redes Integrales e Integradas de Salud.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL JEFATURA SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

Dra. Ana Guadalupe Contreras de Miranda.	Coordinadora Institucional de Odontología.
Dr. Jose Guillermo Vaquerano	Medicina Interna. Sección Regulación Técnica en salud.
Dr. Victor M. Mejía Cruz.	Departamento de Vigilancia Sanitaria. Vigilancia Sanitaria
Dr. Cesar Augusto Hernández Zapata.	Médico Nefrólogo. Sección Regulación Técnica en salud.
Dra. Carmen María Salazar.	Médico General Clínica Comunal San Antonio.
Dra. María del Carmen Valladares de Rodríguez	Médico General. Unidad Médica 15 de Septiembre.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA
SECCION REGULACION TECNICA EN SALUD

Contenido

A. LEX ARTIS.

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanente, crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo, en definitiva cambia y configura la lex artis escrita, cuya aplicación robustece el juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícitos el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

El proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia, no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas.

Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales.

Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de los Derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la Institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

Debemos estar conscientes de que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular –como lo son todos y cada uno- siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar y registrar por todos

los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por la Institución.

B. MARCO LEGAL.

NORMAS CONTROL INTERNO ESPECIFICOS DEL ISSS.

Capítulo III.

ACTIVIDADES DE CONTROL.

Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.

Art 2. El sistema de control Interno: es el conjunto de procesos continuos, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa, operativa y jurisdiccional realizada por los servidores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, diseñados para evitar o minimizar los riesgos internos y externos que afectan las actividades del Instituto, detectando y previniendo las desviaciones que puedan alterar la coherencia entre la acción y objetivos, proporcionando un grado de seguridad razonable en la eficiencia, eficacia, y economía de las operaciones, en la confiabilidad de la información financiera y en el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Art. 3. El sistema de control interno, proporcionará al Instituto, seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:

Objetivos de gestión: están relacionados con la eficiencia, eficacia y transparencia de los procesos administrativos en el desarrollo de las auditorias y rendición de cuentas.

Objetivos relacionados con la información: impactan en la efectividad del reporte de la información suministrada a nivel interno y externo y va más allá de la información financiera.

Objetivos relacionados con el cumplimiento de leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, y otras regulaciones aplicables: están relacionadas con el cumplimiento de la normativa legal y técnica aplicable a la gestión del Instituto, por parte de sus servidores

Art. 48. Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del área administrativa del ISSS, se regirán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, respectivamente y además de toda la normativa legal vigente, aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Art. 49. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas velar por la mejora de los procesos, actualizaciones que deben ser expresadas en Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, a fin de garantizar la eficiencia de los mismos.

Art. 50. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas que conforman el ISSS, la divulgación interna y el cumplimiento de las normas y procedimientos, establecidos en los Manuales de Normas y procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, cada vez que estos sufran modificaciones o actualizaciones, a fin de que se garantice el óptimo funcionamiento de los mismos.

Art. 51. Será responsabilidad de todas las dependencias informar al Jefe inmediato superior, cualquier diferencia, inconsistencia, falla de los sistemas de información u omisión a los procedimientos, a fin de actualizar los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, u otra normativa legal vigente, y aplicar acciones correctivas correspondientes.

1. INTRODUCCIÓN.

El presente manual está orientado a brindar la atención clínica, los procedimientos quirúrgicos y actividades que los profesionales de odontología deben realizar a derechohabientes consultantes por patologías buco-dental, así mismo definir el procedimiento a seguir con aquellos pacientes con enfermedades asociadas que exacerban su salud en general y que deben ser atendidos por especialistas o subespecialistas clínicos; permitiendo delimitar la responsabilidad de ejecución por nivel de atención, en mejora de la oportunidad y calidad de atención.

Se detallan de forma descriptiva el manejo en el consultorio, los procedimientos higiénicos preventivos y quirúrgicos desarrollados por Higienista dentales, Odontólogos generales, Odontopediatras, Periodoncistas, Endodoncistas y Maxilofaciales. Se define además la interconsulta o referencia de pacientes odontológicos con enfermedades sistémicas y las estrategias necesarias para la atención de pacientes con problemas físicos o psicológicos, de acuerdo a su incorporación al régimen de atención de salud del ISSS.

2. OBJETIVOS:

GENERAL.

Regular y estandarizar la atención odontológica, los procedimientos preventivos y quirúrgicos y la interconsulta con médicos especialistas por enfermedades sistémicas asociadas, para mejorar la calidad y oportunidad de la atención odontológica a los derechohabientes consultantes en los diversos centros de atención del ISSS.

ESPECIFICOS.

1. Especificar el manejo clínico, los procedimientos preventivos y quirúrgicos a pacientes odontológicos que consultan en diferentes centros de atención donde se brinda los servicios odontológicos.

2. Definir los criterios para solicitar interconsulta o referencia de pacientes odontológicos a médicos generales o especialistas para la atención de enfermedades sistémicas que exacerban su estado de salud en general.

3. Establecer estrategias de atención para pacientes pediátricos, gestantes, y gerontológicos, asociados con discapacidades físicas o psicológicas.

3. CAMPO DE APLICACIÓN.

El Manual de Odontología es de aplicación general para la atención odontológica de derechohabientes que consultan en los diferentes centros de atención donde se brinda atención preventiva (Higiene dental), Odontología general, Periodoncia, Endodoncia y Odontología especializada.

A. HIGIENE DENTAL.

1. DEFINICIÓN.

Son las acciones encaminadas a proteger las superficies dentales y los tejidos blandos para conservar un bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral, mediante la identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa y cálculo dental de las superficies dentales por parte de higienista dental, con las indicaciones respectivas al paciente para mantener la cavidad bucal con un nivel mínimo de placa bacteriana, y de esa forma evitar caries y enfermedad periodontal.

2. OBJETIVO.

Disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la Población infantil, Población adulta, Población gestante y Población adulta mayor.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

3.1 Control de placa bacteriana.

3.2 Eliminación de cálculo dental.

3.3 Eliminación de placa bacteriana.

3.4 Protección de las superficies dentarias.

4. CLASIFICACIÓN.

4.1 Profilaxis. (CIE-9:96.54.4)

4.2 Detartraje. (CIE-9:96.54.1)

4.3 Aplicación tópica de flúor. (CIE-9:24.99.3)

4.4 Sellante de fosas y fisuras. (CIE-9:24.99.1)

5. INDICACIONES.

5.1 Población infantil. (0-12 años)

5.2 Población adulta. (18-59 años)

5.3 Población gestante.

5.4 Adulto mayor. (60 en adelante)

5.1 POBLACION INFANTIL.

5.1.1 PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

5.1.2 EDUCACIÓN.

a. En el caso de los niños de 0 a 2 años se dará consejería a los padres y madres de familia y cuidadores acerca de los cuidados de higiene oral y alimentación. Y además se explicará sobre el estado de salud bucal del niño.

b. Explicar las causas de las enfermedades presentes o que puedan llegar a desarrollarse.

c. Hacer énfasis en la importancia al paciente y el cuidador en el mejoramiento de su salud bucal.

d. Consejería de dieta,

e. En el caso que el niño sea menor de tres años se explicara al cuidador, y cuan do el niño sea mayor de tres años se explicara a ambos las Técnicas de higiene oral (consiste en eliminar de forma mecánica la placa bacteriana con la acción del cepillado, hilo dental y gasa).

f. Todas estas medidas educativas se darán en cada cita.

g. Si se cuenta con información impresa (brochure) se entregara al paciente o al cuidador para complementar su educación.

5.1.3 PREPARACIÓN DE CITAS.

A. PRIMERA CITA:

Al tomar por primera vez al niño dentro del Programa Preventivo de Salud Bucal, se realizaran los siguientes pasos:

1. Llenado de ficha de odontología preventiva infantil.
   a. Evaluación de la historia médica del niño.

b. Detección de malos hábitos orales (chupeteo de dedo, onicofagia, bruxismo, tiempo prolongado de biberón, succión de labios, interposición de lengua y morder objetos duros).

c. Análisis de dieta alimenticia (alto consumo de carbohidratos y azúcar refinada).

d. Motivo de consulta.

2. Examen intraoral, donde se realizará:

a. Evaluación completa de la cavidad oral.

b. Llenar Odontograma.

c. Se obtendrá el índice (ceo) cariadas, extraídas y obturadas en edades de 1 a 6 años. (ver glosario)

d. Se obtendrá el índice (CPO) cariadas, perdidas y obturadas en edades de 6 a 12 años. (ver glosario)

Nota: En caso que el niño presente alguna patología se referirá al profesional indicado. (Odontopediatra y medicina general).

3. Detección de placa dentobacteriana.

a. Utilización de líquido revelador fucsina al 2%,

b. Aplicándolo con hisopo de algodón.

c. Con lo anterior, se muestra al niño y a su cuidador las zonas de mayor presencia de placa dentobacteriana y crear conciencia del daño que puede ocasionar.

Nota: este procedimiento se realizara únicamente en los pacientes mayores de dos años.

4. Instrucción de la técnica correcta de cepillado dental y uso de hilo dental, mediante la demostración en dentoformo. (Ver anexo 1)

5. En base a lo anterior se elaborará el plan de tratamiento el cual será personalizado.

6. Se procederá a ejecutar el plan de tratamientos, en el cual se incluirán procedimientos preventivos que pueden ser:

a. Detartraje. (CIE-9:96.54.1)

b. Profilaxis. (CIE-9:96.54.4)

c. Aplicación tópica de flúor. (CIE-9:24.99.3)

d. Sellante de fosas y fisuras. (CIE-9:24.99.1)

B. SEGUNDA CITA:

a. En caso que el niño presente cálculo dental (ver glosario) se procederá a realizar el Detartraje.

b. Si el niño en la primera cita no llevó su cepillo dental, se hará el control de Placa Bacteriana y luego se procederá con la realización de Profilaxis y Aplicación Tópica de Flúor.

c. Si es un niño de 6 a 12 años, con mayor cantidad de piezas permanentes se iniciarán los sellantes de fosas y fisuras por cuadrante, dejando en la quinta cita el control de placa dentobacteriana.

C. TERCER CITA:

a. En esta cita si el niño está en las edades de 1 a 6 años y no necesita sellantes de fosas y fisuras se realiza un nuevo control de Placa bacteriana para comprobar si ha habido alguna mejoría en la higiene oral del paciente.

b. Si verificamos que la higiene oral ha mejorado se da por terminado el plan de tratamientos en esta cita y se dejarán citas de control cada 6 meses.

c. Si es un niño de entre 6 y 12 años de edad, se continuará con los sellantes de fosas y fisuras.

D. CUARTA CITA:

a. En esta cita se dará seguimiento a los niños que hayan presentado poca colaboración al tratamiento o que presenten difícil manejo (niños con capacidades especiales, mal comportamiento).

b. En el caso que el niño ya haya iniciado el tratamiento de sellante de fosas y fisuras se continuara por cuadrante.

E. QUINTA CITA:

En esta cita a los niños que se les ha estado efectuando el tratamiento de sellante de fosas y fisuras se finalizara con un control de placa dentobacteriana y dejando citas de control cada 6 meses.

7. Se le dará de alta al paciente al finalizar el plan de tratamiento y se tomara en cuenta el grado de colaboración del niño y su cuidador en el mejoramiento de su higiene bucal y de acuerdo a esto se programara citas de control cada seis meses.

8. El número de citas puede variar dependiendo de la colaboración del paciente y de la erupción de molares y premolares.

9. Los pasos antes mencionados se llevaran a cabo en las diferentes citas, en base al plan de tratamientos.

10. En el caso de los niños de 1-12 años se realizaran los siguientes procedimientos: profilaxis, detartraje, aplicación tópica de flúor y sellantes de fosas y fisuras.
11. En el caso de los niños de 1 a 2 años las citas se harán cada 6 meses.

5.2 POBLACION ADULTA.

5.2.1 PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

5.2.2 EDUCACIÓN.

Se orientará sobre el cuidado de higiene dental, la forma correcta del cepillado, y uso del hilo dental utilizando liquido revelador (fucsina básica al 2%), con el objetivo de eliminar irritantes locales tales como: materia alba y placa bacteriana. Si se cuenta con información impresa (brochure) se entregara al paciente para complementar su educación.

5.2.3 PREPARACIÓN POR CITAS.

A. PRIMERA CITA:

Al presentarse por primera vez a la consulta de higiene dental se realizaran los siguientes pasos:

a) Llenado de ficha donde se incluyen:
   - Historia médica,
   - Historia odontológica,

b) Análisis de la dieta alimenticia (se recomendara dieta baja en carbohidratos).

c) Examen intraoral: Consiste en la evaluación completa de la cavidad oral lo cual incluye:
   i. Piezas ausentes.
   ii. Detección de cálculo.
   iii. Lesión de furca.
   iv. Agrandamiento gingival.
   v. Inflamación gingival.
   vi. Recesión gingival.
   vii. Diastema.
   viii. Movilidad dental.
   ix. Punto de sangrado.
   x. Empaquetamiento alimenticio.
   xi. Índice de placa dentobacteriana.

xii. Sondeo.

xiii. Detección de bolsas periodontales.

De esa forma se llenara el odontograma y en el caso que el paciente presenta alguna patología, y requiera de una atención especializada inmediata se hará la interconsulta y la referencia a Periodoncia.

d) Determinación de diagnóstico en el cual se identificara si el paciente presenta gingivitis o periodontitis y dependiendo del diagnóstico se elaborara el plan de tratamiento.

5.2.4 PLAN DE TRATAMIENTO PARA GINGIVITIS.

DEFINICIÓN DE GINGIVITIS: Inflamación de la encía caracterizada por edema, eritema, cambio en la morfología normal, exudado acuoso y hemorragia.

A. PRIMERA CITA:

a. Diagnóstico. Se hará por medio de examen clínico intra oral.

b. Llenado de ficha de odontología preventiva de adulto (motivo de consulta, historia médica y dental, periodontograma y plan de tratamiento).

c. Motivación personal.

Informar al paciente la enfermedad que presenta, explicar en qué consiste y las complicaciones que pueden darse si no se da el tratamiento debido. Así también mencionar las causas que originaron la enfermedad y qué puede hacer para mejorar su estado de higiene bucal, y concientizar al paciente de la importancia de su colaboración para que el tratamiento sea efectivo.-

Si el paciente no presenta mucho cálculo, aplicar fucsina en un segmento para revelar las zonas de presencia de placa dentobacteriana y mostrárselas al paciente con un espejo.

d. Realizar sondeo, y/o inicio de procedimiento llamado Detartraje.

e. Mostrar por medio del dentoformo la técnica de cepillado y uso de hilo dental, para complementar la higiene bucal e indicarle al paciente que en la siguiente cita lleve su cepillo dental y pasta dental.

f. En el caso que el paciente amerite atención especializada se elaborara la referencia a periodoncia.

B. SEGUNDA CITA:

a. Se continuará el Detartraje, siempre trabajando por cuadrantes.

b. En caso que el Índice de Placa Dentobacteriana no se efectúo en la primera cita, se procederá a realizarlo siguiendo los siguientes pasos:

c. Se aplica fucsina básica al 2%en todas las piezas dentarias.

d. Se hace la sumatoria de todas las piezas teñidas.

e. El total de la sumatoria de las piezas teñidas se multiplica por 100 y se divide entre el total de las piezas presentes.

Dientes presentes en la boca---------- 100%

Dientes coloreados---------- X

$$\text{Total de porcentaje} = \frac{\text{Sumatoria del número de piezas teñidas} \times 100}{\text{Total de piezas presentes}}$$

Los parámetros para determinar el nivel de porcentaje son:

0 – 30 % = Leve

30 – 50 % =Moderado

50 –100 % = Malo

f. Una vez determinado el porcentaje de Placa dentobacteriana, se explica al paciente el significado de esto y su nivel de riesgo si no es removida con el cepillado dental.

g. Se le pide al paciente que efectúe la técnica de cepillado indicada para remover la placa dentobacteriana.

h. Posterior a eso, si no se efectúo en la primera cita, se hará el sondeo para determinar la presencia de bolsas periodontales.

C. TERCER CITA:

a. Final del control de placa bacteriana, (en caso que el índice de placa sea mayor de treinta por ciento se dará una cuarta cita para reevaluación y reforzar técnicas de higiene dental).

b. Profilaxis. Aplicación de flúor.

i. El número de citas puede variar dependiendo de la colaboración del paciente.

ii. En caso que el paciente no colabore en el mejoramiento de su higiene oral se hará nota al expediente explicando la negativa del paciente.

c. Control:

i. Se efectuaran citas de control cada seis meses.

5.2.5 PLAN DE TRATAMIENTO PARA PERIODONTITIS.

DEFINICIÓN: Es la extensión de la inflamación desde la encía marginal a los tejidos periodontales de soporte.-

Características clínicas: inflamación crónica de la encía, formación de bolsas periodontales y pérdida ósea, en casos avanzados hay movilidad dentaria y migración patológica.-

A. PRIMERA CITA:

a. Diagnóstico.

b. Llenado de ficha (motivo de consulta, historia médica y dental, periodontograma y plan de tratamiento)

c. Motivación personal Informar al paciente la enfermedad que presenta, explicar en qué consiste y las complicaciones que pueden darse si no se da el tratamiento debido. Así también mencionar las causas que originaron la enfermedad y qué puede hacer para mejorar su estado de higiene bucal, y concientizar al paciente de la importancia de su colaboración para que el tratamiento sea efectivo.-

Si el paciente no presenta mucho cálculo, aplicar fucsina en un segmento para revelar las zonas de presencia de placa dentobacteriana y mostrárselas al paciente con un espejo.

d. Hacer sondeo, control de placa y/o inicio de procedimiento, llamado Detartraje.

e. Mostrar por medio del dentoformo la técnica de cepillado y uso de hilo dental para complementar la higiene bucal. e indicarle al paciente que en la siguiente cita lleve su cepillo dental y pasta dental.

f. En el caso que el paciente amerite atención especializada se elaborara la referencia respectiva, (periodoncia, odontología general).

B. SEGUNDA CITA:

a. Se continuará el Detartraje, siempre trabajando por cuadrantes.

b. En caso que el Índice de Placa Dentobacteriana no se efectúo en la primera cita, se procederá a realizarlo siguiendo los siguientes pasos:

i. Se aplica fucsina básica al 2%en todas las piezas dentarias.

ii. Se hace la sumatoria de todas las piezas teñidas.

iii. El total de la sumatoria de las piezas teñidas se multiplica por 100 y se divide entre el total de las piezas presentes.

Dientes presentes en la boca---------- 100%

Dientes coloreados---------- X

$$\text{Total de porcentaje} = \frac{\text{Sumatoria del número de piezas teñidas}}{\text{Total de piezas presentes}} \times 100$$

Los parámetros para determinar el nivel de porcentaje son:

0 – 30 % = Leve

30 – 50 % = Moderado

50 –100 %= Malo

c. Una vez determinado el porcentaje de Placa dentobacteriana, se explica al paciente el significado de esto y su nivel de riesgo si no es removida con el cepillado dental.

d. Se le pide al paciente que efectúe la técnica de cepillado indicada para remover la placa dentobacteriana.

e. Posterior a eso, si no se efectúo en la primera cita, se hará el sondeo para determinar la presencia de bolsas periodontales.

C. TERCER CITA.

a. Se continuara con el detartraje.

D. CUARTA CITA.

a. Finalización del Detartraje.

b. Sondeo para reevaluar. Si hay presencia de bolsas periodontales se realizara referencia a periodoncia.

E. QUINTA CITA.

a. Control de placa bacteriana (en caso que el índice de placa sea mayor de treinta por ciento se dará una sexta cita para reevaluación y reforzar técnicas de higiene dental).

b. Profilaxis.

c. Aplicación Tópica de flúor.

Nota. El número de citas puede variar dependiendo del grado de colaboración del paciente. En caso que el paciente no colabore en el mejoramiento de su higiene oral se hará nota al expediente.-

d. Control: Se efectuaran citas de control cada seis meses.

5.3 POBLACION GESTANTE.

En este grupo se incluyen a mujeres en estado de gestación, en donde se presentan cambios hormonales y esto conlleva a la susceptibilidad dental y gingival, que sumado a una mala técnica de cepillado dental provoca el aparecimiento de gingivitis gestacional y en algunas ocasiones "tumor del embarazo".

Esto es más que evidente en el primer y tercer mes.-

5.3.1 PREPACION DEL PACIENTE:

Se seguirán los pasos anteriormente descritos en la población adulta.

5.3.2 EDUCACION.

1. Es importante informar a las pacientes que el embarazo en sí, no produce estas patologías, ni la pérdida dental, si no la deficiente o nula higiene oral.-
2. Además podemos mencionar a las madres sobre posibles complicaciones de focos sépticos que podrían poner en riesgo el desarrollo del niño y sus prematuros.
3. También sobre los cuidados que tiene que practicar en la cavidad oral del niño, como limpiar con gasa la boca del bebé y uso del cepillo cuando ya erupciones las primeras piezas dentales.
4. Si se cuenta con información impresa (brochure) se entregara al paciente para complementar su educación.

   Nota: Se recomienda que el sillón dental este en posición supina lateral hacia la izquierda con una angulación aproximadamente de 45° para evitar que la paciente presente cuadro de hipotensión (mareo, nauseas, cefaleas) conocido como Síndrome de la vena cava inferior.

5.3.3 PREPARACION POR CITAS:

Se efectuará según diagnóstico que presente la paciente (gingivitis, periodontitis)

Se seguirán los pasos anteriormente descritos en la población adulta.

5.4 ADULTO MAYOR

En esta población es importante mencionar el cuidado de la salud oral tomando en cuenta los cambios fisiológicos tales como:

a. Xerostomía (CIE-10:K11.7).
b. Disminución del sentido del gusto (CIE-10:R13.2).
c. Atrición (CIE-10:K03.0).
d. Abrasión (CIE-10:K03.1).
e. Así como también cambios patológicos:
   - Periodontitis (CIE-10:K05.2).
   - Gingivitis (CIE-10:K05.0).
   - Caries radicular (CIE-10:K02.2).
   - Halitosis (CIE-10:R19.2).

5.4.1 PREPACION DEL PACIENTE:

Se seguirán los pasos anteriormente descritos en la población adulta. (Ver. 5.2)

5.4.2 EDUCACIÓN.

1. Se hará énfasis al paciente sobre el cuidado y limpieza de las prótesis dentales: prótesis parcial fija, prótesis parcial removible, prótesis completa.
2. Informar de la relación que pueda existir entre enfermedades metabólicas (diabetes, hipertensión, dislipidemia,) con la cavidad oral y los efectos de los medicamentos que puedan estar tomando, que tienen injerencia en la cavidad oral. (Nifedipina, dilantin, anticonceptivos orales)
3. Si se cuenta con información impresa (brochure) se entregara al paciente para complementar su educación.

5.4.3 PREPARACION POR CITAS:

1. Se efectuará según diagnóstico que presente la paciente (gingivitis, periodontitis)
2. Se seguirán los pasos anteriormente descritos en la población adulta.

CONSULTA ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA.

GENERALIDADES

Es la atención o conjunto de atenciones brindadas a un paciente entre 0 a 12 años de edad por el Odontopediatra con fines preventivos y de diagnóstico, determinando el plan de tratamiento y restableciendo la salud buco dental posterior al daño provocado por las patologías presentes que quedaran establecidas en esta guía de manejo.

CONSULTA DE PRIMERA VEZ.

Es el primer examen diagnóstico de la cavidad bucal del paciente, realizado por el Odontopediatra en respuesta a la referencia del higienista dental, quien ha realizado previamente su tratamiento educativo y preventivo.

Pasos a seguir en la consulta de primera vez:

1. Registrar en la ficha odontológica pediátrica: (ver anexo)
   a) Datos generales del paciente.
   b) Anamnesis.
   c) Odontograma completado.
   d) Diagnóstico.
   e) Establecer el plan de tratamiento.
2. Actualizar la ficha odontológica pediátrica cada dos años.

En una primera consulta de emergencia, realizar los pasos anteriores y el tratamiento adecuado de acuerdo a la emergencia.

Para la realización de la consulta odontológica el Odontopediatra utilizará el Método clínico como el examen visual, apoyándose con instrumental de diagnóstico respectivo.

CONSULTA SUBSCECUENTE

Es la consulta programada con cita previa o por emergencia, después de la consulta de primera vez, que se brinda en el consultorio odontológico.

Se puede realizar consulta subsecuente para:

a) Finalizar un procedimiento.

b) Continuar el tratamiento dental respectivo.

c) Brindar asesoría.

d) Dar seguimiento a patologías que no están incluidas en la presente guía de manejo como:

- Traumatismos de la cavidad oral.
- Retardos en la erupción dentaria.

ATENCIONES PREVENTIVAS.

Se incluyen las indicaciones a dar al responsable o padre de familia al realizarle un procedimiento dental al infante:

a) Cuidados pre operatorios

b) Cuidados post operatorios.

Los dientes son menos susceptibles a la caries si durante su desarrollo se ingieren cantidades óptimas de fluoruro tomando en cuenta los siguientes factores:

a. Concentración del flúor en el agua de consumo.

b. Consumo de sal fluorada.

c. Uso de pasta dentífrica y su concentración.

d. Uso de enjuagues fluorados.

e. Edad del paciente.

ATENCIONES CURATIVAS

La recuperación de la salud bucal, al existir afecciones bucodentales, se restablece a través de la atención clínica curativa, a través del tratamiento y/o procedimientos específicos, así como por medio de la rehabilitación de la función masticatoria. Lo anterior según el portafolio de servicios del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que incluye:

a) Diagnóstico clínico.

b) Prescripción de medicamentos: analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos y flúor sistémico.

c) Aplicación de procedimientos odontológicos mínimamente invasivos, en lesiones cariosas incipientes.

d) Obturaciones de amalgama de plata en los molares primarios y permanentes.

e) Obturaciones de resina composita fotopolimerizada en molares anteriores primarios y permanentes con lesiones mínimamente invasivas.

f) Pulpotomías en piezas primarias.

g) Exodoncias de piezas dentarias primarias y permanentes.

h) Referencia interna a Higiene dental.

i) Referencia interna en casos que requieran interconsulta con medicina general y/o pediatría, psicología, tecnólogo/a materno-infantil.

j) Controles de seguimiento.

CAPITULO I

CARIES DENTAL (CIE 10 K 02.0) 1

I. DEFINICIÓN.

La caries es una enfermedad infectocontagiosa de las piezas dentales, producto de la desintegración y disolución gradual de la estructura de los dientes por microorganismos.

II. CLASIFICACIÓN.

A. Caries de esmalte. (CIE-10:K02)
B. Caries de dentina. (CIE-10:K02.1)
C. Caries de cemento. (CIE-10:K02.2)
D. Caries detenida. (CIE-10:K02.3)
E. Caries recidivante. (CIE-10:K02.8)
F. Caries rampante o Síndrome del Biberón. (CIE-10:K02.8)
G. Caries dental no especificada. (CIE-10:K02.9)
H. Otros factores.

III. ETIOLOGÍA

Las **caries dentales** son uno de los trastornos más comunes. Suelen aparecer en los niños y en los adultos jóvenes, pero pueden afectar a cualquier persona y son la causa más importante de pérdida de los dientes en las personas más jóvenes.
La caries dentaria es el resultado de la interacción de 4 factores:

1. Superficie dentaria susceptible.
2. Micro flora adecuada.
3. Sustrato idóneo para la microflora.
4. Tiempo de exposición.

La ingesta frecuente entre las comidas, especialmente de alimentos ricos en sacarosa, favorecen el proceso de caries; los alimentos pegajosos que se adhieren son potencialmente más lesivos que los no pegajosos. Es iniciada por varios microorganismos orales, siendo el agente patógeno primario los estreptococos mutans. Lo anterior aunado a la alta frecuencia del consumo de carbohidratos.

IV. CUADRO EPIDEMIOLÓGICO.

La caries dental, generalmente es el primer lugar entre las enfermedades de cavidad bucal.

V. PATOGÉNESIS.

Se considera al *Estreptococos mutans* como el agente patógeno primario de caries dental aunque también participan otros agentes como Streptococcus sanguis, salivarius, millieri, Lactobacilus acidophilus, entre otros. Los azúcares monosacáridos y disacáridos sirven como principal sustrato para el proceso. La placa bacteriana, una combinación de polisacáridos, microorganismos, glucoproteínas salivales y células mucosas descamadas que sirven como área localizada de producción de ácidos. La acción del ácido desmineraliza primero el esmalte con elevado contenido inorgánico; luego sigue la proteólisis de su matriz orgánica. A medida que progresa la desmineralización, los microorganismos pueden invadir los túbulos dentinarios y sus productos pueden causar inflamación de la pulpa dentaria antes de que la destrucción de la dentina circundante sea evidente. La caries dental se inicia sobre la corona o sobre la superficie radicular expuesta del diente. La placa bacteriana y los residuos alimentarios son los responsable de la caries.

VI. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

El paciente a menudo desconoce la presencia de la caries hasta que la lesión se encuentra en fases avanzadas, de ahí que la consulta odontológica se limita en gran parte a la eliminación del dolor y no a la prevención o tratamiento de la enfermedad en sí, es por ello la importancia de replantear estrategias que lleven a la prestación de servicio integral de salud oral desde la prevención, representando esta ultima el 38% de la consulta odontológica en el ISSS.

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

En un examen clínico minucioso se encuentran los siguientes signos:

- Manchas blancas no cavitadas.
- Manchas blancas cavitadas.
- Manchas obscuras.
- Discontinuidad del esmalte y cavitaciones.
- Perdida de tejido dentinario.
- Exposición pulpar (pólipo pulpar).

El paciente manifiesta los siguientes síntomas:

- Dolor agudo provocado.
- Dolor agudo espontáneo.
- Dolor pulsátil.
- Inflamación gingival.
- Absceso periodontal.
- Sensibilidad a cambios térmicos (frio y calor).
- Sangramiento gingival.

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

Existen diversos métodos:

A. Historia clínica y anamnesis. Aportan información de la edad y la dieta del paciente, para detectar un posible patrón por parte de la lesión de caries.

B. Examen clínico de la zona.

- Observación directa. Por medio de la percepción visual.
- Exploración mecánica. Por medio de instrumental básico (Espejo, pinza, explorador, punta roma y sonda periodontal).
- Métodos auxiliares. La transluminación es utilizada sobre los dientes anteriores, con el espejo se refleja la luz de la lámpara a los dientes, en la zona donde se observan manchas.

Nota. Examen radiográfico, en los centros de atención que cuenten con equipos.
A través de radiografías coronales o periapicales se puede evidenciar la existencia de un proceso carioso. Este examen tiene limitaciones, ya que no diagnostica caries en etapa inicial.

VII. TRATAMIENTO.

Aunque la caries se puede detener, la estructura dentaria destruida no se puede regenerar por lo que debe eliminarse, de acuerdo a procedimientos de eliminación de caries mínimamente invasivos o preparaciones cavitarias de las lesiones y sustituirse por un material de restauración tales como: obturaciones de amalgama de plata, resinas u otros materiales de restauración (como cementos dentales).

Dependiendo del tejido dañado:

- Caries limitada a esmalte o grado I. (CIE-10:K02.0)
- Caries de la dentina o grado II. (CIE-10:K02.1)
- Pulpitis (aguda, crónica, supurativa y pólipo pulpar). (CIE-10:K04.0)
- Necrosis de la pulpa (gangrena de la pulpa). (CIE-10:K04.1)
- Absceso periapical con fistula. (CIE-10:K04.6)
- Absceso periapical sin fistula. (CIE-10:K04.7)

➢ PROCEDIMIENTOS.

C. 1 y 2 se tratan con los siguientes procedimientos:

a. Obturaciones de amalgama de plata. (Ver Procedimiento 21)
b. Obturaciones de resinas. (Ver Procedimiento 21)

D. 3 al 6 se tratan con los siguientes procedimientos:

a. Pulpotomía en piezas primarias. (Ver Procedimiento 22)
b. Endodoncia piezas permanentes (Ver Procedimiento 10)
c. Exodoncia. (Ver Procedimiento 23)
d. Medicación antibiótica, analgésica y antiinflamatoria.

- MEDICAMENTOS.

E. Analgesia.

F. Anestesia.
   - Infiltrativa.
   - Tópica.

G. Antiinflamatoria.

H. Antibiótica.

VIII. CRITERIOS DE ALTA.

I. Paciente declarado "sin caries" o "cero caries".

IX. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

El componente educativo debe estar presente en todos los servicios que presta el Odontólogo a los usuarios, tanto en el establecimiento del diagnóstico informando el estado actual de su salud oral, así como el tratamiento a realizar o efectuado en las consultas subsecuentes, y el motivo de las referencias a otros tratamientos.

En caso de infantes:

A. Informar al padre o encargado del paciente:
   a. Las condiciones de salud oral actual.
   b. El tratamiento a realizar o a efectuar en las consultas subsecuentes.
   c. El motivo de las referencias a otros tratamientos.
   d. Las indicaciones pre y post operatoria.

B. Aspectos generales de prevención.
   a. El uso de pasta dental o un enjuague bucal que contenga flúor, su prescripción queda a criterio del especialista.
   b. En comunidades sin agua fluorizada, los niños deben tomar un suplemento de flúor (Prescripción a criterio de especialista, valorando otros suplementos de flúor)
   c. Cepíllese los dientes y use hilo dental.
   d. Visite regularmente al dentista para un examen general y limpieza (para remover el sarro).
   e. Evite dulce y bebidas azucaradas, incluso entre comidas; cepíllese o enjuáguese bien la boca cada vez que haya terminado de comer
   f. La saliva ayuda a prevenir las caries. Si sufre de boca seca, enjuáguesela a menudo con un desinfectante bucal.
   g. El uso de sellantes dentales puede prevenir las caries.

X. RECOMENDACIONES.

1. Evitar masticar del lado en que se le ha realizado la obturación por un lapso de 24 horas para evitar fracturas de la obturación.
2. Consultar al menos cada seis (6) meses para control de su salud oral una vez concluido su tratamiento.
3. Hacer énfasis al paciente en cuanto a la importancia del cepillado dental, uso de hilo dental y enjuague bucal en forma conjunta para prevenir caries dental.

I. DEFINICIÓN.

Destrucción de la matriz inorgánica del esmalte.

II. ETIOLOGÍA.

- Enfermedad multifactorial.

III. CLASIFICACIÓN.

A. Fosas y fisuras.
B. Puntos interproximales.
C. Superficies lisas.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Asintomática.
- Presenta una superficie de color blanco lechoso a pardo.
- Se intensifica a medida que se profundiza.

V. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiográfico periapical y de aleta (En centros de atención con Rx.).

VI. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

- Clínico.
- Radiográfico (Centros de atención que poseen equipo).

VII. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Flúorosis. (CIE-10:K00.3)
- Amelogénesis imperfecta. (CIE-10:K00.5)

VIII. TRATAMIENTO.

- Odontológico.
  a) Enjuague de la cavidad bucal con solución antiséptica (a excepción de Odontopediatría).
  b) Pulido de la superficie con piedra pómez.

c) Limpieza de la zona con una fresa.
d) Restauración o prevención (sellado).

IX. COMPLICACIONES.

- Caries de dentina. (CIE-10:K02.1)

X. CRITERIOS DE REFERENCIA.

- No requiere.

XI. CRITERIOS DE ALTA.

- Paciente declarado "sin caries" o "cero caries".

I. INCAPACIDAD.

- No amerita.

XII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Tres a seis (3 -6) meses de su tratamiento.
- En caso de desobturación reiniciar el proceso.

XIII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en Salud Oral.
2. Higiene dental.
3. Profilaxis.
4. Fluorización.

CARIES DE DENTINA (CIE-10:K02.1)3.

I. DEFINICIÓN.

Destrucción de la matriz inorgánica de la dentina, a consecuencia de una caries de esmalte que atraviesa el limite amelodentinario.

II. ETIOLOGÍA.

- Enfermedad multifactorial.

III. CLASIFICACIÓN.

A. Superficial.
B. Profunda.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Sintomática.
- Dolor provocado y localizado.
  - Limitado a estímulos físicos y químicos.
  - Cesa una vez retirado el estimulo
- Cavidad con tejido reblandecido y cambio de coloración.

V. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

a. Anamnesis.
b. Exploración con sonda.
c. Radiográfico (En centros de atención que poseen equipo)

VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Hiperemia pulpar. (CIE 10 K04.0)
- Pulpitis. (CIE-10: K04.0)

VII. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiográfico: Periapical y Aleta de mordida (En centros de atención con Rx.).

VIII. TRATAMIENTO.

- Odontológico.
  a. Enjuague de la cavidad bucal con solución antiséptica (a excepción de Odontopediatría).
  b. Administración de anestesia local infiltrativa, cuando el caso lo requiera.
  c. Aislado relativo.
  d. Remoción de dentina cariada.
  e. Desinfección de la cavidad preparada con clorhexidina al 0.12% u otros (a excepción de Odontopediatría).
  f. Protección indirecta (hidróxido de calcio, ionómero de base).
  g. Obturación definitiva (amalgama o resina o ionómero de obturación).

IX. COMPLICACIONES.

- Pulpitis. (CIE-10: K04.0)

X. CRITERIOS DE REFERENCIA.

- No requiere.

XI. CRITERIOS DE ALTA.

- Paciente declarado "sin caries" o "cero caries".

XII. INCAPACIDAD.

- No amerita incapacidad.

XIII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Tres a seis (3 a 6) meses después del tratamiento.
- En caso de recidiva, desobturación, sobre obturación y otras molestias reiniciar el procedimiento.

XIV. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en Salud Oral.
2. Higiene dental.
3. Profilaxis.
4. Flúorinización.

I. DEFINICIÓN.

Destrucción de la matriz orgánica del cemento.

II. ETIOLOGÍA.

- Retracción gingival.
- Enfermedades sistémicas.
- Coronas mal adaptadas.
- Personas mayores de 50 años.
- Otros.

III. CLASIFICACIÓN.

A. Superficial.
B. Profunda.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Sintomática.
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.
- Cavidad con tejido reblandecido y cambio de coloración.

V. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

- Clínico: exploración con sonda.
- Radiográfico: Periapical (Centros de atención que poseen equipo)

VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Atrición. (CIE-10:K 03.0)
- Abrasión. (CIE-10:K 03.1)
- Abfracción. (CIE-10:K 03.9)
- Hiperemia pulpar. (CIE 10 K04.0)
- Pulpitis. (CIE-10: K04.0)
- Hipersensibilidad dentaria.(CIE-10:R20.8)

VII. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiografía periapical de pieza afectada.

VIII. TRATAMIENTO.

- Odontológico.
  a. Enjuague de la cavidad bucal con solución antiséptica (a excepción de Odontopediatría).
  b. Administración de anestesia.
  c. Aislado relativo.
  d. Remoción de tejido cariado.
  e. Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 0.12% u otros (a excepción de Odontopediatría).
  f. Protección indirecta (hidróxido de calcio, ionómero de base).
  g. Obturación definitiva (amalgama, resina y/o ionómero de obturación).

IX. COMPLICACIONES.

- Pulpitis. (CIE-10: K04.0)
- Paradentosis. (CIE-10: K05.4)

X. CRITERIOS DE REFERENCIA.

- No requiere.

XI. CRITERIOS DE ALTA.

- Paciente declarado "sin caries" o "cero caries".

XII. INCAPACIDAD.

- No amerita incapacidad.

XIII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Tres a seis (3 a6) meses después del tratamiento.
- En caso de recidiva, desobturación, sobre obturación y otras molestias debe reiniciar el procedimiento.

XIV. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en Salud Oral.
2. Higiene dental.
3. Profilaxis.
4. Flúorinización.

CARIES DETENIDA (CIE-10:K02.3)5

I. DEFINICIÓN.

Caries que como consecuencia de la defensa orgánica detiene su curso patológico.

II. ETIOLOGÍA.

Multifactorial por cambios del pH del medio bucal, alimenticio, de aseo y uso de medios preventivos.

III. CLASIFICACIÓN.

- No aplica.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Sintomática leve.
- Lesiones generalmente extensas poco profundas.
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.
- Cavidad con cambio de coloración y formación de dentina secundaria.

V. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

- Clínico: exploración con sonda.
- Radiográfico (Centros de atención que poseen equipo).

VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Esclerosis pulpar. (CIE-10:K04.9)
- Necrosis pulpar. (CIE-10:K04.1)

VII. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiográfico periapical.

VIII. TRATAMIENTO.

➢ Odontológico.

a. Enjuague de la cavidad bucal con solución antiséptica.
b. Administración de anestesia cuando el caso lo requiere.
c. Aislado relativo.
d. Remoción de dentina cariada.

e. Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 0.12% u otros.
f. Protección indirecta (hidróxido de calcio, ionómero de base).

IX. COMPLICACIONES.

- Pulpitis. (CIE-10:K04.0)
- Necrosis pulpar. (CIE-10:K04.1)

X. CRITERIOS DE REFERENCIA.

- No requiere.

XI. CRITERIOS DE ALTA.

- Paciente declarado "sin caries" o "cero caries".

II. INCAPACIDAD.

- No amerita incapacidad.

XII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Tres a seis (3 a6) meses después de su tratamiento.
- Desobturación de la pieza dentaria, sobre obturación y otras molestias debe reiniciar el procedimiento.

XIII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en Salud Oral.
2. Higiene dental.
3. Profilaxis.
4. Flúorinización.

I. DEFINICIÓN.

Caries que se desarrolla en la interface de una restauración y la pieza dentaria.

II. ETIOLOGÍA.

- Pérdida marginal.
- Filtración marginal.
- Presencia de espacios entre la restauración y el tejido dentario.
- Malos hábitos de higiene.

III. CLASIFICACIÓN.

A. Residual.
B. Recidivante.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Sintomática, de evolución rápida.
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.
- Cavidad con tejido reblandecido, cambio de coloración y dolor.

V. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

- Clínico: exploración con sonda.
- Radiográfico (Centros de atención que poseen equipo).

VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Hiperemia pulpar. (CIE 10 K04.0)
- Pulpitis. (CIE-10:K04.0)
- Necrosis pulpar. (CIE-10:K04.1)

VII. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiográfico periapical.

VIII. TRATAMIENTO.

- Odontológico
  a. Enjuague de la cavidad bucal con solución antiséptica.
  b. Administración de anestesia cuando el caso lo requiera.
  c. Aislado relativo.
  d. Remoción de dentina cariada.
  e. Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 0.12% u otros.
  f. Protección indirecta (hidróxido de calcio, ionómero de base).
  g. Obturación definitiva (amalgama, resina y ionómero de obturación).

IX. COMPLICACIONES.

- Pulpitis.(CIE-10:K04.0)

X. CRITERIOS DE REFERENCIA.

- No requiere.

XI. CRITERIOS DE ALTA.

- Paciente declarado "sin caries" con "cero caries".

XII. INCAPACIDAD.

- No amerita incapacidad.

XIII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Tres a seis (3 a 6) meses después de su tratamiento.
- En caso de recidiva, sobre obturación y otras molestias debe reiniciar el procedimiento.

XIV. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en Salud Oral.
2. Higiene dental.
3. Profilaxis.
4. Flúorinización.

CARIES RAMPANTE (CIE-10:K02.8)7.

I. DEFINICIÓN.

Caries agresiva de evolución rápida y destructiva que afecta a pacientes pediátricos.

II. ETIOLOGÍA.

- Acción exuberante y prolongada de los sustratos cariogénicos.
- Uso prolongado del biberón.
- Reducción del flujo salivar nocturno y disminución de la capacidad tampón de la saliva.
- Deficiencia en la higiene.

III. CLASIFICACIÓN.

- Única patognomónica.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Sintomática de evolución rápida que afecta en primera instancia a los dientes anterosuperiores y posteriores.
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.
- Cavidad con tejido reblandecido, cambio de coloración.

V. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

- Clínico: exploración con explorador Clinico doble con punta roma.

VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Amelogénesis imperfecta. (CIE-10:K00.5)

VII. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiográfico periapical (Centros de atención que poseen equipo).

VIII. TRATAMIENTO.

- Odontológico.
  a. Enjuague de la cavidad bucal con solución antiséptica (A excepción en Odontopediatría).
  b. Eliminación del hábito.

c. Aplicación de flúor.
d. Administración de anestesia cuando el caso lo requiere.
e. Aislado relativo.
f. Remoción del esmalte y dentina cariada.
g. Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 0.12% u otros (A excepción en Odontopediatría).
h. Protección indirecta (hidróxido de calcio, ionómero de base).
i. Obturación definitiva (resina y/o ionómero de obturación).
j. Pulpotomía.
k. Exodoncia indicada.

IX. COMPLICACIONES.

- Pulpitis. (CIE-10:K04.0)
- Necrosis pulpar. (CIE-10:K04.1)
- Abscesos. (CIE-10:K04.6/K04.7)
- Fractura coronaria. (CIE-10: S02.5)

X. CRITERIOS DE REFERENCIA /RETORNO.

- No aplica.

XI. CRITERIOS DE ALTA

- Paciente declarado "sin caries" o "cero caries".

XII. INCAPACIDAD.

- No aplica.

XIII. CONTROL Y SEGUIMIENTO

- Uno a tres (1 - 3) meses después de la consulta.
- En caso de recidiva iniciar el protocolo con el diagnóstico respectivo.

XIV. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

1. Educación en Salud Oral.
2. Higiene dental.
3. Profilaxis.
4. Flúorinización.

I. DEFINICIÓN.

Inflamación de la pulpa dentaria y de los tejidos periodontales adyacentes, provocada por estímulos nocivos índole bacteriana, química, traumática, iatrogénica e idiopático.

II. CLASIFICACIÓN.

A. **Pulpitis reversible:** Es un proceso inflamatorio agudo incipiente de naturaleza provocada, generalmente localizado, con duración no superior a 1 minuto, en la cual la pulpa es capaz de regresar al estado no inflamatorio después de retirado el estímulo.
   a. Hiperemia pulpar. (CIE 10 K04.0)
   b. Herida pulpar. (CIE 10 K04.9)

B. **Pulpitis irreversible:** Es un proceso inflamatorio agudo avanzado de la pulpa, pero sin capacidad de recuperación, aun cuando se hayan eliminado los estímulos externos que provocan el estado inflamatorio.
   a. Pulpitis infiltrativa o aguda. (CIE 10 K04.9)
   b. Pulpitis abscedosa. (CIE 10 K04.9)
   c. Pulpitis ulcerosa traumática y atraumática. (CIE 10 K04.9)
   d. Pulpitis hiperplásica. (CIE 10 K04.9)
   e. Reabsorción dentinaria interna y externa. (CIE-10: K03.3)
   f. Necrosis pulpar. (CIE 10 K04.1)
   g. Gangrena pulpar. (CIE 10 K04.1)

III. PATOGÉNESIS.

En la pulpitis irreversible, la reacción inicial de la pulpa es la liberación de mediadores químicos de la inflamación, formando un edema intersticial que incrementa la presión intrapulpar, comprimiendo las fibras nerviosas y dando lugar a un dolor muy intenso, espontáneo. En las formas serosas prevalece el exudado inflamatorio, mientras que en las formas purulentas hay aumento de pus, debido a los leucocitos que han llegado a resolver la inflamación.

IV. EPIDEMIOLOGÍA.

- La pulpitis, generalmente es el segundo lugar entre las enfermedades de cavidad bucal.

V. ETIOLOGÍA.

Existen diferentes etiologías entre las que mencionamos:

A. Bacterianas:

- Penetración coronaria:
  - Caries profundas.
  - Fracturas:
    - Completas.
    - Incompletas.
  - Traumatismos sin fracturas.
- Alteraciones anatómicas:
  - Dens in dens.
  - Dens evaginatus.
  - Surco lingual radicular.
  - Penetración radicular.
  - Caries de cemento.
  - Infección retrógena.
    - Bolsa periodontal.

B. Absceso periodontal.
  - Hematógenas.

C. Traumatismos Agudos
- Agudas:
  - Fractura coronaria.
  - Fractura radicular.
  - Estasis vascular.
  - Luxación.
  - Avulsión.
- Crónicas:
  - Bruxismo.
  - Atrición.
  - Abrasión.
  - Erosión.

D. Respuesta desfavorable a procedimientos operatorios.
- Preparación de cavidades:
  - Sobrecalentamiento en la preparación operatoria.
  - Profundidad de la preparación.
  - Deshidratación.
  - Exposición de cuernos pulpares.
  - Hemorragia pulpar.
  - Exposición pulpar.
- Restauraciones:
  - Inserción.
  - Fractura.
  - Fuerza de cementación.
  - Calor del pulido.

- Extirpación intencional:
  - Desplazamiento de ortodoncia.
  - Raspaje periodontal.
  - Electro cirugía.
  - Quemadura de láser.
  - Raspaje peri radicular.
  - Rinoplastia.
  - Osteotomía.
  - Intubación.
- Químicos:
  - Materiales de obturación.
  - Desinfectantes.
  - Desecantes.

VI. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

- SIGNOS Y SÍNTOMAS.

✔ PULPITIS REVERSIBLE: El dolor del diente puede ser intenso, pulsátil, intermitente o continuo. Los síntomas más frecuentes son sensibilidad al frío, a los alimentos dulces y cuando se mastica sobre la restauración.
Los dientes pueden presentar una respuesta negativa a una prueba de estimulación eléctrica de la pulpa, pero ser sensible a la percusión y a la aplicación de calor.
Se debe sospechar cuando se ha colocado recientemente una restauración o si existen desadaptes en ellas. Por lo general, el diagnóstico se establece al comprobar que los síntomas disminuyen cuando se protege la dentina.

✔ PULPITIS IRREVERSIBLE: dolor intermitente o continuo, provocado o espontáneo. El dolor puede ser agudo, sordo, localizado o difuso y puede durar sólo unos minutos o hasta horas. El dolor pulpar es más difícil de localizar que el dolor perirradicular y se hace más difícil mientras más se intensifica. La aplicación de estímulos externos como calor y frío producen un dolor prolongado.

El diagnóstico se establece por examen clínico, percusión, palpación, origen, intensidad y duración del dolor.

- EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.
  - Radiografías periapicales (Centros de atención que poseen equipo), en las que se evaluará presencia de caries próxima a tejido pulpar, obturaciones extensas, con desadaptes y cambios en tejidos periapicales.
  - Pruebas de vitalidad pulpar.

VII. TRATAMIENTO.

La pulpitis irreversible deberá ser tratada siempre, haciendo tratamiento de conductos radiculares o, si el diente es insalvable, una extracción.

- TERAPÉUTICA.
  Según terapéutica definida en el Listado oficial de Medicamentos, vigente.

VIII. PROCEDIMIENTO.

- Odontología general.
  - Pulpitis reversible: obturación, eliminar interferencias de obturaciones altas.
  - Pulpitis irreversible: Eliminación de caries, apertura cameral, obturación provisional y referencia a endodoncia
- Endodoncia.
  - Pulpitis irreversible: tratamiento de canales radiculares

IX. COMPLICACIONES.

- Necrosis pulpar.
- Infecciones derivadas de la pulpa.
- Iatrogenia al realizar apertura cameral.
- Dolor post-operatorio.
- Otros.

X. CRITERIOS DE ALTA

- Eliminación de foco séptico.
- Restauración final de la pieza dentaria, según portafolio de servicios institucional.

XI. INCAPACIDAD.

- Pulpitis reversible: no amerita
- Pulpitis irreversible: Se dará o no según criterio del profesional de 1 a 3 días.

XII. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

En caso que el paciente acepte la rehabilitación y restauración de la pieza dentaria afectada, se refiere al Endodoncista para que se efectúe el tratamiento de Conductos Radiculares correspondiente, con su respectiva hoja de referencia, especificación de diagnóstico provisional, detallando el estado pulpar en el momento de la apertura, tratamiento previo y radiografía periapical.

Una vez concluido el tratamiento por Endodoncista será retornado a odontología general para su obturación definitiva.

XIII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Pulpitis reversible: se le explica al paciente el tratamiento realizado, mantener una buena higiene oral
2. Pulpitis irreversible: se le explica al paciente tratamiento realizado, que debe mantener una buena higiene oral, evitar masticar alimentos duros con esta pieza dental para evitar fracturas y colocarse la obturación definitiva.

   Nota. La restauración protésica no es parte del portafolio de servicios del ISSS

I. DEFINICIÓN.

La hiperemia pulpar es una acumulación excesiva de sangre en la pulpa como 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.

II. CLASIFICACION.

- No aplica.

III. 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 con substancias de obturación.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Sintomática.
- Dolor provocado de mayor o menor intensidad, que se presenta al estímulo físico y químico.

V. CRITERIO DIAGNÓSTICO.

- Clínico: exploración, aplicación de calor y frío.
- Radiográfico.

VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Pólipo Gingival. (CIE-10:K05).
- Pulpitis Ulcerosa. (CIE-10:K04.9)

VII. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiografía periapical.

VIII. TRATAMIENTO.

- Odontológico general.
  - a) Enjuague bucal.
  - b) Administración de anestesia.
  - c) Remoción de tejido cariado y pólipo.
  - d) Medicación intermedia.
  - e) Obturación provisional.
- Tratamiento Endodóntico.

1° Sesión:

- f) Consentimiento informado.
- g) Lectura radiográfica.
- h) Administración de anestesia.
- i) Aislado absoluto o relativo.
- j) Retiro de obturación provisional.
- k) Apertura de cámara.
- l) Eliminación de paquete vásculo nervioso.
- m) Toma de radiografía.
- n) Irrigación de conductos radiculares.
- o) Secado de conducto.
- p) Medicación intermedia.
- q) Obturación provisional.

Nota. En caso de multirradiculares la conductometría se realizará en la segunda sesión.

2° Sesión:

- a) Aislado absoluto o relativo.
- b) Retiro obturación provisional.
- c) Conductometría
- d) Preparación biomecánica del conducto radicular.
- e) Irrigación de conducto radicular.
- f) Secado de conducto radicular.
- g) Medicación intermedia.
- h) Obturación provisional.

3° Sesión

- a) Aislado absoluto o relativo.
- b) Retiro obturación provisional.
- c) Preparación biomecánica final del conducto radicular.
- d) Conometria (radiografía)
- e) Irrigación de conducto radicular.
- f) Secado de conducto radicular.
- g) Obturación de conducto o conductos radiculares.
- h) Control radiográfico (podría hacerse según criterio desde un mes a un año)

Se requerirá de más sesiones en caso de que la pieza esté comprometida periodontalmente, conductos esclerosados, piezas multirradiculares y también se tomará en cuenta la formación del ápice para proceder con apicoformación o no y complicaciones.

➢ **Tratamiento Medicamentoso.**

- En caso de dolor, analgésicos, según Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

IX. COMPLICACIONES.

- Abscesos Periapicales. . (CIE-10:K04.6)
- Periodontitis Apical Originada en la Pulpa. (CIE-10:K 04.4)
- Posible Pérdida de Órgano Dental. (CIE-10:23.01)

X. CRITERIOS DE REFERENCIA/RETORNO.

➢ **Odontología general.**

- A especialidad de Endodoncia.

➢ **Endodoncia.**

- A Odontología general, para obturación.
- A especialidad de Periodoncia, en caso de lesiones periodontales

XI. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la patología.

XII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Control radiográfico en caso necesario, con complicaciones y con pronóstico reservado.
- Retratamiento en caso de subobturación, sobreobturación y desobturación de cemento provisional (realizados en el ISSS), exponiendo cavidad por más de un mes y otras molestias.

XIII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Tratamiento odontológico.
2. Educación en Salud Oral.
3. Higiene dental.
4. Profilaxis.
5. Flúorinización.

PULPITIS INFILTRATIVA O AGUDA (CIE 10 K 04.9) 10

I. DEFINICIÓN.

Es una inflamación intensa de la pulpa, con una hiperemia avanzada y de curso rápido; pertenece a las pulpitis a cavidad cerrada de evolución aguda.

II. ETIOLOGÍA.

- Persistencia del irritante.
- Proceso inflamatorio agudo.

III. CLASIFICACIÓN.

- No se consideran para fines normativos.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Dolor Agudo.
- Dolor intenso, espontáneo y de mayor duración con exacerbaciones intermitentes.

V. DIAGNÓSTICO.

➢ Clínico:
- Exploración y pruebas de vitalidad pulpar.
- Radiográfico.

➢ Diagnóstico diferencial:
- Pulpitis Abscedosa. (CIE 10 K 04.9)
- Periodontitis Apical Aguda. (CIE 10 K 04.4)

VI. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiografía periapical de la pieza afectada.

VII. TRATAMIENTO.

➢ **Odontológico general.**

a) Enjuague bucal (Clorhexidina al 0.12% en consultorio)
b) Remoción de tejido cariado.
c) Acceso parcial a cámara pulpar si el caso amerita.
d) Obturación provisional.

- **Tratamiento Endodóntico.**

1° Sesión:

a) Consentimiento informado.
b) Lectura radiográfica.
c) Administración de anestesia.
d) Aislado absoluto o relativo.
e) Retiro de obturación provisional.
f) Apertura de cámara.
g) Eliminación de paquete vásculo nervioso.
h) Toma de radiografía.
i) Irrigación de conductos radiculares.
j) Secado de conducto.
k) Medicación intermedia.
l) Obturación provisional.

Nota. En caso de multirradiculares la conductometría se realizará en la segunda sesión.

2° Sesión:

a) Aislado absoluto o relativo.
b) Retiro obturación provisional.
c) Conductometría
d) Preparación biomecánica del conducto radicular.
e) Irrigación de conducto radicular.
f) Secado de conducto radicular.
g) Medicación intermedia.
h) Obturación provisional.

3° Sesión

a) Aislado absoluto o relativo.
b) Retiro obturación provisional.
c) Preparación biomecánica final del conducto radicular.
d) Conometria (radiografía)
e) Irrigación de conducto radicular.
f) Secado de conducto radicular.
g) Obturación de conducto o conductos radiculares.
h) Control radiográfico (podría hacerse según criterio desde un mes a un año).

Nota: Se requerirá de más sesiones en caso de que la pieza esté comprometida periodontalmente, conductos esclerosados, piezas multirradiculares y también se tomará en cuenta la formación del ápice para proceder con apicoformación o no y complicaciones.

- **Tratamiento Medicamentoso**
  Si se requiere antiinflamatorios y/o analgésicos, según Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

VIII. COMPLICACIONES.

- Pulpitis abscedosa. (CIE-10:K 04.9)
- Periodontitis Apical originada en la pulpa. (CIE-10:K 04.4)
- Posible pérdida de órgano dental. (CIE-10:23.01)

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA/RETORNO

- Odontología general.
  - A especialidad de Endodoncia.
- Endodoncia.
  - A Odontología general, para obturación.
  - A especialidad de Periodoncia, en caso de lesiones periodontales

X. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la patología.

XI. INCAPACIDAD.

- En caso que la complicación de la patología (1-3) días a criterio de Endodoncista.

XII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Control radiográfico cada (3 - 6) meses durante el primer año, en los casos requeridos.
- Retratamiento en caso de subobturación, sobreobturación y desobturación de cemento provisional (Si el procedimiento ha sido realizado en el ISSS), exponiendo cavidad por más de un mes y otras molestias.

XIII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

1. Tratamiento odontológico.
2. Educación en Salud Oral.
3. Higiene dental.
4. Profilaxis.
5. Flúorinización.

PULPITIS ABSCEDOSA (CIE 10 K 04.9) 11.

I. 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.

II. ETIOLOGÍA.

- Estado avanzado de la pulpitis infiltrativa.

III. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Sintomatología aguda.
- Dolor intenso, pulsátil, irradiado y prolongado.
- Acumulación de pus y exudado.
- Con exacerbación al calor y mitigado al frío.

IV. DIAGNÓSTICO.

- Clínico: sintomático.
- Radiográfico.

V. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Absceso Periapical Agudo. (A.P.A.) (CIE-10:K04.6)

VI. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiografía periapical.

VII. TRATAMIENTO.

- Odontológico General.
  - a) Enjuague bucal con clorhexidina al 0.12% en el consultorio.
  - b) Remoción de tejido careado parcialmente.
  - c) Apertura de la cámara pulpar.
  - d) Medicación intermedia u obturación provisional.
- Tratamiento Endodóntico.

1° Sesión:

a) Consentimiento informado.
b) Lectura radiográfica.
c) Administración de anestesia.
d) Aislado absoluto o relativo.
e) Retiro de obturación provisional.
f) Apertura de cámara.
g) Eliminación de paquete vásculo nervioso.
h) Toma de radiografía.
i) Irrigación de conductos radiculares.
j) Secado de conducto.
k) Medicación intermedia.
l) Obturación provisional.

Nota. En caso de multirradiculares la conductometría se realizará en la segunda sesión.

2° Sesión:

a. Aislado absoluto o relativo.
b. Retiro obturación provisional.
c. Conductometría
d. Preparación biomecánica del conducto radicular.
e. Irrigación de conducto radicular.
f. Secado de conducto radicular.
g. Medicación intermedia.
h. Obturación provisional.

3° Sesión

a. Aislado absoluto o relativo.
b. Retiro obturación provisional.
c. Preparación biomecánica final del conducto radicular.
d. Conometria (radiografía).
e. Irrigación de conducto radicular.
f. Secado de conducto radicular.
g. Obturación de conducto o conductos radiculares.
h. Control radiográfico (podría hacerse según criterio desde un mes a un año)

Se requerirá de más sesiones en caso de que la pieza esté comprometida periodontalmente, conductos esclerosados, piezas multirradiculares y también se tomará en cuenta la formación del ápice para proceder con apicoformación o no y complicaciones.

- Tratamiento Medicamentoso.
- Si el caso requiere: analgésicos y antibióticos, según Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

VIII. COMPLICACIONES.

- Lesiones Endoperiodontales. Absceso Periapical. . (CIE-10:K04.6/K06.7)
- Periodontitis Apical Originada en la Pulpa. (CIE-10:K 04.4)
- Posible Pérdida de Órgano Dental. (CIE-10:23.01)
- Lesiones Endoperiodontales.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA.

➢ Odontología general.
- A especialidad de Endodoncia.

➢ Endodoncia.
- A Odontología general, para obturación.
- A especialidad de Periodoncia, en caso de lesiones periodontales

X. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la patológica.

XI. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Control radiográfico cada (3-6) meses durante el primer año, en los casos requeridos.
- Retratamiento en caso de subobturación, sobreobturación y desobturación de cemento provisional (Si el procedimiento ha sido realizado en el ISSS), exponiendo cavidad por más de un mes y otras molestias.

XII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

1. Tratamiento odontológico.
2. Educación en Salud Oral.
3. Higiene dental.
4. Profilaxis
5. Flúorinización.

I. DEFINICIÓN.

Es la exposición pulpar, pudiendo ser traumática y no traumática que es la ulceración crónica de la pulpa expuesta.

II. ETIOLOGÍA.

- Accidental (automovilísticas, escolares y otros).
- Exposición de la pulpa por procesos cariosos.

III. CLASIFICACIÓN.

A. Traumática.
B. No traumática.

IV. 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.

V. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- Clínico:
- Radiográfico.

- Diagnóstico Diferencial:
- Hiperplasia Pulpar. (CIE-10:K04.0)
- Pólipo Pulpar. (CIE-10:K04.0)

VI. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiográfico periapical.

VII. TRATAMIENTO.

a) En la pulpitis ulcerosa traumática, se procederá a una protección directa. Si el diente no completó su formación apical, la pulpotomía es lo indicado y en caso de que la raíz está formada se realizará la Pulpectomía, dependiendo de La evaluación del caso.

b) En la pulpitis ulcerosa no traumática o crónica, lo indicado es la pulpectomía.

- Odontológico general.

_ Traumática:

- Enjuague bucal (con clorhexidina al 0.12% en el consultorio).
- Administración de anestesia.
- Aislado absoluto o relativo.
- Limpieza de la cavidad con clorhexidina al 0.12% u otros.
- Protección directa (hidróxido de calcio).
- Obturación provisional.
- Observación de 3 a 6 meses.

_ No traumática:

- Enjuague bucal (con clorhexidina al 0.12% en el consultorio).
- Remoción de tejido cariado.
- Obturación provisional.

- **Tratamiento Endodóntico.**

1° Sesión:

a. Consentimiento informado.
b. Lectura radiográfica.
c. Administración de anestesia.
d. Aislado absoluto o relativo.
e. Retiro de obturación provisional.
f. Apertura de cámara.
g. Eliminación de paquete vásculo nervioso.
h. Toma de radiografía.
i. Irrigación de conductos radiculares.
j. Secado de conducto.
k. Medicación intermedia.
l. Obturación provisional.

Nota. En caso de multirradiculares la conductometría se realizará en la segunda sesión.

2° Sesión:

a. Aislado absoluto o relativo.
b. Retiro obturación provisional.

c. Conductometría
d. Preparación biomecánica del conducto radicular.
e. Irrigación de conducto radicular.
f. Secado de conducto radicular.
g. Medicación intermedia.
h. Obturación provisional.

3ª Sesión

a. Aislado absoluto o relativo.
b. Retiro obturación provisional.
c. Preparación biomecánica final del conducto radicular.
d. Conometria (radiografía)
e. Irrigación de conducto radicular.
f. Secado de conducto radicular.
g. Obturación de conducto o conductos radiculares.
h. Control radiográfico (podría hacerse según criterio desde un mes a un año)

Se requerirá de más sesiones en caso de que la pieza esté comprometida periodontalmente, conductos esclerosados, piezas multirradiculares y también se tomará en cuenta la formación del ápice para proceder con apicoformación o no y complicaciones.

➢ **Tratamiento Medicamentoso.**

- Analgésicos en caso de dolor, según el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

VIII. COMPLICACIONES.

- Abscesos Periapicales. (CIE-10:K04.6)
- Periodontitis Apical Originada en la Pulpa. (CIE-10:K 04.4)
- Posible Pérdida de pieza dental.(CIE-10:23.01)

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA.

➢ Odontología general.
- A especialidad de Endodoncia.

➢ Endodoncia.
- A Odontología general, para obturación.
- A especialidad de Periodoncia, en caso de lesiones periodontales.

X. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la patología.

XI. CONTROL Y SEGUIMIENTO

- Control radiográfico cada (3-6) meses durante el primer año, en los casos requeridos.
- Retratamiento en caso de subobturación, sobreobturación y desobturación de cemento provisional (Si el procedimiento ha sido realizado en el ISSS), exponiendo cavidad por más de un mes y otras molestias.

XII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Tratamiento odontológico.
2. Educación en Salud Oral.
3. Higiene dental.
4. Profilaxis.
5. Flúorinización.

PULPITIS HIPERPLASICA O POLIPO PULPAR (CIE-10:K04.0) 13.

A. DEFINICIÓN.

Inflamación crónica de la pulpa joven expuesta a cavidad abierta.

II. ETIOLOGÍA.

- Se produce generalmente en dientes jóvenes.
- Pulpas de resistente vitalidad.
- Agente irritante de baja intensidad y larga duración.

III. CLASIFICACIÓN.

- No se considera para fines normativos.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Sintomatología leve a la exploración con poco sangrado.
- Se presenta sobre todo en molares.
- Destrucción coronaria amplia.

V. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

- Clínico:
- Radiográfico.

VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Pólipo Gingival. (CIE-10:K05).
- Pulpitis Ulcerosa. (CIE-10:K04.9)

VII. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiográfico.

VIII. TRATAMIENTO.

- Odontológico general.

a) Enjuague bucal (Con clorhexidina al 0.12%, en consultorio)
b) Administración de anestesia.
c) Remoción de tejido cariado y pólipo.
d) Obturación provisional.

- **Tratamiento Endodóntico.**

1° Sesión:

a) Consentimiento informado.
b) Lectura radiográfica.
c) Administración de anestesia.
d) Aislado absoluto o relativo.
e) Retiro de obturación provisional.
f) Apertura de cámara.
g) Eliminación de paquete vásculo nervioso.
h) Toma de radiografía.
i) Irrigación de conductos radiculares.
j) Secado de conducto.
k) Medicación intermedia.
l) Obturación provisional.

Nota. En caso de multirradiculares la conductometría se realizará en la segunda sesión.

2° Sesión:

a) Aislado absoluto o relativo.
b) Retiro obturación provisional.
c) Conductometría
d) Preparación biomecánica del conducto radicular.
e) Irrigación de conducto radicular.
f) Secado de conducto radicular.
g) Medicación intermedia.
h) Obturación provisional.

3ª Sesión

a) Aislado absoluto o relativo.
b) Retiro obturación provisional.
c) Preparación biomecánica final del conducto radicular.
d) Conometria (radiografía)
e) Irrigación de conducto radicular.
f) Secado de conducto radicular.
g) Obturación de conducto o conductos radiculares.
h) Control radiográfico (podría hacerse según criterio desde un mes a un año)

Se requerirá de más sesiones en caso de que la pieza esté comprometida periodontalmente, conductos esclerosados, piezas multirradiculares y también se tomará en cuenta la formación del ápice para proceder con apicoformación o no y complicaciones.

- Tratamiento Medicamentoso.
  - En caso de dolor, analgésicos, según Listado Oficial de Medicamentos.

IX. COMPLICACIONES.

- Abscesos Periapicales. . (CIE-10:K04.6)
- Periodontitis Apical Aguda. (CIE-10:K04.4)
- Posible Pérdida de Órgano Dental. (CIE-10:23.01)

X. CRITERIOS DE REFERENCIA.

- Odontología general.
  - A especialidad de Endodoncia.

- Endodoncia.
  - A Odontología general, para obturación.
  - A especialidad de Periodoncia, en caso de lesiones periodontales.

XI. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la patología.

XII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Control radiográfico cada (3-6) meses durante el primer año, en los casos requeridos.
- Retratamiento en caso de subobturación, sobreobturación y desobturación de cemento provisional (Si el procedimiento ha sido realizado en el ISSS), exponiendo cavidad por más de un mes y otras molestias.

XIII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Tratamiento odontológico.
2. Educación en Salud Oral.
3. Higiene dental.
4. Profilaxis.
5. Flúorinización.

REABSORCIÓN DENTINARIA INTERNA (CIE-10:K03.3) 14.

I. DEFINICIÓN.

Es la reabsorción de la dentina a nivel de cámara y conducto radicular producida al parecer por dentinoclastos, llamada también mancha rosada, pólipo pulpar o granuloma interno de la pulpa.

II. ETIOLOGÍA.

- Desconocida.

III. CLASIFICACIÓN.

- No se considera para fines normativos.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Aparece en cámara y conducto radicular.
- Coloración rosada cuando está en cámara.
- Radiográficamente tiene la forma de foco al estar en conducto.
- Dolor ocasional.
- Hallazgos casuales en radiografías.

V. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

➢ Clínico:
- Radiográfico.

➢ Diagnóstico Diferencial:
- No existe.

VI. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiográfico periapical.

VII. TRATAMIENTO.

➢ Odontológico general.
- Referir a especialidad de Endodoncia.

➢ Tratamiento Endodóntico.

1° Sesión:

a) Consentimiento informado.
b) Lectura radiográfica.
c) Administración de anestesia.
d) Aislado absoluto o relativo.
e) Retiro de obturación provisional.
f) Apertura de cámara.
g) Eliminación de paquete vásculo nervioso.
h) Toma de radiografía.
i) Irrigación de conductos radiculares.
j) Secado de conducto.
k) Medicación intermedia.
l) Obturación provisional.

Nota. En caso de multirradiculares la conductometría se realizará en la segunda sesión.

2° Sesión:

a) Aislado absoluto o relativo.
b) Retiro obturación provisional.
c) Conductometría
d) Preparación biomecánica del conducto radicular.
e) Irrigación de conducto radicular.
f) Secado de conducto radicular.
g) Medicación intermedia.
h) Obturación provisional.

3ª Sesión

a) Aislado absoluto o relativo.
b) Retiro obturación provisional.
c) Preparación biomecánica final del conducto radicular.
d) Conometria (radiografía)
e) Irrigación de conducto radicular.
f) Secado de conducto radicular.
g) Obturación de conducto o conductos radiculares.
h) Control radiográfico (podría hacerse según criterio desde un mes a un año)

Se requerirá de más sesiones en caso de que la pieza esté comprometida periodontalmente, conductos esclerosados, piezas multirradiculares y también se tomará en cuenta la formación del ápice para proceder con apicoformación o no y complicaciones.

➢ Tratamiento Medicamentoso.

– En caso de dolor, analgésicos, Según Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

VIII. COMPLICACIONES.

- Fracturas dentarias. (CIE-10: S02.5)
- Posible Pérdida de pieza dental. (CIE-10:23.01)

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA/RETORNO.

- A Odontología General para obturación.

X. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la patología.

XI. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Control radiográfico cada 3-6 seis meses durante el primer año, según criterio de especialista.
- Retratamiento en caso de subobturación, sobreobturación y desobturación de cemento provisional (Tratamiento realizado en el ISSS), exponiendo cavidad por más de un mes y otras molestias.

XII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Tratamiento odontológico.
2. Educación en Salud Oral.
3. Higiene dental.
4. Profilaxis.
5. Flúorinización.

I. DEFINICIÓN.

La Periodontitis es una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes, provocada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos, que tiene como resultado la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsas, recesión o ambas.

II. CLASIFICACIÓN.

A. Periodontitis crónica. (CIE-10:K05.3)
- Localizada.
- Generalizada.

B. Periodontitis agresiva.
- Localizada.
- Generalizada.

C. Periodontítis como manifestación sistémica (CIE-10:K05.6)

D. Enfermedades periodontales necrosantes. (CIE-10 K05.5)
- Gingivitis Úlcero Necrosante GUN.
- Periodontítis Ulcerativa Necrosante PUN.

E. Abscesos periodontales. (CIE-10:K05.2).
- Gingivales.
- Periodontales.
- Pericoronarios.

F. Periodontitis asociada a lesiones endodónticas. (CIE-10:K05.2).

G. Malformaciones y lesiones congénitas o adquiridas: (CIE-10:K06.2)
- Factores localizados y relacionados con dientes que predisponen a enfermedades gingivales por placa o periodontitis.
- Malformaciones mucogingivales y lesiones alrededor de los dientes.
- Malformaciones mucogingivales y lesiones en rebordes desdentados.
- Trauma oclusivo.

III. ETIOLOGÍA

- Placa bacteriana, cálculos supragingivales y subgingivales.
- Agentes causales: Porfiromonas gingivales, Prevotella intermedia, Actinobacillus. Actinomycentemcomitans, Campylobacter forsythus, Espiroquetas, Fusubacterium, Nucleatum, Eikenella corrodeus, entre otras.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Sintomático.
- Inflamación gingival.
- Hemorragia gingival.
- Agrandamiento gingival.
- Recesión gingival.
- Bolsas periodontales.
- Movilidad dentaria.
- Pérdida ósea.
- Lesión de furcación.
- Halitosis.
- Sensibilidad.

V. DIAGNÓSTICO.

➢ SIGNOS Y SÍNTOMAS.
  - Los síntomas aparecen cuando se agudizan los signos pudiendo presentar dolor, sensibilidad, infección, entre otros.

➢ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
  - Gingivitis.
  - Abscesos periapicales. (CIE-10: K04.7)
  - Trauma oclusal. (CIE-10: S00.5)
  - Agrandamientos gingivales. (CIE-10: K06.1)
  - Extrusiones dentarias. (CIE-10: K08)
  - Desordenes mucocutáneos.

➢ EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.
  - Radiografía seriada.
  - Histopatológico, si el caso lo requiere.
  - Laboratorio cultivo y antibiograma, si el caso lo requiere.

VI. TRATAMIENTO.

- Higiene dental.
  - Detartraje
  - Profilaxis.
  - Medidas Generales
  - Motivación, educación preventiva y uso de medios adecuados de higiene dental.

- Periodontal.
  - Raspaje y alisado radicular.
  - Curetaje.
  - Cirugías óseas resectivas.
  - Colgajos Por Debridación.
  - Cirugía Periodontal Regenerativa.
  - Cuña Distal o Mesial.

- Uso de Antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios, según lo definido en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

VII. COMPLICACIONES.

- Pérdida dental.
- Absceso periodontal.
- Enfermedades asociadas.
- Quirúrgicas.
  - Hemorragias.
  - Mayor pérdida ósea.
  - Mayor movilidad dentaria.
  - Infección.
  - Sensibilidad dental.

VIII. CRITERIOS DE REFERENCIA /RETORNO

- Higiene dental a Periodoncia.
- Odontólogo general a Periodoncia.
- Endodoncia y Máxilofacial a Periodoncia.
- Periodoncia a Higiene dental, Odontología, endodoncia a Cirugía Máxilofacial o interconsulta a especialidades médicas por enfermedades sistémicas.

IX. INCAPACIDAD.

- De 1 a 3 días, según criterio de especialista, de acuerdo a la intensidad del procedimiento, condición sistémica o actividad laboral que desarrolla. Salvo complicaciones.

X. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la patología.
- Fase de mantenimiento.

XI. CONTROL Y SEGUIMIENTO

- En fase de mantenimiento mensual, trimestral, semestral y anual, dependiendo del caso en particular.

XII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

1. Educación en Salud Oral.
2. Controles periódicos.

I. DEFINICIÓN.

Infección alveolar post exodoncia dentaria causada por la desintegración del coagulo en su alveolo dentario.

II. ETIOLOGÍA.

No determinada ya que se puede presentar aunque se realice una técnica perfecta y una asepsia excelente y cualquiera sea la capacidad del Odontólogo.

III. CLASIFICACIÓN.

- No aplica.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Dolor profundo pulsátil e irradiado.
- Fetidez (halitosis).
- Aumento de dolor a la exploración.
- Malestar general.
- No suele haber supuración.

V. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- Osteomielitis. (CIE-10: K10.2)

VI. EXAMEN COMPLEMENTARIO.

- No aplica.

VII. TRATAMIENTO.

- Curación con bálsamo.
- Antibióticos y analgésicos: Según Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

VIII. COMPLICACIONES.

- Celulitis.

- Infección generalizada.
- Impotencia funcional (Masticación o movimientos de apertura y cierre).
- Trismos.

IX. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

- No Requiere.

X. CRITERIOS DE REFERENCIA.

- Si el caso lo requiere referencia a Cirugía Maxilofacial.

XI. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la Patología.

XII. INCAPACIDAD.

- A criterio del odontólogo de 1 a 3días.

XIII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Se deberá controlar en forma periódica al paciente al tercer día y posteriores controles para dar alta odontología

XIII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

- Educación en Salud Oral.

ABSCESO PERIAPICAL (CIE 10 K04.6 - K04.7) 17.

I. DEFINICIÓN.

Inflamación aguda y supurativa de los tejidos periapicales con acumulación de exudado purulento.

II. ETIOLOGÍA.

Persistencia e intensificación del proceso microbiano.

III. CLASIFICACIÓN.

A. Absceso periapical con fístula (K 04.6).
B. Absceso periapical sin fístula (K 04.7).

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Sintomático agudo.
- Dolor severo, constante y pulsátil.
- Extrusión con movilidad dentaria.
- Acumulación de pus y exudado.
- Cuadro febril.

V. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

- Clínico. (puede haber fístula o inflamación)
- Radiográfico. (zona radiolucida periapical)

VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Patología combinada endoperiodontal.
- Periodontitis apical aguda (PAA).

VII. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiográfico.

VIII. TRATAMIENTO.

➢ Odontológico general.

- Eliminación del agente causal.
- Drenaje a través del diente y/o mucosa intra oral, según el caso.

➢ Tratamiento Endodóntico.

1° Sesión:

a) Consentimiento informado.
b) Lectura radiográfica.
c) Administración de anestesia.
d) Aislado absoluto o relativo.
e) Retiro de obturación provisional.
f) Apertura de cámara.
g) Eliminación de paquete vásculo nervioso.
h) Toma de radiografía.
i) Irrigación de conductos radiculares.
j) Secado de conducto.
k) Medicación intermedia.
l) Obturación provisional.

Nota. En caso de multirradiculares la conductometría se realizará en la segunda sesión.

2° Sesión:

a) Aislado absoluto o relativo.
b) Retiro obturación provisional.
c) Conductometría.
d) Preparación biomecánica del conducto radicular.
e) Irrigación de conducto radicular.
f) Secado de conducto radicular.
g) Medicación intermedia.
h) Obturación provisional.

3ª Sesión:

a) Aislado absoluto o relativo.
b) Retiro obturación provisional.
c) Preparación biomecánica final del conducto radicular.
d) Conometria (radiografía)
e) Irrigación de conducto radicular.
f) Secado de conducto radicular.
g) Obturación de conducto o conductos radiculares.
h) Control radiográfico (podría hacerse según criterio desde un mes a un año)

Nota. Se requerirá de más sesiones en caso de que la pieza esté comprometida periodontalmente, conductos esclerosados, piezas multirradiculares y también se tomará en cuenta la formación del ápice para proceder con apicoformación o no y complicaciones.

- Tratamiento Quirúrgico.
  - Posible curetaje apical.
- Tratamiento Medicamentoso.
  - Antibióticos y Analgésicos, según el listado Oficial de Medicamentos (LOM).

IX. COMPLICACIONES.

- Difusión del absceso.
- Posible pérdida de pieza dental.

X. CRITERIOS DE REFERENCIA/RETORNO.

- A Cirugía Maxilofacial para evaluación de tratamiento de apicectomía.
- Retorno a Endodoncia para control y seguimiento del caso.

XI. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la patología.

XII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Control radiográfico cada seis meses durante el primer año, según el caso.
- Retratamiento en caso de subobturación, sobreobturación y desobturación de cemento provisional (Tratamiento realizado en el ISSS), exponiendo cavidad por más de un mes y otra sintomatología.

XIII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

- Educación en Salud Oral.

I. DEFINICIÓN.

Se denominan impactados e incluidos, de acuerdo a la probable causa de que la erupción normal del tercer molar inferior no se realizó, por lo tanto quedan dentro del hueso o subgingivales (época cronológica: a partir de los 18 años hacia delante).

II. ETIOLOGÍA.

- Falta de espacio.
- Extracciones prematuras.
- Falta de desarrollo adecuado de los maxilares.
- Malformaciones.
- Síndromes congénitos.

III. CLASIFICACIÓN.

Según Winter y de acuerdo a la posición del eje mayor del tercer molar con relación al eje mayor del segundo molar pueden tener una retención:

- Vertical.
- Mesio angular.
- Disto angular.
- Horizontal.
- Vestíbulo angular.
- Linguo angular.
- Invertida.
- Inusual.

Además se considerará la profundidad de retención dentaria y la morfología radicular.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Asintomático.
- Pueden dar lugar a la formación de quistes y tumores.
- Pueden provocar cefaleas, canicie y caída del cabello, aunque no se comprobó científicamente.
- En erupciones parciales pueden producir severos cuadros inflamatorios agudos (pericoronaritis) e infecciosos (abscesos y flemones).

V. DIAGNÓSTICO.

- Clínico.
- Radiográfico.

➢ **Diagnóstico Diferencial.**

- Odontoma.

VI. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica (privada)
- Radiografía oclusal(privada)

➢ Exámenes de laboratorio en caso necesario:
  - Biometría hemática completa
  - Glicemia.
  - Tiempos de coagulación, sangría y protrombina.

➢ En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con:
  - Examen de orina creatinina y ácido úrico
  - Valoración cardio-respiratoria.

VII. TRATAMIENTO.

Tratamiento odontológico general de acuerdo a criterio clínico antibiótico, antiinflamatorio o analgésicos y se transfiere criterio al especialista.

➢ Tratamiento Medicamentoso.
Se inicia tratamiento con antibióticos especialmente si ha existido un cuadro infeccioso como complicación de la erupción.

➢ Antibióticos:
  - Amoxicilina 500 mg. VO cada 8 horas de 7 a 10 días.
    Amoxicilina + Ácido Clavulánico comprimidos de 125/ 500 mg. VO cada 8 horas de 7 a 10 días.
  - Claritromicina comprimidos de 500 mg. VO cada12 horas de 7 a 10 días.
  - Ciprofloxacina 500 mg. VO cada 12 horas de 7 a 10 días.

➢ Quirúrgico.

Se realiza en un 90% de los casos en forma ambulatoria:

- Consentimiento Informado.
- Ambiente aséptico, quirófano especializado.
- Administración de anestesia local, troncular al nervio dentario inferior con refuerzos a los nervios lingual y bucal largo.
- Incisión de acuerdo a técnica adecuada para levantar amplio colgajo mucoperióstico.
- Osteotomía de la zona que cubre al molar retenido.
- Odontosección si es necesario, retirando primero la corona para luego luxar y extraer la raíz.
- Limpieza del área quirúrgica.
- Lavado.
- Sutura.
- Indicar al paciente morder una gasa por 30 minutos.

VIII. COMPLICACIONES.

- Edema de la región maseterina y submaxilar por cuatro a cinco días de postoperatorio.
- Dolor en la región.
- Trismus.
- Parestesia temporal del labio inferior por 8 a 12 meses.
- Parestesia temporal lingual.
- Hemorragias.
- Problemas infecciosos (alveolitis y abscesos).
- Dehiscencias de sutura.
- Fracturas mandibulares.

IX. CRITERIO DE HOSPITALIZACIÓN.

- En caso de realizarse la extracción simultánea de los cuatro terceros molares retenidos, se deberá realizar la intervención quirúrgica en un centro hospitalario bajo anestesia general.
- Cuando las complicaciones han sido muy severas.
- También en casos de pacientes con problemas sistémicos que requieren de mayor control pre, trans y post-operatorio.

X. CRITERIOS DE REFERENCIA.

- A la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con otras especialidades el caso lo requiere.

XI. CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.

XII. Incapacidad

- Según proceda de 3 a 7 días.

XIII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Educación en salud oral.
- Se deberá controlar en forma periódica al paciente a los 5 días para el correspondiente retiro de puntos y posterior control mensual.

ABSCESO DENTOALVEOLAR (CIE-10: K04.6) 19.

I. DEFINICIÓN.

Inflamación aguda y supurativa de los tejidos periapicales con acumulación de exudado purulento.

II. ETIOLOGÍA.

Persistencia e intensificación del proceso microbiano.

III. CLASIFICACIÓN.

A. Absceso periapical Agudo (CIE-10: K 04.6).
B. Absceso periapical cronico (CIE-10:K04.7).

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Sintomático agudo.
- Dolor severo, constante y pulsátil.
- Extrusión con movilidad dentaria.
- Acumulación de pus y exudado.
- Cuadro febril.

V. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

- Clínico.
- Radiográfico.

VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Patología endoperiodontal.
- Periodontitis Apical Aguda.

VII. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

- Radiográfico.

VIII. TRATAMIENTO.

➢ Odontológico general.

- Eliminación del agente causal.
- Drenaje a través del diente y/o drenaje a través de la mucosa, según el caso.

➢ Tratamiento Endodóntico.

1° Sesión:

a) Consentimiento informado.
b) Lectura radiográfica.
c) Administración de anestesia.
d) Aislado absoluto o relativo.
e) Retiro de obturación provisional.
f) Apertura de cámara.
g) Eliminación de paquete vásculo nervioso.
h) Toma de radiografía.
i) Irrigación de conductos radiculares.
j) Secado de conducto.
k) Medicación intermedia.
l) Obturación provisional.

Nota. En caso de multirradiculares la conductometría se realizará en la segunda sesión.

2° Sesión:

a) Aislado absoluto o relativo.
b) Retiro obturación provisional.
c) Conductometría.
d) Preparación biomecánica del conducto radicular.
e) Irrigación de conducto radicular.
f) Secado de conducto radicular.
g) Medicación intermedia.
h) Obturación provisional.

3ª Sesión

a) Aislado absoluto o relativo.
b) Retiro obturación provisional.
c) Preparación biomecánica final del conducto radicular.
d) Conometria (radiografía)
e) Irrigación de conducto radicular.
f) Secado de conducto radicular.
g) Obturación de conducto o conductos radiculares.
h) Control radiográfico (podría hacerse según criterio desde un mes a un año)

Nota. Se requerirá de más sesiones en caso de que la pieza esté comprometida periodontalmente, conductos esclerosados, piezas multirradiculares y también se tomará en cuenta la formación del ápice para proceder con apicoformación o no y complicaciones.

- Tratamiento Periodontal.
  - Cirugía periodontal.
- Tratamiento Quirúrgico.
  - Posible curetaje apical y/o Apicectomía.
- Tratamiento Medicamentoso.
  - Antibióticos y Analgésicos, según LOM

IX. COMPLICACIONES.

- Difusión del absceso.
- Posible pérdida de la pieza dental.

X. CRITERIOS DE REFERENCIA.

- A Cirugía Maxilofacial para evaluación o tratamiento de Apiceptomía.
- Retorno a Endodoncia/Periodoncia para evaluación y seguimiento.

XI. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la patología

XII. CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Control radiográfico cada seis meses durante el primer año.
- Retratamiento en caso de subobturación, sobreobturación y desobturación de cemento provisional (Tratamiento en el ISSS) exponiendo cavidad por más de un mes y otras molestias.

XIII. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

- Educación en Salud Oral.

I. DEFINICIÓN.

Anomalía de implantación que puede producirse en dientes que según las tablas cronológicas debieron ya haber erupcionado, pero que parcial o totalmente, no lo han hecho.

II. CLASIFICACIÓN.

- No aplica.

III. EPIDEMIOLOGÍA.

- No aplica.

IV. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

Las causas pueden ser variadas, entre las más importantes pueden ser la mal posición de los respectivos gérmenes dentarios, alteraciones en la fuerza eruptiva del diente o un déficit en la fuerza de la misma, la presencia de dientes supernumerarios, la insuficiencia de tamaño del arco, como generalmente sucede en la retención de los terceros molares inferiores. La extracción prematura de dientes primarios es la causa más común de perdida de espacio para la erupción adecuada de los caninos superiores y primeros premolares inferiores.

Aunque en ocasiones, las terceras molares retenidas puedan permanecer asintomáticas durante toda la vida, lo más frecuente es que estas piezas participen en alguno de estos procesos patológicos: pericoronaritis, periodontitis, caries, reabsorción patológica, formación de quistes y neoplasias.

La pericoronaritis es una complicación ocasionada por el proceso eruptivo de la pieza dentaria y es causa de consulta por la retención de terceras molares, lo cual causa dolor A la masticación en la zona, llevando al paciente a evitar la masticación en esa zona y al mismo tiempo se produce la acumulación de restos alimenticios por la dificultad de acceso a la limpieza y el dolor. En algunos casos esto provoca la caries dental.

V. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- No aplica.

VI. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Asintomático.
- Pueden dar lugar a la formación de quistes y tumores.
- En erupciones parciales pueden producir severos cuadros inflamatorios agudos (pericoronaritis) e infecciosos (abscesos y flemones).

➢ EXÁMENES DIAGNÓSTICOS

➢ Radiológicos.
- Toma de radiografía periapical.
- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica (privada)
- Radiografía oclusal(privada)

➢ Exámenes de laboratorio en caso necesario:
- Biometría hemática completa
- Glicemia.
- Tiempos de coagulación, sangría y protrombina.

➢ En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con:
- Examen de orina creatinina y ácido úrico
- Valoración cardio-respiratoria.

VII. TRATAMIENTO.

Debido a que el paciente con esta patología se puede presentar con varios días de evolución y no en forma preventiva para la evaluación respectiva del odontólogo, los casos pueden ser resueltos de diferente forma de acuerdo a la complejidad.

El tratamiento va desde la educación del paciente hasta la extracción de la pieza.

Previo estudio clínico y radiográfico, el odontólogo general realizará la extracción de terceros molares que se encuentren completamente erupcionados.

En los casos agudos se puede realizar la operculectomía o el curetaje de la pieza afectada, previa evaluación del caso con radiografía periapical y elaboración de la referencia a Cirugía Maxilofacial para su extracción.

La medicación debido a proceso infeccioso existente será la definida en el Listado oficial de Medicamentos (LOM).

VIII. INCAPACIDAD.

Por la complejidad del tratamiento, la zona y la cantidad de tejido involucrado, así como las complicaciones del procedimiento quirúrgico, la incapacidad puede ser de 3 a7 días.

IX. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

Cuando se determina que el tratamiento es la extracción y a criterio del Odontólogo general, no se puede efectuar la extracción por no contar con equipo de rayos X, instrumental adecuado o complejidad del procedimiento, se debe referir a Cirugía Maxilofacial.

X. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en Salud Oral
2. Educación del paciente en lo referente a la limpieza frecuente del área afectada con cepillo dental 3 veces por día.

I. DEFINICIÓN

Es el estado patológico degenerativo de la pulpa, que puede evolucionar de forma lenta o rápida hacia la muerte de la misma. Lo que significa la cesación de los procesos metabólicos de este órgano con la consiguiente pérdida de su vitalidad, su estructura, así como de sus defensas naturales.

II. CLASIFICACIÓN.

A. Necrosis aséptica o necrosis por coagulación: se produce porque disminuye o se bloquea totalmente la circulación sanguínea (isquemia).

B. Necrosis séptica o gangrena: se produce a causa de una colonización bacteriana, y está asociada a una buena vascularización y gran cantidad de exudado inflamatorio.
La necrosis aséptica no suele producir dolor al paciente; en el caso de existir dolor, éste proviene de los tejidos periapicales.

III. EPIDEMIOLOGÍA.

- No aplica

IV. ETIOLOGÍA.

A consecuencia de lesiones cariosas con compromiso pulpar directo o indirecto, pudiendo deberse también a traumas de la pieza dentaria o fracturas coronales que comprometen la pulpa dentaria.
Factores de riesgo asociados:
- Traumatismos (causan alteración pulpar)
- Agentes mecánicos, térmicos y químicos

V. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Presencia de caries con aparente compromiso pulpar, evidencia de traumatismo oclusal u antecedentes de traumatismo dental. En casos crónicos cambio de color en la corona y en casos reagudizados dolor espontáneo.

➢ SIGNOS Y SÍNTOMAS.

La necrosis pulpar puede ser asintomática siendo la alteración del color de la corona dental, un indicador de la perdida de vitalidad de la pulpa. En los casos de diagnóstico dudoso la prueba de la preparación de la cavidad (medio mecánico) será de gran ayuda.

Es signo de alarma cuando presenta:

- Dolor a la masticación.
- Dolor a los cambios de temperatura.
- Dolor al inclinar la cabeza.

➢ **EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.**

- Pruebas de vitalidad: Negativo o falso positivo.
- Radiografía periapical: Puede evidenciar una cavidad de caries o restauración sin la debida protección del complejo pulpo dentinario o caries que ha llegado a la pulpa. En algunos casos se puede observar un aumento del espacio del ligamento periodontal o una zona radiolúcida periapical franca.

VI. TRATAMIENTO.

➢ TRATAMIENTO CLINICO.

- Manejo inicial por odontólogo general:
  - Remoción del tejido cariado.
  - Apertura
  - Obturación provisional.
- Endodoncia:
  - Tratamiento de conductos radiculares.
  - Control clínico y radiográfico desde un mes a un año a criterio del profesional.
  - Alta después de su último control.

➢ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

- Odontología general y endodoncia.
  - AINES.
  - Antibióticos.

VII. PROCEDIMIENTOS.

- Apertura.
- Tratamiento pulpar.
- Exodoncia a criterio clínico.

VIII. COMPLICACIONES.

- Absceso periapical.
- Posible pérdida de pieza dental.

IX. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la patología.

X. INCAPACIDAD.

- Se dará o no según criterio del profesional de 1-3 días, salvo complicaciones.

XI. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

Será referida de odontología general a Endodoncia, una vez realizado el tratamiento de conductos radiculares y será retornado a odontología general para su obturación definitiva.

XII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en Salud Oral.
2. Se le explica al paciente tratamiento realizado, que debe mantener una buena higiene oral, evitar masticar alimentos duros con esta pieza dental para evitar fracturas y colocarse la obturación definitiva.
   Nota. La rehabilitación protésica se realizará fuera del ISSS.

PERIODONTITIS APICAL AGUDA (P. A. A.) (CIE-10: K O4.4) 22.

I. DEFINICIÓN.

Es la inflamación aguda del periodonto apical y/o lateral del diente.

II. CLASIFICACIÓN.

A. Periodontitis apical de origen bacteriano.
B. Periodontitis apical de origen traumático.
   i. Mecánicos: fuerzas aplicadas.
   ii. Operatorios: cambios térmicos y químicos.

III. EPIDEMIOLOGÍA

- No aplica

IV. PATOGÉNESIS

- No aplica.

V. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES

- **Periodontitis apical de origen bacteriano**: Los factores predisponerte más influyentes son el número de bacterias en el conducto radicular, la patogenicidad, el diámetro del foramen apical, la aportación de oxígeno y nutrientes sumado a la baja resistencia orgánica encaminan la evolución de una periodontitis apical incipiente a un cuadro agudo.
- **Periodontitis apical de origen traumático**: Debido a restauraciones defectuosas que provocan una sobrecarga oclusal con repercusión en el periodonto apical.

VI. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

- SIGNOS Y SÍNTOMAS.

  Se basa fundamentalmente en manifestaciones de dolor espontáneo de variada intensidad, localizado y que a veces llega a ser pulsátil y exacerbado al toque vertical.

  - **Periodontitis apical de origen bacteriano**: Clínicamente notamos la ausencia de sensibilidad pulpar, la presencia de exudado (edema + células inflamatoria) en la región del periodonto apical que fuerza al diente a extruirse del alveolo, proporcionándole al paciente la sensación de diente crecido, que puede manifestarse por dolor durante la masticación, acompañándose de una leve movilidad dentaria.

- **Periodontitis apical de origen traumático**: Otro diagnóstico de periodontitis apical ocurre en dientes con problemas oclusales. El diagnóstico diferencial se realiza por la positividad durante el examen de sensibilidad pulpar y por la percusión independientemente de la dirección.

➢ **EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.**

- **Radiografía periapical:** Se encontrara normal o un ligero ensanchamiento del ligamento periodontal
- **Pruebas de vitalidad pulpar**: si es de origen traumático su respuesta es positiva y si es de origen bacteriano la respuesta es negativa.

VII. TRATAMIENTO.

➢ TRATAMIENTO CLINICO.

- Manejo por odontólogo general: En las periodontitis de origen bacteriano está indicado realizar apertura, en las periodontitis de origen traumático se debe hacer un ajuste oclusal preliminar.
- Endodoncia. Está indicado el tratamiento de conductos radiculares (TCR)

➢ TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

- Odontología general y endodoncia
- AINES
- Antibióticos.

VIII. INCAPACIDAD.

– Se dará o no según criterio del profesional de 1 a 3 días, salvo complicaciones

IX. REFERENCIA/RETORNO A OTRAS DISCIPLINAS.

– Periodontitis apicales de origen bacteriana: Será referida a endodoncia, una vez realizado el tratamiento de conductos radiculares y será retornado a odontología general para su obturación definitiva.
– Periodontitis apicales de origen traumático puede ser manejado por odontólogo general y/o referido a periodoncia

X. CRITERIOS DE ALTA.

– Resolución de la patología.

XI. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en Salud Oral.
2. En caso de haberse realizado la endodoncia, se le explica al paciente el tratamiento realizado, que debe mantener una buena higiene oral, evitar masticar alimentos duros con esta pieza dental para evitar fracturas y colocarse la obturación definitiva.

ABCESO APICAL AGUDO (A. A. A.) (CIE 10 K 04.4) 23.

I. DEFINICIÓN.

Es una lesión localizada o difusa de licuefacción que destruye los tejidos perirradiculares y es una respuesta inflamatoria grave a los irritantes microbianos de la pulpa necrótica.

II. CLASIFICACIÓN.

- No aplica.

III. EPIDEMIOLOGÍA

- No aplica.

IV. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

Es un estadio avanzado de periodontitis apical aguda en un diente necrótico, que da por resultado una amplia inflamación supurativa, la sincronizada del elevado número de bacterias en dientes con volumen foraminal grande y baja resistencia orgánica.

V. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

➢ SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Rápida instalación de una tumefacción leve a severa; dolor leve a severo, dolor a la percusión y a la palpación y posible movilidad dentaria. En los casos más severos el paciente tiene fiebre.

Desde el punto de vista radiográfico el tejido periapical puede aparecer normal un ligero en ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

➢ EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

- Radiografía periapical: Puede encontrar normal o ligero ensanchamiento del ligamento periodontal o una zona radiolúcida franca.
- Pruebas de vitalidad pulpar: negativo.

VI. TRATAMIENTO.

➢ TRATAMIENTO CLINICO.

- Manejo inicial por odontólogo general:
  - Drenaje.
  - Apertura y neutralización.

- Obturación provisional.
- Referencia a Endodoncia

– Endodoncia:
  - Tratamiento de conductos radiculares y referencia de retorno a odontología general a obturación definitiva.

➢ TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

– AINES.
– Antibiótico.

VII. INCAPACIDAD.

Se dará o no según criterio del profesional de uno 1-3 días, salvo complicaciones.

VIII. REFERENCIA/RETORNO A OTRAS DISCIPLINAS.

Será referida de odontología general a Endodoncia y /o Periodoncia, una vez realizado el tratamiento de conductos radiculares será retornado a odontología general para su obturación definitiva.

XII. CRITERIOS DE ALTA.

– Resolución de la patología.

IX. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

– Educación en Salud Oral
– Se le explica al paciente tratamiento realizado, que debe mantener una buena higiene oral, evitar masticar alimentos duros con esta pieza dental para evitar fracturas y colocarse la obturación definitiva.

PERIODONTITIS APICAL SUPURATIVA (PAS) (CEI -10: K 04 5) 24.

I. DEFINICIÓN.

Acumulo purulento que drena a la superficie. El absceso se escapa a través del hueso y tejido blando para formar una abertura como fístula en la mucosa bucal, o en ocasiones en la piel de la cara. El Absceso Apical Crónico también drena a través del periodonto hacia el surco y puede parecer un absceso periodontal o bolsa.

II. CLASIFICACIÓN.

- No aplica.

III. EPIDEMIOLOGÍA.

- No aplica.

IV. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

Es una pulpa totalmente necrótica que provee un puerto seguro a los microorganismos anaerobios estrictos, Gram negativos y una ausencia de células de defensa. Es el resultado de una lesión de larga estancia que produce el absceso.

V. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

➢ **SIGNOS Y SÍNTOMAS.**

- Como existe drenaje, el Absceso Apical Crónico casi siempre es asintomático, excepto cuando hay cierre ocasional de la fístula que produce dolor.
- Oscurecimiento coronal de un diente sin vitalidad pulpar

➢ **EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.**

- Radiografía periapical: a presencia de una acomodación difusa concéntrica de radiopacidad alrededor de la raíz.
- Pruebas de vitalidad pulpar: Negativa.

VI. TRATAMIENTO.

➢ TRATAMIENTO CLINICO.

- Manejo inicial por odontólogo general:
  - Drenaje.
  - Apertura y neutralización.
  - Obturación provisional.
- Endodoncia:
  - Tratamiento de conductos radiculares.

VII. INCAPACIDAD.

- Se dará o no según criterio del profesional de 1 a 3 días, salvo complicaciones.

VIII. REFERENCIA/RETORNO A OTRAS DISCIPLINAS.

- Será referida de odontología general a endodoncia, una vez realizado el tratamiento de conductos radiculares y será retornado a odontología general para su obturación definitiva.

XIII. CRITERIOS DE ALTA.

- Resolución de la patología.

IX. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

1. Educación en Salud Oral
2. Se explica al paciente tratamiento realizado, que debe mantener una buena higiene oral, evitar masticar alimentos duros con esta pieza dental para evitar fracturas y colocarse la obturación definitiva.

   Nota. La restauración protésica será realizad fuera del ISSS.

I. DEFINICIÓN.

Es una variante de la periodontitis apical crónica, se presenta un aumento en el hueso trabecular en respuesta a la irritación persistente. Esta lesión casi siempre se encuentra alrededor de los ápices de las piezas dentarias.

II. CLASIFICACIÓN.

- No aplica.

III. EPIDEMIOLOGÍA.

Esta patología se observa con mayor frecuencia en personas jóvenes alrededor de los ápices de dientes mandibulares con caries extensas, grandes restauraciones; y pulpas vitales crónicamente inflamadas, o necróticas.

IV. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTE.

Se origina con una oclusión traumática llevando a la muerte pulpar.

V. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La osteítis condensante puede manifestarse con síntomas y signos diversos debido a que se relaciona con una gran variedad de lesiones pulpo periapicales.

- SIGNOS Y SÍNTOMAS.
  La osteítis condensante puede ser asintomática o asociada con el dolor.
  Según la intensidad de la causa que la provoca puede ser asintomática, o estar asociada a una historia de dolor y molestias.

- EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.
  Con frecuencia se trata de una lesión asintomática que se descubre en exámenes radiográficos rutinarios. Según el grado de afectación pulpar las pruebas de vitalidad podrán ser normales, aumentadas o negativas (en casos de necrosis pulpar)

  - Radiografía periapical: Se observa la presencia de una acomodación difusa concéntrica de radiopacidad alrededor de la raíz, que es su signo patognomónico.
  - Pruebas de vitalidad: positiva si está relacionada a pulpitis y negativa si está relacionada a necrosis.

VI. TRATAMIENTO.

➢ TRATAMIENTO CLINICO.

Dependiendo de la causa de la patología se debe seguir un protocolo de tratamiento, basado en los signos y síntomas del paciente. Si es asintomática y benigna no requiere tratamiento de conductos.

El tratamiento endodóncico puede producir la recuperación de la trabeculación ósea normal, con desaparición de la zona radiopaca.

Manejo inicial por odontólogo general:

En pacientes sintomáticos:

- Apertura y neutralización
- Obturación provisional

En endodoncia:

- Tratamiento de conductos radiculares
- Control clínico y radiográfico de uno a tres meses en casos que amerite control a un año.
- Alta después de su último control

➢ TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

- Odontología general y endodoncia.
- AINES.
- Antibióticos.

VII. INCAPACIDAD.

– Se dará o no según criterio del profesional de uno 1 a 3 días, salvo complicaciones.

VIII. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

– Será referida de odontología general a endodoncia, una vez realizado el tratamiento de conductos radiculares será retornado a odontología general para su obturación definitiva.

XIV. CRITERIOS DE ALTA.

– Resolución de la patología.

IX. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en Salud Oral
2. Se explica al paciente tratamiento realizado, que debe mantener una buena higiene oral, evitar masticar alimentos duros con esta pieza dental para evitar fracturas y colocarse la obturación definitiva.

PERIODONTITIS ASOCIADA CON LESIONES ENDODÓNTICAS (CIE 10 K 04.7). 26.

I. DEFINICIÓN.

Son áreas localizadas y circunscritas de infección originándose en tejido periodontal y/o pulpar.

II. CLASIFICACIÓN.

LESIONES PRIMARIAMENTE ENDODONTICAS CON COMPROMISO PERIODONTAL SECUNDARIO.
LESIONES PRIMARIAMENTE PERIODONTALES CON COMPROMISO ENDODÓNTICO SECUNDARIO.
LESIONES ENDOPERIODONTALES COMBINADAS VERDADERAS.

A. LESIONES PRIMARIAMENTE ENDODONTICAS CON COMPROMISO PERIODONTAL SECUNDARIO

I. DEFINICIÓN.

Son las infecciones que pueden tener origen endodóntico primario y que llegan al ligamento periodontal a través del foramen apical.

II. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

- Necrosis pulpar, la cual precede a los cambios periodontales.
- Caries.
- Trauma oclusal.
- Existencia o no de placa o cálculo dental.

III. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

➢ SIGNOS Y SINTOMAS.
- Puede o no existir dolor.
- Movilidad dentaria.
- Sensibilidad a la percusión horizontal y vertical.
- Presencia de placa o cálculo.
- Fístula.
- Bolsa periodontal.
- Edema localizado.
- El problema periodontal es bien localizado.

➢ EXÁMENES DIAGNOSTICOS.
- Usando el Pulpovitalómetro, esperamos una respuesta negativa

- Radiográficamente se observa zona radiolúcida a nivel lateral, apical o de furca.

IV. TRATAMIENTO.

➢ CLINICO:

- Odontología general.
  - Apertura y neutralización.
  - Obturación provisional.
  - Obturación definitiva, una vez finalizado el tratamiento de conductos radiculares.
- Endodoncia.
  - Tratamiento de Conductos Radiculares
- Periodoncia.
  - Alisado Radicular
  - Cirugía Periodontal

Nota. Se referirá a higiene dental, si fuere el caso.

➢ FARMACOLÓGICO:

- Odontología general, endodoncia y periodoncia, según LOM.

V. INCAPACIDAD.

- De 1 a 3 días dependiendo de los síntomas.

VI. REFERENCIA/RETORNO A OTRAS DISCIPLINAS.

➢ Odontología general.
  - A Endodoncia y Periodoncia.

➢ Periodoncia.
  - A Endodoncia.

➢ Endodoncia.
  - A Odontología General para su respectiva restauración.
  - A Periodoncia.

VII. EDUCACION Y PREVENCION.

➢ Higiene dental.
  - Se instruye al paciente en las técnicas correctas de higiene bucal.

➢ Odontología general.
  - Se le explica al paciente los procedimientos realizados y la forma como conservar la integridad de la pieza tratada.

- Periodoncia.
  - Explicar situación y pronóstico de pieza tratada y la importancia del tratamiento de mantenimiento.
- Endodoncia.
  - Se le explica al paciente el tratamiento realizado y la importancia de su pronta rehabilitación protésica fuera del ISSS.
  - Evitar masticar alimentos duros con esa pieza para evitar fracturas.
  - Mejorar y conservar una higiene dental adecuada.

B. LESIONES PRIMARIAMENTE PERIODONTALES CON COMPROMISO ENDODONTICO SECUNDARIO.

I. DEFINICION.

Enfermedad de origen periodontal con compromiso pulpar por la extensión de la misma.

II. ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES.

Una infección bacteriana de una bolsa periodontal que lleva a una necrosis pulpar. Mala higiene oral, compromiso sistémico, mal posición dentaria.

III. CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

- **SIGNOS Y SINTOMAS.**
  - Puede haber dolor agudo posterior a un tratamiento periodontal
  - Movilidad dentaria
  - Sensibilidad a la percusión vertical
  - Presencia de placa o cálculo dental
  - Bolsa periodontal
  - Edema localizado
  - El problema periodontal puede ser generalizado.

- **EXÁMENES DIAGNOSTICOS.**
  - Radiográficamente se encuentra pérdida ósea, lesiones de furca, ensanchamiento del espacio periodontal. Se observa zona radiolúcida a nivel lateral, apical y/o de furca.
  - Usando el pulpovitalómetro, se espera una respuesta positiva

IV. TRATAMIENTO.

- **CLINICO.**
  - Higiene dental.
  - Detartraje.

- Profilaxis.

– Odontología general.
  - Eliminación de caries.
  - Apertura y neutralización.

Nota. Es importante considerar la capacidad para determinar la independencia de las dos lesiones en cualquier diente o área, en la secuencia del tratamiento.

– Periodoncia.
  - Curetaje de la zona.
  - Alisado Radicular.
  - Cirugía periodontal.

– Endodoncia
  - Tratamiento de Conductos Radiculares.

➢ **FARMACOLÓGICO.**

➢ Odontología general, Endodoncia y periodoncia, según (LOM).

V. INCAPACIDAD.

– De 1 a 3 días, dependiendo de los síntomas.

VI. REFERENCIA /RETORNO A OTRAS DISCIPLINAS.

➢ Higiene dental.
  - A Odontología General
  - A Periodoncia

➢ Odontología general.
  - A Periodoncia
  - A Endodoncia

➢ Periodoncia.
  - A Endodoncia
  - A Odontología General
  - A Higiene Dental

➢ Endodoncia
  - A Periodoncia.
  - A Odontología General

VII. EDUCACION Y PREVENCION

➢ Higiene dental.

- Se instruye al paciente en la técnicas correctas de higiene bucal

➢ Odontología general.
  - Se le explica al paciente los procedimientos realizados y la forma como conservar la integridad de la pieza tratada.

➢ Periodoncia.
  - Explicar situación y pronóstico de pieza tratada y la importancia del tratamiento de mantención.

➢ Endodoncia.
  - Se le explica al paciente el tratamiento realizado y la importancia de su pronta rehabilitación.
  - Evitar masticar alimentos duros con esa pieza para evitar fracturas.
  - Mejorar y conservar una higiene dental adecuada.

C. LESIONES ENDOPERIODONTALES COMBINADAS VERDADERAS

I. DEFINICION.

Son aquellas infecciones que pueden tener origen endodóntico primario y que llegan a ligamento periodontal a través del foramen apical o de los canales laterales accesorios. O lo contrario, cuando una lesión de origen periodontal migra apicalmente y llega a la pulpa a través de las mismas vías.

II. ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES.

La lesión combinada verdadera es producto de la evolución y extensión de una lesión endodóntica hacia una lesión periodontal existente (bolsa). Entre los factores predisponentes están:

- Mala higiene oral (presencia de placa, cálculo a aspereza radicular).
- Compromiso sistémico.
- Mal posición dentaria.
- Oclusión traumática.
- Caries.
- Impacto alimenticio.
- Obturaciones desadaptadas.

III. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

➢ **SIGNOS Y SINTOMAS.**
  - Aumento de la profundidad de la bolsa adyacente a la superficie radicular.
  - Mucosa inflamada y hemorragia al sondeo.
  - Presencia de fístula y supuración.

- Puede haber dolor agudo posterior a un tratamiento periodontal.
- Movilidad dentaria.
- Sensibilidad a la percusión vertical y horizontal.
- Presencia de placa o cálculo.
- Puede haber inflamación facial y celulitis.
- Abfracción.
- Dolor en el área.
- Edema localizado.
- Caries extensa, obturaciones con caries secundarias, cavidades expuestas.
- Decoloración.
- El problema periodontal puede ser generalizado.

➢ **EXÁMENES DIAGNOSTICOS.**

– Radiográficamente se observa zona radiolúcida a nivel lateral, apical o de furca.

IV. TRATAMIENTO.

➢ **CLINICO.**

➢ **Higiene dental.**
- Detartraje.
- Profilaxis.

➢ **Odontología general.**
- Eliminación de caries
- Apertura y neutralización
- Extracción

➢ **Periodoncia.**
- Curetaje de la zona
- Alisado radicular
- Cirugía periodontal

➢ **Endodoncia.**
- Tratamiento de conductos Radiculares

➢ **FARMACOLOGICO.**

➢ **Odontología general, endodoncia y Periodoncia, según LOM**

V. INCAPACIDAD.

– De 1 a 3 días, dependiendo de los síntomas.

VI. REFERENCIA/RETORNO A OTRAS DISCIPLINAS.

- **Higiene dental.**
  - Odontología General
  - Periodoncia
- **Odontología general.**
  - A Higiene Dental
  - A Periodoncia
  - A Endodoncia
- **Periodoncia.**
  - A Endodoncia
  - A Higiene Dental
- **Endodoncia.**
  - A Periodoncia
  - A Higiene Dental
  - A Odontología General

VI. EDUCACION Y PREVENCION

- **Higiene dental.**
  - Se instruye al paciente en la técnicas correctas de higiene bucal
- **Odontología general.**
  - Se le explica al paciente los procedimientos realizados y la forma como conservar la integridad de la pieza tratada.
- **Periodoncia.**
  - Explicar situación y pronóstico de pieza tratada y la importancia del tratamiento de mantenimiento.
- **Endodoncia.**
  - Se le explica al paciente el tratamiento realizado y la importancia de su pronta rehabilitación.

I. DEFINICIÓN.

Es una enfermedad inflamatoria de la encía marginal, que puede ser localizada o generalizada que se manifiesta principalmente por presencia de placa bacteriana por falta de higiene y menos frecuente por otros trastornos fisiológicos.

II. CLASIFICACIÓN.

A. **Enfermedades Gingivales Inducidas por Placa Bacteriana.**

- Gingivitis relacionadas solo con la placa bacteriana.
- Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos.
  - Relacionadas con factores endocrinos (pubertad, embarazo diabetes mellitus y otros).
  - Relacionadas con discrasias sanguíneas (leucemia y otras).
- Enfermedades gingivales modificadas por fármacos.
  - Agrandamiento gingival determinado por fármacos.
  - Gingivitis influida por fármacos (anticonceptivo y otros).
- Enfermedades gingivales modificadas por mal nutrición.
  - Gingivitis por deficiencia de ácido ascórbico.
  - Otras.

B. **Lesiones Gingivales no Inducidas por Placa Bacteriana**

- Enfermedades Gingivales de origen bacteriano, específico.
- Enfermedades Gingivales de origen viral.
- Enfermedades Gingivales de origen micótico (candidiasis gingival, eritema gingival lineal, histoplasmosis, otras).
- Lesiones Gingivales de origen genético (Fibromatosis gingival hereditaria y otros).
- Manifestaciones gingivales por enfermedades sistémicas (Lesiones mucocutaneas como el Liquen plano y otras).
- Reacciones alérgicas.
  - Materiales de restauración dental como mercurio, níquel, acrílico, otros.
  - Reacciones que se atribuyen a pastas dentales, enjuagues bucales, componentes de gomas de mascar, alimentos y aditivos.
- Lesiones traumáticas (artificiales o accidentales)
  - Lesiones químicas.
  - Lesiones físicas.
  - Lesiones térmicas.
- Reacciones a cuerpos extraños.
- No especificadas.

III. EPIDEMIOLOGÍA.

Es la segunda causa de consulta de Odontología General en un 16 %, la cual se incrementa en mujeres gestantes.

IV. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES

- Placa Bacteriana.
- Factores etiológicos locales.
- Factores etiológicos sistémicos: Estados sistémicos que afectan en forma adversa al tejido gingival.
- Agentes patológicos (Actynomices viscosus, Streptococus sanguis, Prevotella intermedia, Capnocytophaga, Fusubacterium nucleatum, Porphyromonas gingivales).
- Respiradores bucales.
- Hábitos.
- Alteraciones hormonales.
- Otros factores locales y sistémicos.

V. LOCALIZACIÓN.

Encía marginal e interdentaria. En ocasiones se presenta en áreas de erupción dentaria (gingivitis de erupción).

VI. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- Aumento del fluido crevicular o gingival.
- Sangrado provocado o espontáneo.
- Eritema, cambio del tono de color de la encía a rojo azulado o violáceo.
- Textura lisa.
- Edema, aumento progresivo del volumen.
- Alteración en el contorno de la encía que se vuelve irregular.

VII. DIAGNÓSTICO.

- Clínico y sondeo periodontal.

➢ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

- Hiperplasia gingival. (CIE-10:K11.1)
- Bolsas gingivales falsas. (CIE-10:K11.1)
- Hipertrofia gingival. (CIE-10:K08.8)
- Mal posición dentaria o maloclusión dentaria .(CIE-10:K07.4)

- Absceso gingival. (CIE-10:K05.2)
- Periodontítis. (CIE-10: K 05.0)

➢ **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

- Histopatológico, si el caso lo requiere.

VIII. TRATAMIENTO.

➢ HIGIENE DENTAL.
- Enseñanza de la técnica correcta de cepillado dental y uso de seda dental.
- Si es necesario se realizarán tinciones con fucsina para determinar la presencia de placa dentobacteriana.
- Detartraje y profilaxis.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL.
- Corrección de factores que facilitan la acumulación de placa como son márgenes de obturaciones desbordantes, contactos abiertos, caries (principalmente clase II y V) y mal posición dental.
- Cambios de obturaciones mal adaptadas.
- Exodoncias de restos radiculares y de piezas con movilidad por proceso de exfoliación.

➢ PERIODONCIA.
- En caso de no ceder referirlo a periodoncia.

➢ MEDIDAS.

- Generales.
  - Motivación.
  - Educación preventiva, uso de cepillo dental, adecuadas técnicas de cepillado dental y elementos complementarios, uso de hilo dental (y otros utensilios de higiene).
- Específicas.
  - Uso de antimicrobianos.
  - Uso de colutorios antisépticos.
- Quirúrgicas. En caso de que no cedan:
  - Curetaje.
  - Gingivoplastías.

IX. COMPLICACIONES.

- Abscesos gingivales.
- Periodontitis.
- Gingivitis Ulcero Necrotizante (GUN).
- Periodontitis Ulcero Necrotizante (PUN).

➢ Quirúrgicas:
- Hemorragias.

- Recesiones gingivales.
- Recidivas.
- Cicatrizaciones por segunda intención.
- Hipersensibilidad Dentaria. (CIE-10:R20.8)

X. PROCEDIMIENTOS

- HIGIENISTA DENTAL.
  - Detartraje y Profilaxis.
- ODONTOLOGIA GENERAL.
  - Obturaciones desbordantes, mal adaptadas y por falta de contactos,
  - Exodoncias de restos radiculares y de piezas dentales.
- PERIODONCIA.
  - Curetaje.
  - Gingivoplastías.

XI. REFERENCIA/RETORNO.

- Higiene Dental A Odontología General, Periodoncia.
- Odontología General A Higiene Dental Y Periodoncia.
- Periodoncia A Odontología General E Higiene Dental.
- Interconsulta Con Médico Tratante del Paciente, cuando se encuentre comprometido sistémicamente o en casos que lo ameriten según criterio del profesional.
- Exámenes de laboratorio si amerita.

XII. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- No aplica.

XIII. CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.
- Tratamiento de mantenimiento de acuerdo al grado de gingivitis o tipo de la misma.

XIV. CONTROL Y SEGUIMIENTO

- Remitir a fase preventiva del tratamiento odontológico.
- Control trimestral.

XV. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

En caso de infantes:

1. Educación al responsable del niño e instrucción de higiene bucal.
2. Cuidados de la salud bucal y sobre tratamiento oportuno de patologías.
3. Motivación a los padres o el responsable del niño de acuerdo a la enfermedad.

GINGIVITIS ASOCIADA UNICAMENTE A PLACA BACTERIANA (CIE 10:KO5.1) 28.

I. DEFINICIÓN.

Es la gingivitis que se caracteriza por la presencia de placa bacteriana acumulada por deficiente higiene oral.

II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Es predominantemente clínico:

- Agrandamiento del contorno gingival.
- Cambios en el color, entre rojo y rojo-azuloso.
- Hemorragia espontánea o al sondaje.
- Eritema y aumento del exudado gingival.

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

- Sondaje.

III. TRATAMIENTO.

A. CLINICO:

➢ HIGIENE DENTAL.
- Detartraje. (CIE-10: 96.54.1)
- Profilaxis. (CIE-10: 96.54.4)

➢ PERIODONCIA.
- Raspaje y Alisado Radicular. (CIE-10: 96.54.1)

Nota. Se realizará a pacientes que habiendo pasado en higiene dental, aún persistan con los síntomas y signos de gingivitis.

B. FARMACOLOGICO:

➢ ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA, según lo definido en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

IV. INCAPACIDAD.

- No amerita

V. REFERENCIA/RETORNO.

- HIGIENE DENTAL
  - Periodoncia.
- ODONTOLOGIA GENERAL
  - A Higiene dental y Periodoncia, en casos que no ceden.
- PERIODONCIA.
  - A Higiene dental.

VI. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

- HIGIENE DENTAL.

1. En primera cita deberá enseñar técnicas correctas de cepillado dental y uso de seda dental.
2. Se realizarán tinciones con fucsina para determinar la presencia de placa dentobacteriana.

- ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.

1. Informar al paciente de la importancia de conservar una buena salud oral.
2. Hacer énfasis en la importancia de sus citas periódicas con su odontólogo e higienista dental.

I. DEFINICIÓN.

La respuesta de los tejidos periodontales es modulada en algún momento por las hormonas sexuales (andrógeno, estrógeno, progesterona). Su concentración potencializa los signos clínicos de una patología pre-existente.

II. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

Es un cambio en la respuesta inflamatoria gingival relacionada al uso de agentes anticonceptivos, embarazo, ciclo menstrual, menopausia y placa dental Los cambios se han presentado con mayor frecuencia en mujeres pre menopáusicas; el proceso desaparece con la disminución de la placa bacteriana a un nivel óptimo.

III. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Son los mismos signos y síntomas de la Gingivitis, pero en pacientes embarazadas, pre-menopáusica y pacientes con su ciclo menstrual o usando anticonceptivos.

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

Sondeo para descartar periodontitis.

IV. TRATAMIENTO.

C. CLINICO:

- HIGIENE DENTAL.
  - Detartraje. (CIE-10: 96.54.1)
  - Profilaxis. (CIE-10: 96.54.4)
- ODONTOLOGÍA GENERAL.
  - Obturaciones desbordantes, mal adaptadas y por falta de contactos,
  - Exodoncias de restos radiculares y de piezas dentales.

- PERIODONCIA.
  - Raspaje y Alisado Radicular. (CIE-10: 96.54.1)

  Nota. Se realizará a pacientes que habiendo pasado en Higiene Dental, aún persistan con los síntomas y signos de gingivitis.

D. FARMACOLOGICO:

Odontologia general y periodoncia, según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

V. INCAPACIDAD.

- No aplica.

VI. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

➢ HIGIENE DENTAL.
- A Odontología General.
- A Periodoncia.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL.
- A Higiene Dental.
- A Periodoncia.
- A médico general.

➢ PERIODONCIA.
- A Higiene Dental.
- Odontología general.
- Medicina General o Ginecólogo, Si fuese una paciente con embarazo de alto riesgo, alteración hormonal y sistémica agregada.

VII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

➢ HIGIENE DENTAL.
1. Enseñanza correcta del cepillado dental y uso de seda dental.
2. Hacer énfasis en los controles odontológicos antes y durante el embarazo.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.
1. Informar al paciente de la relación que puede haber entre enfermedad periodontal, partos prematuros y niños de bajo peso al nacer.
2. Hacer énfasis en los controles odontológicos antes y durante el embarazo.

GINGIVITIS ASOCIADA A DIABETES MELLITUS (CIE 10: KO5.1) 30.

I. DEFINICIÓN.

Se refiere a la respuesta inflamatoria gingival que es agravada por el pobre control metabólico de los niveles de glucosa plasmática.

II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

- Las características clínicas son las mismas de la Gingivitis inducida por placa bacteriana. La severidad de la enfermedad gingival aumenta si no hay un buen control tanto de la enfermedad sistémica como de la placa bacteriana.

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

- Glucosa en sangre.

III. TRATAMIENTO.

A. CLINICO:

➢ HIGIENE DENTAL

- Detartraje. (CIE-10: 96.54.1)
- Profilaxis. (CIE-10: 96.54.4)

➢ ODONTOLOGIA GENERAL

- Obturaciones desbordantes, mal adaptadas y por falta de contactos,
- Exodoncias de restos radiculares y de piezas dentales.

➢ PERIODONCIA.

- Raspaje y alisado radicular.

Nota, Los niveles de glucosa aceptables para someterse a procedimientos dentales quirúrgicos en pacientes diabéticos son de 160 mg/dl.

B. FARMACOLOGICO.

- Odontologia general y periodoncia, según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

IV. INCAPACIDAD.

- No amerita.

V. REFERENCIA Y RETORNO.

➢ HIGIENE DENTAL.
- A Odontología General y/o Periodoncia.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL.
- Medicina, Periodoncia y/o Higiene Dental, según lo amerite cada paciente

➢ PERIODONCIA.
- Medicina, Odontología general y/o Higiene Dental, según lo amerite cada paciente

VI. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

➢ HIGIENE DENTAL.

1. Enseñanza correcta del cepillado dental y uso de seda dental.
2. Si es necesario se realizarán tinciones con fucsina para determinar la presencia de placa dentobacteriana.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.

3. Informar al paciente de la relación o repercusiones que pueda tener la enfermedad periodontal con la diabetes y otras enfermedades sistémicas.

GINGIVITIS Y PERIODONTITIS ASOCIADA A LEUCEMIA (CIE 10:KO5.1) 31.

I. DEFINICIÓN.

Respuesta inflamatoria exagerada a la presencia de placa bacteriana que se manifiesta con abundante hemorragia y agrandamiento gingival subsecuentes a leucemia. La leucemia es un trastorno hematológico maligno y progresivo que se caracteriza por proliferación anormal y desarrollo de leucocitos y precursores de leucocitos en sangre y médula ósea.

II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Las manifestaciones orales se dan con más frecuencia en la etapa aguda:

- Petequias.
- Úlceras de la mucosa y encía.
- Inflamación y agrandamiento gingival.
- Hemorragia.

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

- Hemograma completo más plaquetas.
- Tiempo de sangramiento.
- Tiempo parcial de tromboplastina.
- Tiempo de protrombina.

III. TRATAMIENTO.

A. CLINICO:

➢ HIGIENE DENTAL.
- Referencia a Odontología General o Periodoncia.

➢ ODONTOLOGÍA GENERAL.
- Referencia a Periodoncia.

➢ PERIODONCIA.
- Raspaje y Alisado radicular (CIE-10: 96.54.1).

Nota. Previo a cualquier tratamiento odontológico debe hacer la interconsulta con médico tratante.

El tratamiento está contraindicado en la fase aguda de la enfermedad, solamente se tratarán las emergencias periodontales, como podrían ser:

– Hemorragia gingival persistente.
  - Eliminar cualquier factor etiológico, evitando daño gingival.
  - Colocar una gasa con vitamina K en puntos sangrantes y hacer presión por 15 o 20 minutos. Se debe esperar que cese completamente el sangrado.

- Absceso gingival o periodontal.
  - Drenaje del absceso.

B. FARMACOLÓGICO, según lo definido en el listado oficial de Medicamentos (LOM).

IV. INCAPACIDAD.

- De 1 a 3 días en caso de emergencia aguda.

V. REFERENCIA /RETORNO

➢ HIGIENE DENTAL.
  - A Odontología General o Periodoncia.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL.
  - A Periodoncia y Médico tratante.

➢ PERIODONCIA.
  - A Médico tratante.

Nota. Higiene dental no deberá realizar procedimiento alguno.

VI. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

➢ HIGIENE DENTAL.

1. Enseñanza correcta del cepillado dental y uso de seda dental.
2. Si es necesario se realizarán tinciones con fucsina para determinar la presencia de placa dentobacteriana.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.

3. Informar al paciente de la necesidad de establecer un plan de tratamiento completo en coordinación con su médico tratante, odontólogo general, etc.

GINGIVITIS MEDICAMENTOSA (CIE 10:K05.1) 32.

I. DEFINICIÓN.

El Agrandamiento Gingival es una hiperplasia asociada al uso de medicamentos que puede crear trastornos de fonación, masticación, erupción dentaria y estéticos.
La proliferación inicia como un agrandamiento circular de las papilas interdentales y se extiende hacia los márgenes gingivales vestibulares y linguales, conforme la lesión avanza puede cubrir las superficies oclusales. Se observa más en las zonas anteriores superior e inferior y donde hay dientes.

II. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

La respuesta gingival está asociada principalmente por el uso de ciertos medicamentos como son:

- Anticonvulsivantes (Fenitoína).
- Inmunosupresores (Ciclosporina).
- Antihipertensivos (Bloqueadores de los canales del calcio, Nifedipina).

III. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Cambio en el contorno y tamaño gingival.
- El agrandamiento se observa primero en la papila interdental y se observa en zonas donde hay dientes, no en espacios edéntulos.
- Cambio en el color gingival.

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

- Tiempo Parcial de Tromboplastina (TPT).
- Tiempo Protrombina (TP).
- Hemograma completo y plaquetas.

IV. TRATAMIENTO.

A. CLINICO.

➢ HIGIENE DENTAL.

- Eliminación de la mayor cantidad de irritante local.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL.
- Obturaciones desbordantes, mal adaptadas y por falta de contactos,
- Exodoncias de restos radiculares y de piezas dentales.

➢ PERIODONCIA.

- Raspaje y Alisado radicular.
- Gingivectomía.
- Gingivoplastía.
- Colgajo Periodontal.

➢ FARMACOLÓGICO, ODONTOLOGIA GENERAL y PERIODONCIA, según LOM.

V. INCAPACIDAD.

- Incapacidad (3-5) días, cuando se realice procedimiento quirúrgico.

VI. REFERENCIA /RETORNO.

➢ HIGIENE DENTAL.
- A Periodoncia.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL.
- A Periodoncia e Higiene Dental.

➢ PERIODONCIA.
- A Medicina General, medicina interna o médico tratante, Odontología general e Higiene dental.

VII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

➢ HIGIENE DENTAL.
1. Enseñanza correcta del cepillado dental y uso de seda dental
2. Si es necesario se realizarán tinciones con fucsina para determinar la presencia de placa dentobacteriana.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.
3. Informar al paciente de la necesidad de establecer un plan de tratamiento completo en coordinación con su médico tratante, odontólogo general, etc.

I. DEFINICIÓN.

Es una inflamación aguda de la encía, dolorosa, necrotizante y rápidamente progresiva.

II. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES

Se da en pacientes con deficiente higiene oral, pacientes inmunosuprimidos, VIH positivos (etapa SIDA), tabaquismo, estrés, pacientes desnutridos. Su factor etiológico es un complejo fuso-espiroquetal.

III. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS

El signo principal de la GUN considerado mayoritariamente como signo patognomónico de la enfermedad es la ulceración y necrosis.

- Exceso de salivación con sabor metálico.
- Fetidez oral.
- Hemorragia espontánea.
- Dolor constante, irradiado y agudo.
- Aumento de temperatura general.
- Destrucción necrótica de papilas interdentales.
- Lesiones crateriformes cubiertas por membrana blanquecina

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS

- Radiografías periapicales y de aleta (Fase crónica).
- Exámenes de laboratorio (Hemograma, plaquetas, VDRL, HIV, TPT y TP)

IV. TRATAMIENTO.

A. CLÍNICO.

➢ HIGIENE DENTAL

- Detartraje y profilaxis en fase crónica.

➢ ODONTOLOGÍA GENERAL

Etapa Aguda:

- Usando anestésico tópico eliminar la mayor cantidad de irritante y la pseudomembrana.

➢ PERIODONCIA

Etapa Aguda:

- Usando anestésico tópico eliminar la mayor cantidad de irritante y la pseudomembrana.
- Limpiar con torunda con agua oxigenada al 3% para corregir el pH del medio.

Nota 1. Cita frecuente hasta que ceda la etapa aguda.

Nota 2. Indicar 2 veces al día colutorio, además de su medicación.
Etapa Crónica:
Raspaje y Alisado Radicular.

B. FARMACOLÓGICO.

- Odontología general y Periodoncia, según El Listado oficial de Medicamentos (LOM).

V. INCAPACIDAD

- De 2 a 3 días.

VI. REFERENCIA/RETORNO.

- HIGIENE DENTAL
  - A Periodoncia
- ODONTOLOGIA GENERAL
  - A Periodoncia y a medicina.
- PERIODONCIA
  - A Higiene Dental (después de controlada la etapa aguda), Odontología general y medicina

VII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

- HIGIENE DENTAL

1. Enseñanza correcta del cepillado dental y uso de seda dental
2. Si es necesario se realizarán tinciones con fucsina para determinar la presencia de placa dentobacteriana.

- ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA

3. Informar al paciente de la necesidad de establecer un plan de tratamiento completo en coordinación con su médico tratante, odontólogo general, etc.
4. Hacer énfasis en la importancia de sus citas periódicas con su odontólogo e higienista dental.

GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA Y OTROS FACTORES LOCALES (CIE-10 K05.5) 34.

I. DEFINICIÓN.

Es igual a la gingivitis causada por placa bacteriana, lo único que en ésta, la intensidad y localización de la enfermedad puede variar de acuerdo a la anatomía de piezas dentales, presencia de obturaciones o prótesis defectuosas.

II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Es predominantemente clínico:

- Presencia de irritante local.
- Existe un factor local que favorece el acumulo del irritante local.
- Aumento de tamaño del contorno gingival.
- Cambios en el color, entre rojo y rojo-azuloso.
- Hemorragia espontánea o al sondaje.
- Eritema y aumento del exudado gingival.

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

- Radiografía de aleta.
-

III. TRATAMIENTO.

A. CLINICO.

➢ HIGIENE DENTAL
- Detartraje.
- Profilaxis.

➢ ODONTOLOGÍA GENERAL
- Obturaciones desbordantes, mal adaptadas y por falta de contactos,
- Exodoncias de restos radiculares y de piezas dentales.
- Si se trata de una obturación desbordante, se elimina y se puede colocar una obturación provisional de cemento o se puede hacer obturación definitiva cuando se prevé que con ese procedimiento cede la inflamación.

➢ PERIODONCIA.
- Curetaje gingival, si amerita.

B. FARMACOLOGICO.
- Odontologia general y periodoncia, según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

IV. INCAPACIDAD.

– No amerita.

V. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS

- HIGIENE DENTAL.
  - A Odontología General y Periodoncia.
- ODONTOLOGIA GENERAL.
  - A Higiene Dental y a Periodoncia cuando el daño gingival no haya cedido aún eliminando la causa
- PERIODONCIA.
  - A Odontología general o higiene dental.

VI. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

- HIGIENE DENTAL.
  1. Enseñar al paciente la técnica correcta de cepillado y uso de seda dental.
  2. Informar al paciente de la importancia de conservar una buena salud oral.
  3. Hacer énfasis en la importancia de citas periódicas con su odontólogo
- ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.
  1. Motivación personal y educación en salud
  2. Hacer énfasis en la importancia de citas periódicas en Odontología o Higiene Dental.

I. DEFINICIÓN.

La Periodontitis es una enfermedad del aparato de sostén dentario (Ligamento periodontal, cemento radicular, hueso alveolar y encía) de lenta evolución, producida por placa bacteriana y cálculo dental.

II. CLASIFICACION.

A. Periodontitis Incipiente o leve. Bolsa periodontal de 4- 5mm, pérdida de inserción de 1 o2 mm.

B. Periodontitis Moderada. Bolsa periodontal 5-6 mm, pérdida de inserción de 3 a4 mm.

C. Periodontitis Avanzada o severa. Bolsa periodontal de 6 a más mm, pérdida de inserción de 5 o más mm.

III. ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad periodontal son producto de una compleja interacción entre el agente causal, en este caso bacterias específicas de la placa dental, y los tejidos del huésped.

Existen factores modificadores locales y sistémicos entre los cuales podemos mencionar:

- Deficiente higiene oral.
- Obturaciones desbordantes y prótesis desadaptadas.
- Dientes mal alineados.
- Enfermedades sistémicas (por ejemplo: diabetes, etc.).

IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. SIGNOS Y SINTOMAS.

➢ CLINICOS.
- Presencia de irritante local.
- Inflamación gingival.
- Bolsas periodontales verdaderas.
- Pérdida ósea.
- Movilidad dental.

➢ RADIOGRAFICOS.
- Pérdida ósea horizontal o vertical.
- Lesiones de furca.
- Presencia de cálculo subgingival.

V. TRATAMIENTO .

1° PERIODONTITIS INCIPIENTE.

A. CLINICO.

- HIGIENE DENTAL.
  - Detartraje.
  - Profilaxis.
- ODONTOLOGIA GENERAL.
  - Obturaciones desbordantes, desadaptadas, falta de contacto, extracciones dentales y restos radiculares.
- PERIODONCIA.
  - Raspaje y Alisado radicular.

B. FARMACOLÓGICO.

– Odontología general y Periodoncia, Según el Listado oficial de Medicamentos, según (LOM).

2° PERIODONTITIS MODERADA.

A. CLINICO.

- HIGIENE DENTAL.
  - Detartraje.
  - Profilaxis.
- ODONTOLOGIA GENERAL.
  - Obturaciones desbordantes, desadaptadas, falta de contacto, extracciones dentales y restos radiculares.
- PERIODONCIA.
  - Raspaje y Alisado radicular.
  - Técnica quirúrgica de Colgajo de Grosor Completo por sextantes.

B. FARMACOLÓGICO.

– Odontología general y Periodoncia, Según el Listado oficial de Medicamentos, según (LOM).

3° PERIODONTITIS AVANZADA O SEVERA.

A. CLINICO.

- HIGIENE DENTAL.
  - Detartraje.
  - Profilaxis.
- ODONTOLOGIA GENERAL.
  - Obturaciones desbordantes, desadaptadas, falta de contacto, extracciones dentales y restos radiculares.
- PERIODONCIA.
  - Raspaje y Alisado radicular.

- Técnica quirúrgica de Colgajo de Grosor Completo por sextantes.

B. FARMACOLÓGICO.

- Odontologia general y Periodoncia, Según el Listado oficial de Medicamentos, según (LOM).

VI. INCAPACIDAD.

- Al efectuar procedimiento quirúrgico de 3 a 5 días.

VII. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

➢ HIGIENE DENTAL.
- A Periodoncia.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL.
- A Higiene Dental y Periodoncia.

➢ PERIODONCIA.
- A Higiene Dental y Odontología general.
- Con médico tratante, si se necesita V°B° para efectuar algún procedimiento.

VIII. EDUCACION Y PREVENCION.

➢ HIGIENE DENTAL.

1. Enseñanza correcta del cepillado dental y uso de seda dental.
2. Motivar a conservar una higiene adecuada y tener controles periódicos en Higiene Dental.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.

1. Educación en Salud, informando al paciente sobre su enfermedad y la repercusión que ésta pueda tener en su salud general.

I. DEFINICIÓN.

Periodontitis agresiva se caracteriza por una rápida evolución. La gravedad y distribución de la pérdida de inserción es muy variable, la actividad microbiana es específicamente anaerobios gram (-).

II. CLASIFICACION.

A. Localizada (menos del 30% de piezas presentes están afectadas).
B. Generalizada (arriba del 30% de las piezas dentarias presentes están afectadas).

III. ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES.

El microorganismo predominante es Aggregatibacter actinomycetencomitans, pero existen otros como P. gingivalis., E. corrodens, C. rectus, F. nucleatum, Bacillus capillus, Capnocitophagas y espiroquetas.
Se considera que los factores hereditarios contribuyen a este proceso.

IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. CLÍNICOS.
- La presencia de cálculo dental no es determinante, de hecho, las cantidades de irritante son escasas.
- La mucosa masticatoria no presentará alteraciones de tipo inflamatorio
- Un minucioso examen clínico nos llevará a detectar la presencia de:
- Bolsas periodontales verdaderas
- Movilidades dentarias
- Migración patológica (desplazamientos dentarios, presencia de diastemas donde antes no los había)
- Paciente asintomático

B. RADIOGRAFICOS.
- Se observa un patrón vertical o angular de destrucción del hueso alveolar alrededor de los primeros molares y los incisivos
- Pérdida ósea en imagen de espejo.

V. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.

A. CLINICO.

➢ HIGIENE DENTAL
- Detartraje
- Profilaxis

- ODONTOLOGIA GENERAL
  - Obturaciones desbordantes, desadaptadas, falta de contacto, extracciones dentales y restos radiculares.
- PERIODONCIA
  - Raspaje y Alisado radicular
  - Técnica quirúrgica de Colgajo de Grosor Completo por sextantes.
  - Cirugía de regeneración ósea cuando hay pérdidas verticales.

B. FARMACOLÓGICO.

- ODONTOLOGIA GENERAL y PERIODONCIA, según LOM.

VI. INCAPACIDAD.

- Se otorgará de 2 -3 días cuando hay procedimiento quirúrgico.

VII. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

- HIGIENE DENTAL.
  - A Periodoncia y Odontología general.
  -
- ODONTOLOGIA GENERAL.
  - A Higiene Dental y Periodoncia
- PERIODONCIA.
  - A Higiene Dental, Odontología General.
  - Con médico tratante, si se necesita V°B° para efectuar algún procedimiento.

VIII. EDUCACIÓN.

- HIGIENE DENTAL.
  1. Enseñanza de la técnica correcta de cepillado dental y uso de seda dental.
  2. Se realizarán tinciones con fucsina para determinar la presencia de placa dentobacteriana.
- ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.
  1. Informar al paciente de la patología que presenta, el causante del problema, las complicaciones que esto implica, sobre todo en los estados avanzados
  2. Motivar al paciente a mantener una adecuada higiene bucal, concientizarlo a evitar focos infecciosos en su cavidad bucal.

I. DEFINICIÓN.

Enfermedad aguda, de origen bacteriano (complejo fuso-espiroquetal), se desarrolla a partir de una Gingivitis ulcerosa necrotizante aguda (GUNA) sin tratar, presenta las mismas características, la diferencia es que se extiende a los tejidos de soporte (hueso alveolar, ligamento periodontal, cemento).

II. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

Poco frecuente, menos del 1% de los pacientes que acuden a la consulta pueden presentarlo, siendo más frecuente en hombres, en pacientes con pobre higiene bucal, alcohólicos, fumadores, drogadictos, inmunosuprimidos, desnutridos. Cabe aclarar, que la PUNA puede estar sobre agregada a una Periodontitis Inflamatoria Crónica o a una Periodontitis Agresiva.

III. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

- Dolor intenso atípico (dolor profundo)
- Marcada halitosis
- Hemorragias espontáneas
- Alteración gingival de forma y contorno (enrojecida, tamaño aumentado, desplazamiento apical, pérdida del festoneado gingival)
- Presencia de pseudo membrana
- Presencia de bolsas periodontales
- Movilidades
- Destrucción necrótica de la encía

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

- Radiografías de aleta y periapicales.
- Exámenes de laboratorio (Hemograma, plaquetas, VDRL, HIV, TPT y TP)

IV. TRATAMIENTO.

A. CLÍNICO.

➢ HIGIENE DENTAL

- Detartraje y profilaxis en fase crónica.

➢ ODONTOLOGÍA GENERAL

Etapa Aguda:

- Usando anestésico tópico eliminar la mayor cantidad de irritante y la pseudomembrana.

➢ PERIODONCIA.

Etapa Aguda:

- Usando anestésico tópico eliminar la mayor cantidad de irritante y la pseudomembrana.
- Limpiar con torunda con agua oxigenada al 3% para corregir el pH del medio.

Nota 1. Cita frecuente hasta que ceda la etapa aguda.

Nota 2. Indicar 2 veces al día colutorio, además de su medicación.

Etapa Crónica:

- Raspaje y Alisado Radicular.
- Colgajo de grosor completo por sextante.

B. FARMACOLÓGICO.

– Odontología general y Periodoncia, Según el Listado oficial de Medicamentos, según (LOM).

V. INCAPACIDAD.

– De 2 a 5 días, según criterio médico y condición sistémica de la persona.

VI. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

➢ HIGIENE DENTAL.
- A Periodoncia.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL.
- A Periodoncia.

➢ PERIODONCIA.
- A Higiene Dental al pasar la etapa aguda.

VII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

➢ HIGIENE DENTAL.

1. Enseñanza de la técnica correcta de cepillado dental y uso de seda dental.
2. Si es necesario se realizarán tinciones con fucsina para determinar la presencia de placa dentobacteriana.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.

1. Informar al paciente de la patología que presenta, el causante del problema, las complicaciones que esto implica, sobre todo en los estados avanzados.
2. Motivar al paciente a mantener una adecuada higiene bucal, concientizarlo a evitar focos infecciosos en su cavidad bucal.

ENFERMEDADES QUE SE PRESENTAN CLINICAMENTE COMO GINGIVITIS DESCAMATIVA 38.

I. DEFINICION.

Se considera que no es una entidad patológica específica, sino una respuesta gingival relacionada con varias enfermedades. Se caracteriza por eritema, descamación y ulceración intensos de la encía libre e insertada.

II. CLASIFICACION.

- No aplica.

III. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

El uso de parámetros clínicos y de laboratorio ha revelado que casi 75% de los casos de Gingivitis Descamativa tiene un origen dermatológico. Existen muchos padecimientos mucocutáneos autoinmunes que pueden manifestarse clínicamente como Gingivitis Descamativa, entre ellos:

- Penfigoide Cicatrizal (CIE-10:L12.1)
- Líquen Plano (CIE-10:L43.9)
- Penfigoide Ampular (CIE-10:L10.8)
- Pénfigo Vulgar (CIE-10:L10.0)
- Enfermedad de IgA Lineal (CIE-10:L10.9)
- Dermatitis Herpetiforme o enfermedad de Duhring (CIE-10:I13.0)
- Lupus Eritematoso (CIE-10:M32.9)
- Estomatitis Ulcerativa Crónica (CIE-10: K12.1)

Entre otras enfermedades que deben considerarse en el diagnóstico diferencial de la Gingivitis Descamativa se incluyen:

- Infecciones bacterianas, micóticas y virales
- Reacciones a medicamentos, enjuagues bucales y goma de mascar

IV. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.

A. SIGNOS Y SINTOMAS.

- Lesiones queratósicas: son lesiones blancas elevadas que se presentan como grupos de pápulas individuales, lesiones lineales o reticulares, o configuraciones tipo placa.
- Lesiones erosivas o ulcerativas: estas áreas eritematosas extensas con distribución irregular se presentan como áreas hemorrágicas focales o difusas. Estas lesiones se exacerban con el trauma ligero (p. ej., cepillado de dientes).

- Lesiones vesiculares o ampulares: estas lesiones elevadas, llenas de líquido no son comunes y tienen una vida corta en la encía, se rompen de inmediato y dejan una ulceración.
- Lesiones atróficas: la atrofia de los tejidos gingivales con el adelgazamiento consecuente del epitelio genera un eritema que se confina en la encía

B. EXAMENES DIAGNOSTICOS.

- Examen Clínico: El reconocimiento del patrón de la distribución de las lesiones (es decir, focal o multifocal, con o sin confinamiento a los tejidos gingivales) proporciona información clave para empezar a formular el diagnóstico diferencial. El signo de Nikolsky, por ejemplo, ofrece datos sobre la posibilidad de un trastorno vesiculoampular.

- Biopsia.

V. TRATAMIENTO.

Resulta muy importante identificar la enfermedad responsable de la gingivitis descamativa para establecer el método terapéutico y el tratamiento apropiado.

- TRATAMIENTO EN HIGIENE DENTAL.
  - Eliminación cuidadosa del irritante local, tratando de no lastimar el tejido gingival.
  - Controles de placa bacteriana
  - Referencia a Odontología General o Periodoncia.
- TRATAMIENTO EN ODONTOLOGIA GENERAL.
  - Eliminación de la mayor cantidad de irritante local, cuando éste agrave la condición gingival.
  - Uso de anestésico tópico en lesiones muy dolorosas
  - Indicación de analgésicos
- TRATAMIENTO EN ENDODONCIA.
  - No aplica
- TRATAMIENTO EN PERIODONCIA.
  - No hay un tratamiento específico para la mayoría de lesiones de este tipo
  - Algunos casos pueden resolverse de forma espontánea
  - Eliminación de la mayor cantidad de irritante local, cuando éste agrave la condición gingival
  - Uso de anestésico tópico en lesiones agudas o muy dolorosas
  - Puede hacerse desbridamiento de las lesiones
  - Indicación de analgésicos

VI. INCAPACIDAD.

Para Odontología general y Periodoncia: De 1 a 2 días, dependiendo si las lesiones son agudas.

VII. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

- PARA HIGIENE DENTAL:
  - A Odontología General y Periodoncia.
- PARA ODONTOLOGÍA GENERAL:
  - A Medicina General, Medicina Interna y Dermatología.
- PARA PERIODONCIA:
  - A Medicina General, Medicina Interna y Dermatología.

VIII. EDUCACION Y PREVENCION.

1. Aplica para Higiene Dental, Odontología General y Periodoncia.
2. Instruir al paciente sobre su enfermedad, instruir en las técnicas de cepillado y uso correcto de seda dental.

I. DEFINICIÓN.

El absceso periodontal es una inflamación purulenta localizada de los tejidos periodontales.

II. CLASIFICACION.

Se ha clasificado en tres grupos diagnósticos:

A. Absceso Gingival.
B. Absceso Periodontal.
C. Absceso Pericoronal.

A. ABSCESO GINGIVAL (CIE-10: K 05.2).

I. DEFINICIÓN.

Es una lesión localizada, dolorosa, que se expande con rapidez y que por lo general tiene una aparición repentina. Por lo general se limita a la encía marginal o la papila interdental.

II. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

La respuesta gingival inflamatoria aguda se produce frente a la introducción forzada de un material extraño en la encía (p. ej., cerdas del cepillo, impacto alimenticio o fragmentos de alimentos) transportando bacterias en la profundidad de los tejidos al insertarse en la encía.

III. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

➢ CLÍNICOS.
- Encía roja y tumefacta.
- Superficie suave y brillante.
- En 24 a 48 horas la lesión se vuelve fluctuante y presenta una punta con orificio superficial del que puede expresar un exudado purulento.
- Los dientes adyacentes suelen ser sensibles a la percusión.

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.
- Radiográficamente se observa radiolucidez que afecta el ligamento periodontal

IV. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.

A. CLINICO.

- HIGIENE DENTAL.
  - No aplica
- ODONTOLOGIA GENERAL.
  - Drenaje del absceso
- PERIODONCIA.
  - Drenaje del absceso
  - Curetaje gingival

B. FARMACOLÓGICO.

- HIGIENE DENTAL.
  - No aplica.
- ODONTOLOGIA GENERAL.
  - Acetaminofén 500mg cada 4 horas mientras duren los síntomas
  - Ibuprofeno 400mg cada 6 horas mientras duren los síntomas
  - Enjuagues de Gluconato de Clorhexidina 0.12% 2v/día
- PERIODONCIA.
  - Acetaminofén 500mg cada 4 horas mientras duren los síntomas
  - Ibuprofeno 400mg cada 6 horas mientras duren los síntomas
  - Enjuagues de Gluconato de Clorhexidina 0.12% 2v/día

V. INCAPACIDAD

- No amerita.

VI. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

- HIGIENE DENTAL
  - Referencia a Odontología General o Periodoncia.
- ODONTOLOGIA GENERAL
  - Referencia a Periodoncia.
- PERIODONCIA.
  - A Higiene dental y Odontólogo General.

VII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

- HIGIENE DENTAL.
  - Instrucción en la correcta técnica de cepillado y uso de seda dental.
- ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.

- Información acerca de su enfermedad y educación en salud.

B. ABSCESO PERIODONTAL (CIE 10 k 05.2)

I. DEFINICION.

Es una infección localizada de forma contigua a la bolsa periodontal y puede producir destrucción del ligamento periodontal y el hueso alveolar. Por lo general se encuentra en pacientes con periodontitis sin tratamiento y en relación con bolsas periodontales moderadas a profundas.

II. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

La aparición de los abscesos está relacionada con la carga bacteriana. Con frecuencia los abscesos periodontales se producen a partir de una exacerbación aguda de una bolsa preexistente. Hay factores que pueden aumentar la posibilidad de inicio del absceso como:

- Después de una cirugía periodontal.
- Después del mantenimiento preventivo.
- Después del tratamiento antibiótico sistémico.
- Como resultado de una enfermedad recurrente.

Las condiciones en que el absceso periodontal no se relaciona con la enfermedad periodontal inflamatoria incluyen:

- Perforación o fractura dental.
- Impacción de cuerpos extraños.
- Trauma.

III. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

➢ **ABSCESO AGUDO.**

- Molestia ligera a intensa.
- Tumefacción roja, ovoide y localizada.
- Bolsa periodontal.
- Movilidad.
- Elevación dental en el alveolo.
- Sensibilidad a la percusión o al morder.
- Exudado.
- Temperatura elevada o linfadenopatía regional.

- **ABSCESO CRÓNICO.**
  - Sin dolor o dolor ligero.
  - Lesión inflamatoria localizada.
  - Elevación dental ligera.
  - Exudado intermitente.
  - Tracto fistuloso con frecuencia relacionado con una bolsa profunda.
  - Por lo general, afección sistémica.
  -

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS

- Sondeo. Se hace cuidadosamente a lo largo del margen gingival en el área sospechosa en relación con cada superficie dental para detectar un canal del área marginal hacia los tejidos periodontales más profundos. La continuidad de la lesión con el margen gingival es evidencia clínica de que el absceso es periodontal.
- Pruebas de vitalidad.
- Las pruebas muestran una pulpa vital.
- Aspecto radiográfico.
- La apariencia típica del absceso periodontal es un área discreta de radiolucidez a lo largo de la región lateral de la raíz, aunque existen muchas variables.

IV. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.

A. CLÍNICO.

- HIGIENE DENTAL.
  - No aplica.
- ODONTOLOGIA GENERAL.
  - Drenado a través de la bolsa periodontal o incisión de la bolsa.
  - Extracción.
- PERIODONCIA.
  - Drenado a través de la bolsa periodontal o incisión de la bolsa.
  - Curetaje.
  - Raspado radicular.
  - Cirugía periodontal.
  - Extracción.

B. FARMACOLÓGICO.

- ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.

- Indicaciones para el tratamiento antibiótico en pacientes con absceso agudo.
  - Celulitis (infección diseminada, no localizada).
  - Bolsa profunda, inaccesible.
  - Fiebre.
  - Linfadenopatía regional.

- Paciente con deficiencias inmunes.

- Amoxicilina a elegir.
  - Dosis de carga de 1.0 g, después Amoxicilina 500mg 3v/día por tres (3) días.
  - Reevaluación después de tres días para determinar la necesidad de continuar o ajustar el tratamiento antibiótico.
- Paciente con alergia a la penicilina.
  - Clindamicina: Dosis de carga de 600mg, después 300mg cuatro veces al día por tres (3) días.
  - Azitromicina: Dosis de carga de 1.0 g, después 500mg cuatro veces al día por tres (3) días.

V. INCAPACIDAD.

- Tres 3 a 5 días.

VI. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

➢ HIGIENE DENTAL.
  - No aplica.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL.
  - A Periodoncia.

➢ PERIODONCIA.
  - A Higiene dental y Odontología General.

VII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

➢ HIGIENE DENTAL.
  - Instrucción en la correcta técnica de cepillado y uso de seda dental

➢ ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.
  - Información acerca de su enfermedad y educación en salud

C. ABSCESO PERICORONAL (CIE-10: K 05.2).

I. DEFINICIÓN.

Infección purulenta localizada dentro de los tejidos que rodean la corona de un diente parcialmente erupcionado. Se observa más a menudo alrededor de los terceros molares inferiores

II. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES

La lesión inflamatoria puede ser provocada por:

- La retención de placa bacteriana.
- Impacción de alimentos.
- Trauma.

III. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A. **SIGNOS Y SÍNTOMAS** CLÍNICOS

- Usualmente se presenta en el área de las terceras molares.
- La aleta de la encía que cubre el diente se torna roja e inflamada
- La infección se puede extender a orofaringe y base de la lengua e involucrar nódulos linfáticos.
- El paciente presenta dificultad para tragar y Trismus
- Esta infección está asociada principalmente a bacterias anaerobias gram-negativas.

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS

- Radiográfico.
- Radiolucidez que afecta el ligamento periodontal.

IV. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL.

A. CLÍNICO.

- Drenado del absceso.

Una vez que se controla la fase aguda se puede tratar de forma definitiva haciendo:

- Escisión quirúrgica del tejido suprayacente.
- Eliminación del diente agresor.
- Extracción.

B. FARMACOLÓGICO.

➢ PERIODONCIA:

- Según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

A. CLÍNICO.

- Drenado del absceso.
- Curetaje gingival.

Una vez que se controla la fase aguda se puede tratar de forma definitiva haciendo:

- Escisión quirúrgica del tejido suprayacente.
- Eliminación del diente agresor.
- Extracción.

B. FARMACOLÓGICO.

- Según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

V. INCAPACIDAD.

- De 3 a 5 días.

VI. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA
  - A Cirugía Máxilo-Facial cuando se trate de terceras molares impactadas.

VII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

➢ HIGIENE DENTAL.

1. Instrucción en la correcta técnica de cepillado y uso de seda dental.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.

2. Información acerca de su enfermedad y educación en salud.

I. DEFINICIÓN.

Dolor transitorio derivado de la exposición de la dentina que aparece con relación a un estímulo químico, osmótico, térmico o táctil y que no puede ser asociado a ningún otro tipo de patología dental. Para que haya hipersensibilidad tiene que haber exposición de la dentina la cual puede ser debida a pérdida del esmalte/cemento o a pérdida de tejidos periodontales y puede deberse a procesos, tanto físicos como químicos.

II. EPIDEMIOLOGÍA.

- Es de las primeras cinco causas de consulta.

III. ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES.

- Superficies dentinales expuestas por erosión o abrasión.
- Secesiones gingivales.
- Trauma oclusal
- Falta de unión amelocementaria dejando expuesta la dentina
- Alisado radicular
- Caries
- Tratamientos quirúrgicos periodontales.

IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

➢ **SIGNOS Y SÍNTOMAS.**

A. CLÍNICOS:
- Dolor agudo, localizado y de corta duración.
- Superficies dentinales expuestas por Recesión gingival.
- Superficies dentinales expuestas por Pérdida de esmalte (abfracción, erosión, atrición, etc.)
- Es más frecuente en zonas vestibulares y los más afectados son los caninos y bicúspides

➢ **EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.**

A. LABORATORIO Y GABINETE.
- Radiografías periapicales o de aleta, cuando el profesional lo amerite.

V. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.

A. CLINICO:

- HIGIENE DENTAL
  - No aplica
- ODONTOLOGIA GENERAL
  - Descartar que el origen de la sensibilidad sea por caries
- PERIODONCIA.
  - Aplicación de Barniz Desensibilizante

A. FARMACOLOGICO:

- ODONTOLOGIA GENERAL
  - AINES.
- PERIODONCIA
  - Pasta desensibilizante.
  - AINES.

VI. INCAPACIDAD.

- No aplica.

VII. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

- HIGIENE DENTAL
  - A Odontología General y Periodoncia
- ODONTOLOGIA GENERAL
  - A Periodoncia
- PERIODONCIA
  - A Higiene dental
  - A Odontología general

VIII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Explicar al paciente los efectos secundarios de la cirugía periodontal
2. Instrucción y técnica de cepillado por recesión gingival o exposición radicular.

I. DEFINICIÓN.

Es la lesión resultante cuando las fuerzas oclusivas exceden la capacidad de adaptación de los tejidos. Estas fuerzas excesivas también alteran la función de la musculatura masticatoria y producir espasmos dolorosos, lesionar la ATM o producir un desgaste excesivo. Sin embargo, el término Trauma por oclusión se usa de manera general en relación con la lesión en el periodonto.

II. CLASIFICACION.

A. Trauma agudo por oclusión. Es el resultado de un impacto oclusivo abrupto, como el producido por morder objetos duros.

B. Trauma crónico por oclusión. Tiene una mayor importancia clínica y se desarrolla con más frecuencia a partir de cambios graduales en la oclusión.

C. Trauma primario por oclusión. Se da si el trauma por oclusión se considera el principal factor etiológico en la destrucción periodontal y si la alteración local a la que está sujeto un diente es por oclusión.

D. Trauma secundario por oclusión. Se da cuando la capacidad de adaptación de los tejidos para soportar las fuerzas oclusivas está impedida por la pérdida ósea como resultado de la inflamación marginal. Esto reduce el área de inserción periodontal y altera el brazo de palanca sobre el resto de los tejidos. El periodonto se vuelve más vulnerable a la lesión, y las fuerzas oclusivas que antes eran bien toleradas se vuelven traumáticas.

III. ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES.

El efecto de las fuerzas oclusivas sobre el periodonto, el cual se ve influido por la magnitud, dirección, duración y frecuencia de las fuerzas.

Entre los factores predisponentes tenemos:

- Obturación alta.
- Inserción de una prótesis que crea fuerzas excesivas sobre los dientes pilares y antagonistas.
- Desplazamientos o extrusiones dentales.
- Bruxismo o apretamiento dental.

IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS

➢ CLÍNICOS:

- Aumento de la movilidad dental
- Frémito

- Contactos oclusales prematuros.
- Facetas de desgaste en presencia de otros indicadores clínicos
- Migración dental.
- Dientes fracturados
- Sensibilidad térmica.

➢ RADIOGRAFICOS:
- Aumento del ancho del espacio periodontal
- Patrón de pérdida ósea vertical
- Engrosamiento de la lámina dura
- Radiolucidez y condensación del hueso alveolar
- Resorción radicular

B. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.
- Radiografías de aleta y/o periapicales.

V. TRATAMIENTO.

A. CLINICO.

➢ HIGIENE DENTAL.
- No aplica.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL.
- Ajuste oclusal parcial en casos de trauma agudo.

➢ PERIODONCIA.
- Ajuste oclusal parcial.

B. FARMACOLOGICO.

➢ ODONTOLOGIA GENERAL
- AINES.
- Relajantes musculares.

➢ PERIODONCIA.
- AINES.
- Relajantes musculares.
- Pasta desensibilizante.

VI. INCAPACIDAD.

– No amerita.

VII. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

➢ HIGIENE DENTAL.
1. A Odontología general.

2. A Periodoncia.

- ODONTOLOGIA GENERAL.

3. A Periodoncia.
4. A Cirugía Máxilo-Facial.

- PERIODONCIA

5. A Odontología general.
6. A Cirugía Máxilo-Facial.

VIII. EDUCACION Y PREVENCION.

- HIGIENE DENTAL.

1. Enseñanza de una técnica correcta de cepillado aplicable al problema oclusal.

- ODONTOLOGIA GENERAL Y PERIODONCIA.

1. Es esencial explicarle al paciente los objetivos, las limitaciones y las consecuencias del tratamiento oclusivo.

I. DEFINICIÓN.

Es una enfermedad crónica, de carácter inflamatorio, que se caracteriza por la aparición de una o varias ulceras dolorosa en la mucosa bucal, que persisten durante días o semanas y que recidiva tras periodos de remisión variable.

II. CLASIFICACIÓN.

Por las manifestaciones clínicas, se establecen tres tipos:

A. Úlcera aftosa recurrente menor o leve.
B. Úlcera aftosa recurrente mayores o graves (o enfermedad de Sutton).
C. Estomatitis aftosa herpetiforme.

III. EPIDEMIOLOGÍA.

Las aftas son una de las lesiones más frecuentes de la cavidad bucal con una prevalencia entre el 5% y 80% de la población. Se presenta con gran frecuencia entre niños y adolescentes, especialmente entre los 10 y 19 años de edad.

- Aftas menores o leves: Denominadas también síndrome de Mikulicz, estomatitis o aftas intermitentes crónicas recurrentes y son las más frecuentes (60 %). Clínicamente se presentan como úlceras recurrentes, redondas, bien definidas, pequeñas, muy dolorosas, que desaparecen entre los 10 y 14 días sin dejar escaras.
- Aftas mayores o graves: reconocidas también como síndrome de Sutton o periadenitis mucosa crónica recurrente, que predomina en el sexo femenino, con una incidencia del 6% al 15 %. Clínicamente son úlceras necróticas, grandes (mayores de 5mm), muy dolorosas, que duran 6 semanas o más, y frecuentemente dejan escaras.
- Aftas herpetiformes: se les conoce como estomatitis aftosa herpetiforme recurrente, con una incidencia entre el 6% y el 15 %, con predomino en el sexo femenino.

IV. ETIOLOGÍA.

- Idiopática.
- Múltiples son las teorías que tratan de explicar la acción de diferentes agentes etiológicos de la Ulcera Aftosa Recurrente (UAR), Mundialmente se acepta como un proceso multifactorial, con una alteración inmunológica de base, unida a múltiples factores precipitantes. Dentro de los agentes etiológicos propuestos se encuentran:
  - Alteraciones sistémicas y locales de la mucosa bucal.
  - Alteraciones genéticas.
  - Alteraciones inmunológicas.
  - Factores infecciosos.

- Carencias o déficit de vitaminas y minerales.

Estos se consideran como potenciales agentes en la patogenia de la UAR, sin embargo, hasta la actualidad, no existe ningún agente etiológico específico,

- Agentes desencadenantes, tales como:
  - Psicológicos: estrés, ansiedad, depresión.
  - Alimentarios: cítricos, tomates, uvas, melón, chocolate, nueces y queso.
  - Traumatismos locales.
  - Estados carenciales: hipovitaminosis, hipoproteinemias, déficit de minerales.
  - Procesos endocrinológicos: fase premenstrual, diabetes mellitas, etc.
  - Cese del tabaquismo (disminución de la hiperqueratinización de la mucosa oral).
  - Agentes infecciosos: bacterianos, virales y micótico, entre otros, los cuales están más relacionados con la sobreinfección y el mantenimiento de las aftas previamente establecidas.
- Factores causales.
  - Enfermedad celíaca.
  - Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
  - Factores hereditarios.
  - Presencia o manifestación de enfermedades hemáticas neoplásicas.
- Factores agravantes locales involucran:
  - Trauma dental y aparatología ortodóncica
  - Hábitos traumáticos parafuncionales.
  - Los traumatismos incluyen automordida, procedimiento quirúrgicos bucales, cepillado dental, procedimiento dental, inyecciones y lesión dental
  - Factores físicos como el calor.
  - Factores alérgicos.

V. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

A. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

➢ Úlcera aftosa recurrente menor:

- Inicia como erosión superficial sola o múltiple, siendo la más común de las estomatitis.
- Se localiza en la mucosa no queratinizada que cubre las glándulas salivales menores, la mucosa del labio, la cara ventral de la lengua, el paladar blando y el suelo de la boca, raras veces en mucosa queratinizante como gíngiva y paladar duro.
- Las aftas son pequeñas, menores de 2 a5 centímetro
- Tienen base crateriforme, de forma redonda u oval
- Lesión muy dolorosa.
- La parte central de la úlcera presenta un color gris-amarillento
- Tiene un margen bien circunscrito rodeado por un halo eritematoso.

➢ Úlcera aftosa recurrente mayor:

- Ulceraciones de la mucosa secundaria a necrosis localizadas en la mucosa no queratinizada.
- Con diámetro superiores a 0.5 a1 cm.
- Aparecen en número de 1 a 10.
- Persiste más de seis semanas.
- Las lesiones pueden aparecer además en vagina, pene, recto y laringe asociada a conjuntivitis.
- Sexo femenino es la más afectada.
- Sobre un nódulo inflamatorio aparece una formación ulcerada, profunda, crateriforme de bordes indurados, que demora semanas o meses en regresar.
- Estas lesiones son intensamente dolorosas sobre todo en los primeros estadios.
- Las lesiones dejan siempre cicatrices al curar que resultan fibrosas y con bandas que pueden llegar a la mutilación de regiones de la boca.

➢ Estomatitis aftosa herpetiforme.
- Su número puede llegar a cien.
- Su aparecimiento es raro
- Presentes casi continuamente desde uno a tres años.
- Remisiones relativamente corta
- Caracterizada por múltiples ulceraciones pequeñas de 1 a3 mm
- Lesiones de color amarillo grisáceo semejante a las observadas en el herpes primario por lo que reciben el nombre de herpetiformes.
- Las úlceras son dolorosas
- Pueden afectar el área anterolateral y marginal de la lengua, la cara ventral , la mucosa labial y en cualquier otro sitio de la cavidad bucal
- Existen dos teorías con relación a sus factores etiológicos.

VI. TRATAMIENTO.

Dada la diversidad de la etiología y el conocimiento de los trastornos inmunológicos presentes en la EAR, el abordaje terapéutico propuesto está dirigido a modular la respuesta inflamatoria, aliviar los síntomas y evitar las recurrencias. Con este fin se utilizan tratamientos locales y sistémicos

Antes de plantear el tratamiento de aftas conviene valorar la conveniencia de tratarlas, ponderando los beneficios y los riesgos. Deben considerarse cuatro parámetros para la indicación terapéutica:

- Periodicidad de la recurrencia de las lesiones.
- Número de lesiones ulceradas por brote.
- Tamaño de las lesiones.
- Duración de las lesiones.

El curso de la enfermedad parece ser inalterable, motivo por el cual se prescribe

- Analgésico.

- Antipirético.
- terapias de soporte tales como la hidratación.
- cambio de la dieta alimenticia.

Los lavados bucales suaves con enjuague bucal antimicrobiano con Betametasona al 0.1% diluidas 15 gotas en un vaso con agua, disminuyen el dolor y contribuyen a la curación. Indirectamente pueden ser de utilidad los sedantes, analgésicos y vitaminas.

Los corticosteroides por vía general en dosis elevadas por un corto periodo pueden ser de mucha utilidad para los ataques graves y debilitantes de afta.

Después de 15 días de mantener ulcera en boca, valorar biopsia.

VII. INCAPACIDAD.

- No aplica.

VIII. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

- A medicina general o al pediatra.

IX. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

1. Modificar la nutrición debido al dolor que impide la adecuada alimentación.
2. Reafirmar con los padres del paciente que el periodo de duración de las manifestaciones es de 4 a 12 días.
3. Informar que esta enfermedad está asociada a otras enfermedades sistémicas.
4. Explicar que es un proceso que puede llegar a ser recidivante.

Como medidas generales se recomienda:

5. Eliminar los posibles factores desencadenantes.
6. Explicar la evolución general de la enfermedad (Resolución espontanea entre 2-4 semanas).
7. Informar que el tratamiento es principalmente sintomático.
8. OBSERVAR AL PACIENTE SI PERSISTE LA ULCERA DESPUÉS DE 15 DIAS DE EVOLUCIÓN.
9. Orientar el manejo de acuerdo a la respuesta de tratamiento previo.
10. Mantener correcta higiene bucal utilizando un cepillo suave para dientes y lengua.
11. Seguir una dieta blanda, fría o templada, masticar bien los alimentos y evitar las mordeduras.
12. Evitar medicamentos muy condimentados, picantes, de consistencia cortante, evitar jugos ácidos de frutas y bebidas carbonatadas.
13. Evitar si es posible el estrés.

I. DEFINICIÓN.

El herpes oral es una infección de los labios, la boca o las encías debido al virus del herpes simple. Esta infección lleva al desarrollo de ampollas pequeñas y dolorosas comúnmente llamadas calenturas o herpes febril.

II. ETIOLOGÍA.

Es causado por el virus del Herpes simple del tipo 1 (VHS-1).

III. EPIDEMIOLOGÍA.

Es una patología frecuente en la cavidad oral, sobre todo a nivel de los labios.
Esta enfermedad se produce por la infección del virus herpes. En este caso se trata de un tipo de virus herpes que sólo afecta a la mucosa bucal.
Este virus coloniza los tejidos y puede permanecer silente hasta cuando por depresiones de la función del sistema de las defensas se produce la reactivación del virus y aparece la enfermedad.

IV. PATOGÉNESIS.

Se presenta en forma de racimos de vesículas con un período de incubación de 2 a 20 días, evoluciona de 7 a 15 días. Es una enfermedad auto limitada que cura en dos semanas.

V. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

➢ SIGNOS Y SÍNTOMAS

Algunas personas presentan úlceras en la boca la primera vez que entran en contacto con el VHS-1. Otras no tienen ningún síntoma. Los síntomas generalmente aparecen con más frecuencia en niños entre uno y cinco años de edad.
Los síntomas pueden ser leves o graves. Generalmente aparecen de una a tres semanas después de que usted entra en contacto con el virus. Pueden durar hasta tres semanas.
Los síntomas de aviso incluyen:

- Comezón en los labios o en la piel alrededor de la boca
- Ardor cerca de los labios o la zona de la boca
- Hormigueo cerca de los labios o la zona de la boca

Antes de que aparezcan las ampollas, usted puede tener:

- Dolor de garganta
- Fiebre
- Inflamación de ganglios linfáticos
- Dolor al tragar

Se pueden formar ampollas o un salpullido en:
- Encías
- Labios
- Boca
- Garganta

Tener muchas ampollas se denomina "brote". Usted puede tener:
- Ampollas rojas que se rompen y supuran (sale líquido).
- Ampollas pequeñas llenas de líquido amarillento y claro.
- Varias ampollas pequeñas que pueden crecer juntas y formar una ampolla grande.
- Una ampolla que se pone amarilla y costrosa a medida que sana, y finalmente se convierte en piel rosada.

Los síntomas pueden desencadenarse por:
- Menstruación o cambios hormonales.
- Estar al sol.
- Fiebre.
- Estrés.

Si los síntomas vuelven a aparecer, generalmente son menos graves.

➢ **EXÁMENES DIAGNÓSTICOS**

- No son necesarios.

VI. TRATAMIENTO

Tratamiento para adultos.
- Tratamiento sistémico:
  - Aciclovir 400 mg una tableta cada 8 o 6 horas por 5 a 7 días.
- Tratamiento paliativo:
  - Acetaminofén 500 mg cada 6 horas por 5 días.
  - Acetaminofén 500 mg mas codeína fosfato de 30mg cada 8 horas.
- Tratamiento profiláctico:
  - Mantener la parte infectada limpia.
  - No tocar las lesiones

- Tratamientos para niños.
- Tratamiento sistémico:
  - Aciclovir 200 mg una tableta cada 8 o 6 horas por 5 a 7 días.
- Tratamiento paliativo:
  - Acetaminofén 120 mg cada 6 horas por 5 días
- Tratamiento profiláctico:
  - Mantener la parte infectada limpia.
  - No tocar las lesiones

VII. COMPLICACIONES.

Las complicaciones del herpes oral pueden incluir:

- Retorno de las ulceras en la boca
- Diseminación del virus a otras zonas de la piel
- Infección bacteriana de la piel

La infección por herpes puede ser grave y peligrosa si:

- Se presenta en o cerca de los ojos.
- Si tiene un sistema inmunitario debilitado por ciertas enfermedades y medicamentos

VIII. INCAPACIDAD.

- De 1 a 3 días de ser necesario en casos graves.
- En niños no aplica.

IX. REFERENCIA/RETORNO A OTRAS DISCIPLINAS.

- Pacientes adultos a dermatología en lesiones extensas o de difícil manejo.

X. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Explicar que es un proceso viral, que puede llegar a ser recidivante y también transmitirse.
2. Evaluar si conviene realizar otro tipo de procedimiento dental durante la infección para evitar agravar el cuadro.

XI. RECOMENDACIONES.

1. Evite el contacto directo con llagas ocasionadas por el herpes.
2. Lavarse las manos antes y después de tocar las lesiones.
3. Lave objetos como toallas y ropa de cama en agua hirviendo después de cada uso.
4. No comparta utensilios, pajillas ~~(popotes)~~, vasos ni otros elementos personales, si alguien tiene herpes oral.

I. DEFINICIÓN.

Es una infección por hongos levaduriformes de las membranas mucosas que recubren la boca y la lengua. Es producida por Cándida Albicans, que es considerada oportunista.

II. CLASIFICACIÓN.

A. Pseudomembranosa.
B. Eritematosa (atrófica).
C. Atrófica Crónica. (Tipo placa).
D. Crónico-hiperplásica (Nodular).

III. EPIDEMIOLOGÍA

Cándida Albicans es la especie más común de cándida en la boca, constituyendo parte de la flora oral.
La infección por cándida rara vez se presenta en individuos sanos, es de mayor incidencia en cuadros más agudos de pacientes inmunocomprometidos.

IV. PATOGÉNESIS.

La patogenicidad para candidiasis incluye adherencia, multiplicación mucosa, filamentación y formación de tubos germinales en el caso de Cándida albicans (1). Este proceso va seguido por producción de enzimas fosfolipasa y proteinasa, las que producen daño tisular, penetran y provocan una respuesta inflamatoria en el tejido subyacente. Lo que debe terminar en una colonización sistémica y depende del estado inmunológico del huésped y la habilidad microbiana de proliferar y alterar su medio ambiente inmediato, bajo estas condiciones, el daño a los tejidos del huésped se extiende y se establece un dominio del cuadro infeccioso

V. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES

El agente causal de la moniliasis o candidiasis es la *C. albicans*, aunque otros hongos de la especie pueden ser también patógenos para el hombre

VI. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

➢ SIGNOS Y SÍNTOMAS

Las infecciones por cándida producen eritema de la encía adherida principalmente, pero se manifiesta con diferentes tipos de candidiasis:

- Pseudomembranosa: placas blandas que permiten ser fácilmente retiradas de la mucosa, dejando una superficie cruenta y sangrante.

- Eritematosa: lesiones rojas y dolorosas ubicadas en cualquier parte de la boca.
- Tipo placa: Placas blanquecinas que no se pueden remover de la mucosa, son asintomáticas.
- Nodular: Poco frecuente en boca puede formar pequeños nódulos rojizos o blancos, levemente elevados.

➢ **EXÁMENES DIAGNÓSTICOS**

El examen microscópico de las lesiones bucales revela presencia de Cándida en el epitelio en proceso de necrosis.

VII. TRATAMIENTO

El tratamiento de la candidiasis bucal se basa en 4 pilares fundamentales.

1. Diagnóstico precoz y certero de la infección.
2. Corrección de factores predisponentes o de enfermedades subyacentes.
3. Determinación del tipo de infección candidiásica.
4. Empleo de fármacos anti fúngicos apropiados.

El fármaco de primera línea sin inmunosupresión severa y candidiasis localizada en la cavidad bucal es la Nistatina en Solución, a dosis de 400,000 UI – 800,000 UI al día, dividida en 4 dosis de 100,000 UI en colutorios (enjuague) por 14 días.

Para pacientes que no responden al tratamiento local o pacientes con inmunosupresión (Cáncer, quimioterapia, SIDA, entre otras), se recomienda Fluconazol 200 (150 mgrs. /Tab). Dosis inicial y 100mg a 200mg cada 24 horas por 15 días.

En caso de que el hongo se encuentre en la prótesis, se recomienda cambiarla ya que a pesar el tratamiento al dispositivo y la cavidad bucal, el hongo prevalece en el dispositivo.

VIII. INCAPACIDAD.

Incapacidad de uno (1) a (3) tres días.

IX. REFERENCIA.

Si no cede con el tratamiento tópico, se referirá al médico general o dermatólogo para su tratamiento sistémico

X. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

Explicar al paciente sobre su enfermedad, cuidados bucales, entre otros.

I. DEFINICIÓN.

Manifestación gingival de inmunosupresión, caracterizada por bandas eritematosas lineales limitadas al margen gingival.

II. CLASIFICACIÓN.

- No aplica.

III. EPIDEMIOLOGÍA

Se observa en la mitad de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Pacientes con quimioterapia.

IV. PATOGÉNESIS.

En biopsia se encontró las alteraciones ultraestructurales sugieren cambios irreversibles en el tejido, similares a los encontrados en enfermedades autoinmunes y cáncer, el tejido normal es reemplazado por una red de fibrina con células epiteliales degeneradas, leucocitos y eritrocitos y por bacterias y residuos celulares

V. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

En cuanto a la epidemiología se pudo concluir que cuando hay enfermedad periodontal en infección por VIH, la progresión de ésta dependerá del estado inmunológico del paciente así como de los microorganismos subgingivales típicos o atípicos en la respuesta inflamatoria local

VI. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

➢ SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Se caracteriza por una banda roja intensa de 2 a 3mm., a lo largo de margen gingival, puede ser generalizada o confinada a 1 o más dientes.

➢ EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

- No aplica,

VII. TRATAMIENTO.

- Según lo definido en el Listado oficial de Medicamentos (LOM).

VIII. INCAPACIDAD.

- No es necesaria.

IX. REFERENCIA/RETORNO A OTRAS DISCIPLINAS.

- Referencia a Odontólogo General y Dermatólogo.

X. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN

EL tratamiento sólo funciona en conjunto de una meticulosa higiene oral.

Explicar al paciente sobre su enfermedad, cuidados e Informar al paciente sobre su condición y el tratamiento a recibir; enfatizar la importancia de completar la atención.

I. DEFINICIÓN.

Enfermedad autoinmune de predisposición genética, caracterizada por la formación de bulas intraepiteliales en piel y membranas mucosas (de boca, nariz, ojos, garganta y órganos genitales) las cuales pueden ser de gran extensión poniendo en peligro la vida. El sistema inmunitario ataca a las células sanas.

II. CLASIFICACIÓN.

El pénfigo se clasifica en ocho tipos:

- Pénfigo vulgar o Crónico Maligno.
- Pénfigo Vegetante.
- Foliáceo.
- Seborreico.
- Subagudo maligno.
- Subagudo febril.
- Pénfigo paraneoplásico.
- Pénfigo Iatrógeno (provocado por Fármacos).

III. EPIDEMIOLOGÍA

Se trata de una enfermedad poco frecuente que aparece sobre todo entre los 40 y 60 años sin predilección por ningún sexo y parece ser más frecuente entre judíos del este de Europa, en toda el área del Mediterráneo y personas que viven en la selva de Brasil.

IV. PATOGÉNESIS.

Las principales lesiones mucosas se dan en la cavidad oral y la faringe; si bien cualquier otra mucosa del organismo puede verse también afectada. En el 60-70% de los casos de PV las primeras lesiones aparecen en la boca y en el 100% de los casos aparecen lesiones orales en el transcurso de la enfermedad en forma de ampollas que se rompen rápidamente dando lugar a erosiones dolorosas de la mucosa en cualquier localización (sobre todo el paladar blando, la mucosa labial, la yugal y la superficie ventral de la lengua). En la encía estas lesiones suelen adoptar las características de GD por lo que podría confundirse con otro tipo de gingivitis relacionada con placa cuando ésta es la única manifestación del PV.

V. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES

Su causa es desconocida, no es genético ni hereditario pero los genes de algunas personas los hacen más vulnerables.

VI. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

➢ SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Las úlceras sanan lentamente sin formación de escaras pero la enfermedad sigue un curso crónico con recurrencia en la formación de bulas.

Las lesiones de esta enfermedad mucocutanea pueden presentarse con vesículas bucales, ulceraciones hasta un (1) año antes de las apariciones en la piel. A menudo hay ulceras bucales y estas curan sin cicatrización.

➢ EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

Para el diagnóstico es necesario el estudio histopatológico y de inmunofluorescencia. En el primero las células del estrato espinoso pierden cohesión entre ellas adoptando una forma redondeada (células de Tzanck) y en el tejido conectivo subyacente puede observarse infiltrado inflamatorio crónico leve o moderado. Con IFD se pueden detectar IgG, fundamentalmente, aunque también IgM y C3 en los espacios intercelulares de las células epiteliales, y la IFI resulta positiva en el 80-90% de los casos pudiendo demostrarse la presencia de anticuerpos circulantes en el suero de estos pacientes.

VII. TRATAMIENTO.

Manejo multidisplinario de salud.

VIII. INCAPACIDAD.

Depende de severidad del caso entre1 a 3 días.

IX. REFERENCIA/RETORNO A OTRAS DISCIPLINAS.

El paciente debe ser derivado urgentemente al Dermatólogo con el fin de iniciar la terapia adecuada.

X. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Eliminar irritantes y factores locales que favorezcan la retención de la placa; medicación para dolor.
2. Instrucción y técnica de cepillado e información acerca de su enfermedad; instruir al paciente en las visitas al odontólogo y en un minucioso control de placa y evitar el alcohol, fumar y comidas irritantes.

I. DEFINICIÓN.

Es una enfermedad en la cual se generan auto-anticuerpos contra los componentes de la membrana basal provocando desprendimiento del tejido epitelial del conectivo adyacente.

II. CLASIFICACIÓN.

Hay 2 tipos de penfigoide que se manifiestan en la boca:

A. Penfigoide buloso: trastorno autoinmunitario, crónico que afecta principalmente la piel pero también la boca en forma secundaria en el 40% de los casos.

B. Penfigoide cicatrizal o de mucosas: enfermedad vesicular crónica que afecta masa mujeres en la 5ª década de vida. Compromete cavidad bucal, conjuntiva, mucosa de nariz, vagina, esófago y uretra; menos a menudo la piel. La característica principal es la ulceras precedidas por bulas las cuales curan con cicatrices.

III. EPIDEMIOLOGÍA

Produce vesículas o ampollas que rápidamente se erosionan, curando con cicatriz residual. Puede afectar a cualquier mucosa, más frecuentes en la mucosa oral como una gingivitis descamativa en el 85% de casos y conjuntival en el 64% y da origen a erosiones que ocasionan sinequias (cicatrices) que producirán ceguera. No suele haber ampollas en el resto de la piel aunque pueden presentarse de forma ocasional.

IV. PATOGÉNESIS

Se cree que la unión de los auto anticuerpos IgG al antígeno del penfigoide produce activación del complemento, la síntesis de C3a y C5a que degranulan a los mastocitos. Éstos a su vez liberan mediadores entre los que destaca el factor quimiotáctico de los eosinófilos. Los eosinófilos reclutados liberan enzimas lisosomales que destruyen la unión dermoepidérmica en la lámina lúcida.

V. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

- Se desconocen los factores causales del penfigoide.

VI. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

➢ SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Las características generales de las manifestaciones orales de enfermedades mucocutáneas son ampollas o bulas tensas que se convierten en erosiones o ulceraciones y pueden formar cicatriz (pénfigo cicatrizal).

VII. EXÁMENES DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico se establece por criterios clínicos, histológicos e inmunopatológicos.
Mediante inmunofluorescencia directa se observan los depósitos lineales de IgG y/o C3 en la región de la membrana basal.
La inmunofluorescencia indirecta, utiliza fluido de la ampolla u orina, pone de relieve en cerca de la mitad de los pacientes la existencia de IgG y/o C3 circulantes.

VIII. TRATAMIENTO.

Manejo multidisclipinario del equipo de salud.

- Corticoides tópicos: en afectación de mucosa oral principalmente. Triamcinolona Acetónido al 1 por mil en orabase. Aplicar una capa fina de la crema con ligero masaje 3 veces al día, después de cada comida.
- Corticoides sistémicos: Indicados en afectación ocular, laríngea o esofágica, enfermedad oral o cutánea que no responde a tratamiento tópico.
- Ciclofosfamida: Se utiliza en casos graves, con intensa afectación oftalmológica, asociada a corticoides.

IX. INCAPACIDAD.

- Depende de severidad del caso de 3 a 5 días.

X. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

- El paciente debe derivarse urgentemente a dermatólogo con el fin de iniciar la terapia adecuada.

XI. RECOMENDACIÓN.

El penfigoide ampolloso enfermedad de larga evolución. Los pacientes deben controlarse periódicamente hasta la remisión de síntomas y reducir los fármacos progresivamente atener la dosis mínima necesaria y mantenerlo libre de síntomas. En tratamiento inmunosupresor, realizar controles analíticos periódicos (cada 2 o 3 meses) de hemograma, función hepática y función renal.
El Penfigoide cicatricial es más grave que el ampolloso debido a que las secuelas pueden ser incapacitantes.

XII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en Salud Bucal.
2. Instruir al paciente en cómo controlar la placa; Evitar el alcohol, fumar y comidas irritantes
3. Instrucción y técnicas de cepillado y uso de seda dental.
4. Tener un extremo cuidado ocular.

I. DEFINICIÓN.

Enfermedad mucocutánea inflamatoria aguda, macular o ampollar, o ambas, en la que suceden diversos mecanismos inmuno patológicos que culminan en necrosis isquémica del epitelio y tejido conectivo subyacente. Las lesiones blancas de tiro o en iris con espacio central son el sello del eritema multiforme.

II. CLASIFICACIÓN.

A. Eritema multiforme menor es discreto y dura unas 4 semanas y puede presentar lesiones cutáneas y mucosas moderadas.

B. Eritema multiforme mayor trastorno que pone en riesgo la vida del paciente puede durar 1 mes o más y ataca piel, conjuntiva, mucosa bucal y genital (Síndrome de Stevens-Johnson).

III. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.

No hay tratamiento específico. Algunos resuelven espontáneamente y no requerir tratamiento las lesiones eritematosas, pero si los pacientes tienen anormalidades ulcerativas en síntomas leves suministrar antihistamínicos sistémicos y tópicos con anestesia local, limpiarlas lesiones con agua oxigenada y en casos graves referir a dermatólogo para suministrar corticosteroides sistémico.

IV. INCAPACIDAD.

- Depende de severidad del caso entre 1 a 3 días.

V. REFERENCIA Y RETORNO.

- El paciente debe ser derivado urgentemente al dermatólogo con el fin de iniciar la terapia adecuada.

VI. EDUCACIÓN.

1. Educación en Salud Bucal.
2. Instrucción y técnica de cepillado e información acerca de su enfermedad.

I. DEFINICIÓN

El granuloma piogénico es una lesión benigna, que se produce por un crecimiento excesivo de tejido conectivo en piel y membranas mucosas. A pesar de lo sugestivo del nombre, el exudado purulento no es la característica que destaca a esta lesión, la palabra granuloma se ajusta bien, debido a que en la lesión existe abundante tejido de granulación.

Otros Nombres con lo que se conoce: Botriomicosis Humana; Granuloma Piogenicum; Granuloma Gravídico; Hemangioma Capilar Lobular; Granuloma Telangiectásico y Épulis Vascular.

II. CLASIFICACIÓN.

Está clasificada dentro de las lesiones del tipo reactivo.

III. EPIDEMIOLOGÍA.

El granuloma piogénico no tiene predilección por edad, desde niños recién nacidos, como en ancianos, aunque el rango más común oscila entre los 11 y 40 años. Las lesiones son más frecuentes en mujeres en proporción de 3:2. Aparece en encía vestibular (75%), en especial la del maxilar superior, labios, lengua, mucosa bucal y paladar duro. Sitios extra bucales en orden decreciente cabeza, cuello, extremidades superiores, extremidades inferiores y zona genital. En poca frecuencia (0.5 a 5%) de casos en área periodontal.

IV. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

Causa desconocida; frecuente en manos, brazos o cara; se le relaciona a: Injurias repetitivas, micro traumatismo, Irritación local sobre piel o membranas mucosas y cambios hormonales durante el embarazo y la pubertad.

V. PATOGÉNESIS.

Reacción de proliferación excesiva del tejido conectivo en respuesta a un estímulo o agresión y se observa como una masa roja, de tejido hiperplásico de granulación abundante en capilares.

VI. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

En estadíos tempranos se ve como pápula roja e indolora, que en pocos días o semanas se convierte en una masa tumoral exófítica sésil o pedunculada, con superficie lobulada lo

corrugada y que suele acompañarse de ulceración, sangramiento espontáneo y exudado minucioso. De consistencia, color y tamaño variable de acuerdo a la evolución de la lesión; generalmente friable y se vuelve firme y fibrosa con forme pasa el tiempo. El color, depende de la vascularidad, puede ser rosado, rojo intenso, púrpura o marrón, llega a alcanzar en promedio entre 20 y 30 mm.

VII. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Se localiza a menudo en encías, labios y lengua y la causa más probable es la presencia de cálculo o material exógeno en el surco gingival y por traumatismo.
Las alteraciones hormonales (pubertad y el embarazo) pueden modificar la reacción gingival reparativa ante agresiones y observarse lesiones múltiples en encía o hiperplasia gingival generalizada.

Clínicamente se ve como masa gingival localizada, exófítica, protuberante y dolorosa, unida al margen gingival o al espacio interproximal por una base sésil o pedunculada. Sitio más común de aparecimiento el maxilar.

VIII. EXAMENES DIAGNÓSTICOS.

- IMÁGENES RADIOGRÁFICAS: Si es de larga evolución en cavidad oral, hay evidencia radiográfica de resorción ósea y radicular.

- LABORATORIO CLÍNICO:
  En lesiones ulceradas es común encontrar infiltrado inflamatorio compuesto por neutrófilos, polimorfonucleares, linfocitos y células plasmáticas. En lesiones de larga evolución se puede presentar obliteración gradual de los capilares, adquiriendo la lesión un aspecto más fibroso.

- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.
  - Tumor del embarazo.
  - Fibroma osificante.
  - Granuloma periférico de células gigantes.
  - Hemangioma capilar.

  Diferencias entre el piógeno y el gravídico:

  - PIÓGENO. Se observa que la encía está adherida, se encuentra en ambos géneros, en niños y adultos; no involucionan y se observa en otras partes del cuerpo, es característico que sangra más a la exploración.

- GRAVÍDICO: la encía está libre, se observa en la boca, en mujeres en edad reproductiva, tiende a desaparecer después de dar a luz y es posible que sangre menos a la exploración.

IX. TRATAMIENTO.

➢ MEDIDAS TERAPEUTICAS.

- Estas lesiones dificultan la higiene bucal empeorando el cuadro inflamatorio, hay que crear condiciones que favorezcan la cicatrización, especialmente aquellos con condiciones bucales deplorables. Enseñar y reforzar técnicas de higiene bucal, eliminar irritantes locales e indicar enjuagues de clorhexidina AL 0.12% dos semanas antes y una después de la remoción.

- Hay diferentes formas de tratamiento, pero la escisión quirúrgica completa con bisturí es el tratamiento de elección, incluye la base y los márgenes de la lesión, aun en difíciles de identificar.

- Retirar factores irritantes locales tipo cálculo o corrección de bordes excedentes o filosos de alguna restauración.

- Recurrencia con esta terapia el 16%.

- Cirugía con bisturí y antibióticos resultan altamente efectivos en la remoción de un granuloma piogénico y tarda hasta 3 semanas después de removido quirúrgicamente.

Posibles complicaciones:
- Sangrado del granuloma.
- Reaparición de la afección después del tratamiento.

X. INCAPACIDAD.

- Se recomiendan de 3 a 5 días de incapacidad.

XI. REFERENCIA Y RETORNO A OTRAS DISCIPLINAS.

- Al dermatólogo urgentemente con el fin de iniciar la terapia adecuada; Periodoncia y Retorno con ginecólogo (si es gravídico)

XII. PREVENCIÓN.

- Control hormonal.
- Control de enfermedades sistémicas.

XIII. EDUCACIÓN.

1. Educación en salud Bucal.
2. Explicar que la placa y cálculo son la causa de esta lesión.
3. Por lo que higienista enseñará las técnicas adecuadas de cepillado.
4. La mayoría de granulomas piógenos se pueden extirpar y dejan cicatriz y existe la probabilidad que reaparezca, al no destruirse entero el granuloma durante el tratamiento.

I. DEFINICIÓN.

Enfermedad inflamatoria, no contagiosa, prurítica, mucocutánea, inmunológicamente mediada, por mecanismos todavía no esclarecidos que produce una erupción papular, que afecta adultos de edad media y que puede involucionar espontáneamente.

II. CLASIFICACIÓN.

Existen varias formas además de la clásica, dependiendo según el patrón, forma clínica, topografía, evolución,

A. Hiperqueratósico: Reticular; papular y en placas.
B. Inflamatorio: Ulcerado; atrófico – erosivo y ampollar o buloso.
C. Mixto. Combinaciones del Hiperqueratósico e inflamatorio.

III. EPIDEMIOLOGÍA.

Distribución mundial, sin preferencias raciales, no hay predilección de sexos, aunque otros señalan que es más frecuente en mujeres y afecta a individuos de cualquier edad, se ha visto mayor tendencia de 30 a 60 años, con preferencia en varones a los 30 años y en mujeres alrededor de los 50, en niños la prevalencia no es bien conocida, puede afectar desde el primer año de vida hasta la adolescencia (11) y describe predilección por los varones.

IV. PATOGÉNESIS.

Relacionado a trastornos: sistémicos, inmunológicos, estrés, diversos microorganismos, fármacos, alimentos, que por reacciones antigénicas también están en la patogenia bucal. A veces se le ha asociado a hepatitis C, hay estudios, no siempre consensuados, en que se relaciona con alteraciones sistémicas como hepatitis B, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

V. ETIOLOGÍA Y FACTORES PREDISPONENTES.

Se cree que hay predisposición genética, relacionada a varios antígenos HLA (A3, A28, B5, B8, B16, Bw35, DR1); de Causa aún no determinada, con alteración en antígenos epidérmicos, inducida por infecciones bacterianas, virales, sensibilización, trauma, entre otras, produce respuesta inmune similar a la que se da en la Enfermedad Injerto contra Huésped, con respuesta liquenoide producida por medicamentos, y pudiera ser una reacción alérgica tipo IV, el proceso de respuesta celular es localizada en la unión dermo-epidérmica, caracterizada por degeneración de queratinocitos en la capa basal con disrupción de la membrana basal.

VI. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

La variedad Mucosa: en dos formas, la Oral, (LPO) que muestra un patrón reticulado blanquecino que afecta mayormente los carrillos o La eritematosa, así como formas erosivas o atróficas e hipertróficas y la coexistencia de más de una forma puede afectar toda la mucosa oral, lengua, encías, que rara vez se extiende a la laringe y esófago

- SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Las lesiones cutáneas consisten en pequeñas pápulas, rojizas o violáceas, pruriginosas en las superficies de flexión de las extremidades.

Las lesiones bucales más frecuente es la forma reticular, que es una clave diagnóstica.

Lesiones que aparecen como estriaciones elevadas y lineales de color blanco que a menudo se entrelazan en las denominadas: estrías de Wickham, que se presentan en la forma erosiva del liquen plano en la periferia del área erosionada.

Las lesiones tipo placa, no se distinguen clínicamente de la leucoplasia oral. Estas manifestaciones pueden permanecer asintomáticas.
En algunos casos en los que no hay claridad en el diagnóstico, se han llamado a las manifestaciones orales "lesiones orales liquenoides", dado su aspecto.

- EXÁMENES DIAGNÓSTICOS.

EXAMEN DE LABORATORIO.

En el examen histopatológico se observa degeneración hidrópica de la capa basal con un denso infiltrado inflamatorio subepitelial en banda consistente, principalmente, en linfocitos T y con frecuencia también pueden observarse queratinocitos degenerados en la interfase epitelio-conectivo. La inmunofluorescencia directa (IFD) demuestra depósito lineal o granular de fibrinógeno en la membrana basal.

VII. TRATAMIENTO.

- Observación.
- Biopsia.
- Enjuague de Betametasona al 0.1% diluido 15 gotas en vaso de agua.

En la cavidad oral se distinguen dos patrones diferentes de liquen plano (LP) que pueden manifestarse simultáneamente: el patrón reticular se caracteriza por la presencia de líneas blanquecinas, hiperqueratósicas, denominadas estrías de Wickham que se entrecruzan y que asientan, principalmente, en la zona posterior de la mucosa yugal generalmente de modo bilateral. Este tipo de lesiones no suele producir sintomatología y no requiere tratamiento.

El otro patrón es el atrófico-erosivo, consiste en zonas de mucosa atrófica, erosiones o ulceraciones que sobre todo en la mucosa yugal, los fondos de vestíbulo, el dorso de la lengua y en la encía pudiendo manifestarse como GD.

VIII. INCAPACIDAD.

- 1 a 3 días, en caso de tratamiento quirúrgico.

IX. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

- Referir urgentemente al dermatólogo para iniciar la terapia adecuada.
- Referencia a Periodoncia y/o Maxilofacial para toma de biopsia y tratamiento adecuado.

X. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en salud bucal.
2. Explicar al paciente sobre su enfermedad, cuidados, instrucción y técnica de cepillado, uso de seda dental, entre otros.

MANIFESTACIONES DE REACCIONES ALÉRGICAS EN LA CAVIDAD BUCAL (CIE 10 T 78.4).51.

I. DEFINICIÓN.

Son manifestaciones gingivales de respuestas de hipersensibilidad inmediata (respuesta mediada por IgE) o retardada (respuesta mediada por célula T).

II. EPIDEMIOLOGÍA.

Este tipo de reacciones son poco comunes en la cavidad oral.

III. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

- ALERGIAS A MATERIALES DENTALES RESTAURATIVOS.

Caracterizadas por que las manifestaciones aparecen de 12 a 48 horas posterior al contacto con el alérgeno, pero para que la reacción se lleve a cabo debe haber sensibilización del huésped por contacto previo con el material. Ejemplo: Mercurio, níquel, acrílico y otros.

Estas lesiones se caracterizan por: similitud a lesiones producidas por liquen plano o leucoplasia se ven lesiones rojas o blancas algunas veces ulceradas vecinas o en contacto con el material y desaparecen con la remoción del material causante.

- ALERGIAS A CREMAS DENTALES Y ENJUAGUES BUCALES.

Respuesta alérgica por contacto, relacionada a saborizantes y preservativos, similares a los usados en la goma de mascar. Las características son: Gingivitis edematosa algunas veces con ulceraciones o lesiones blancas en que la encía se torna muy roja.

- ALERGIAS ALIMENTICIAS:

Lesiones ubicadas en mucosa labial, bucal o lingual: que a veces puede presentan queilitis y desaparecen al abandonar el uso del alérgeno. Presentan reacciones de hipersensibilidad Tipo I y IV sus características comunes son: Inflamación severa, Gingivitis y Gingivoestomatitis.

IV. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.

Tratamiento Paliativo: Enjuague con Gluconato de Clorhexidina 0.12% 3 veces al día y eliminar el factor causal.

Farmacológico: Uso de antialérgicos orales: Clorfeniramina 4 mgr 1 comprimido, 3 veces al día por 3 días o Loratadina 10 mgs 1 tableta cada día por tres días

Crema tópica a base de esteroides hidrocortisona al 1% aplicar 3 veces día mientras dure la lesión.

V. INCAPACIDAD.

- De 1 a 3 días según gravedad de la lesión.

VI. REFERENCIA A OTRAS DISCIPLINAS.

- Referir al médico alergólogo para determinar causa e iniciar terapia adecuada.

VII. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN.

1. Educación en salud bucal.
2. Enseñar a paciente a detectar posibles causas de cuadro alérgico ambientales, alimenticias, objetos entre otros para que evite contacto con ellas y caso de no poder evitarlo contar con el medicamento correspondiente para tratarse.
3. Cumplir terapia y medicamentos que le indiquen su médico y odontólogo en el caso de este último pastas dentífricas desensibilizantes.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

HIPERTENSIÓN.

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad sistémica más frecuente en la población adulta. Se define como el aumento sostenido de la presión arterial por arriba de 140 mmHg para la presión sistólica, y superior a 90 mmHg para la diastólica; en sus inicios es asintomática e inocua, con el tiempo va a tener repercusiones en todos los tejidos y órganos y puede ser mortal.

- **TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:**

a) Preguntar al paciente en cada consulta si ha seguido su tratamiento.
b) Verificar toma de medicamentos el día de su consulta.
c) Tomar presión arterial previamente al tratamiento.
d) Utilizar un máximo de 2 cartuchos de vasoconstrictor (paciente controlado).
e) Informar al paciente hipertenso sobre la necesidad de realizar modificaciones en su tratamiento dental, para evitar una crisis hipertensiva derivada del tratamiento odontológico.

- **PLAN DE TRATAMIENTO DENTAL E HIPERTENSION ARTERIAL:**

Clasificación año 2013 de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC).

Categoría*	Sistólica		Diastólica
Optima	< 120	y	< 80
Normal***	120-129	y/o	80-84
Normal alta***	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada**	≥ 140	y	< 90

*La categoría se define por el valor más alto de presión arterial, ya sea sistólica o diastólica.
**La HTA sistólica aislada debe clasificarse en grados 1, 2 o 3 según los valores de presión arterial sistólica en los intervalos indicados.
*** Categoría normal y normal alta corresponde a la categoría de Pre-hipertensión Arterial, según la Clasificación del JNC7 (2003).

- Etapa 1: (140-159) PAS y (90/99) PAD.
  - Sin modificaciones en el plan de tratamiento.
  - Referir al paciente con el médico, si es mayor.

Manifestaciones bucales secundarias: al uso de medicamentos hipertensivos de los que destacan la hiposalivación, los agrandamientos gingivales (bloqueadores de los canales de calcio).

CARDIOPATIAS CORONARIAS.

Las cardiopatías coronarias son la obstrucción del flujo sanguíneo coronario, que produce diversos grados de isquemia en el músculo cardiaco. Las complicaciones que derivan de la falta de riego sanguíneo al miocardio también son diversas, y pueden ocasionar la muerte.

D. ANGINA DE PECHO.

La angina es el resultado de la discrepancia entre las demandas de oxígeno del miocardio y la incapacidad de las arterias coronarias para satisfacerlas, por disminución en el lumen arterial, al espasmo de la arteria coronaria o al desprendimiento y embolización de un fragmento de la placa ateromatosa. Todo ataque anginoso mayor de 20 minutos debe considerarse infarto del miocardio.

Se deberá suspender el tratamiento dental ante un cuadro de dolor anginoso durante el tratamiento dental y colocar al paciente en posición cómoda (Semi fowler a 45°), de no lograr alivio del dolor a los 10 minutos, tomar signos vitales y administrar oxígeno por bigotera a una dosis de tres litros por minuto, y referir al hospital acompañado por personal médico y paramédico.

E. INFARTO DEL MIOCARDIO.

Consiste en una zona localizada de necrosis del músculo cardiaco, producto de una isquemia aguda y sostenida del aporte sanguíneo en alguna de las ramas de las arterias coronarias. El cuadro clínico consiste aparición súbita de dolor torácico, opresivo, retroesternal, descrito como en "garra", irradiado al hombro y brazo izquierdos, aunque a veces se extiende al ángulo de la mandíbula del mismo lado.

En base a lo antes mencionado, el paciente debe estar controlado por su médico 3 meses antes al tratamiento odontológico y presentar Evaluación Cardiovascular, con las recomendaciones respectivas

➢ ARRITMIA.

Arritmia es el término genérico que se emplea para un grupo de trastornos de la conducción de los impulsos eléctricos del corazón.

Como medida inicial en el manejo de la arritmia, se deberá: Provocar vómito, tos o dar masaje al seno carotídeo ante taquiarritmias. En bradiarritmias con pérdida de la conciencia puede darse un golpe precordial enviar a evaluación médica.

➢ INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

Es una condición en la cual el corazón ya no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo, volviéndose incapaz de proporcionar el oxígeno y los nutrientes que el organismo requiere. Entre los signos y síntomas que sugieren insuficiencia cardiaca congestiva destacan: edema en miembros inferiores, extremidades frías, cianóticas o húmedas, dificultad para respirar, agitación ante pequeños esfuerzos, ansiedad, tos, etc.

MANEJO GENERAL DEL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUEMICA PREVIO A PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO.

a) Conocer el estado actual de salud y la terapia farmacológica.
b) Informar al cardiólogo sobre el procedimiento dental a realizar y fármacos a utilizar.
c) Para el tratamiento electivo esperar seis meses después del infarto para tratamiento.
d) Tomar signos vitales: Frecuencia cardiaca > 100 o < 60 latidos/minuto (taquicardia o bradicardia), Si TA arriba ≥ 159/99 mmHg, o alteraciones en el ritmo cardiaco, posponer la consulta y remitir al médico.
e) Sólo tratar a pacientes con arritmia bajo control médico.
f) Evitar el uso de vitalómetro, bisturí eléctrico o instrumentos de ultrasonido en portadores de marcapaso.
g) Deben emplearse anestésicos locales sin vasoconstrictor.
h) Pacientes que fueron sometidos a desviaciones o puentes coronarios, en los últimos seis meses, o que tengan daño valvular o cardiopatía congénita, deben recibir profilaxis antibiótica para endocarditis bacteriana: amoxicilina 2 g y/o Clindamicina 600 mg, en caso de alergia, una hora antes de la cita, por vía oral.
i) No usar vasoconstrictores adrenérgicos en el paciente con tratamiento de β. Bloqueadores.

j) Evitar AINE en terapia anticoagulante y por corto tiempo en los que ingieren bloqueadores β o IECA.
k) Suspender aspirina 7 días antes del procedimiento dental.
l) Solicitar un Tiempo de Protrombina (TP) con INR en pacientes que están bajo terapia anticoagulante con Warfarina. Si el resultado es mayor a 2.5, referir al médico tratante para ajuste de dosis.

En base a lo antes mencionado, el paciente debe estar controlado por su médico 3 meses antes al tratamiento odontológico y presentar Evaluación Cardiovascular, con las recomendaciones respectivas.

PADECIMIENTOS PULMONARES54.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).

Serie de enfermedades, entre las que destaca bronquitis crónica y enfisema pulmonar, caracterizada por limitación crónica del flujo aéreo espiratorio.

- La bronquitis crónica: caracterizada por hipersecreción bronquial con tos y esputo, por más de tres meses al año, dos años consecutivos relacionada especialmente al hábito de fumar.
- El enfisema: es la limitación más grave en el flujo aéreo generada por dilatación de los alvéolos y destrucción del parénquima pulmonar, sin el desarrollo de fibrosis.

MANEJO GENERAL DEL PACIENTE CON EPOC PREVIO A PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO.

a) La posición en el sillón debe ser de 45° o la que él considere cómoda para facilitar la ventilación.
b) El paciente debe estar clínicamente estable y ser atendido por el odontólogo un mes después de su última crisis asmática o EPOC.
c) Identificar factores desencadenantes, la severidad de los episodios, manejo farmacológico y hospitalizaciones.
d) Durante su estancia en el centro de atención y previo a su tratamiento odontológico, el paciente deberá utilizar el broncodilatador y esteroideo inhalado.
e) En pacientes con terapias esteroidea crónica, se deberá valorar el uso de terapia antibiótica de forma profiláctica.
f) Debe contraindicarse los anestésicos locales con vasoconstrictores y AINES.
g) En situación de emergencia en la consulta, tomar signos vitales y administrar oxígeno por bigotera a una dosis de tres litros por minuto, y referir al hospital acompañado por personal médico y paramédico.

En base a lo antes mencionado, el paciente debe estar controlado por su médico 1 mes antes al tratamiento odontológico y presentar Evaluación Neumológica para los estadíos de EPOC (GOLD 3 Y 4)*, con las recomendaciones respectivas.

Nota*. GOLD 3 y 4. Estadío de severidad en base a la espirometría.

ASMA (CIE-10:J45.0)

Enfermedad pulmonar caracterizada por la obstrucción, inflamación o respuesta aumentada de las vías respiratorias.

MANEJO GENERAL DEL PACIENTE CON ASMA PREVIO A PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO.

h) La posición en el sillón debe ser de 45° o la que él considere cómoda para facilitar la ventilación.

i) El paciente debe estar clínicamente estable y ser atendido por el odontólogo un mes después de su última crisis asmática o EPOC.

j) Identificar factores desencadenantes, la severidad de los episodios, manejo farmacológico y hospitalizaciones.

k) Durante su estancia en el centro de atención y previo a su tratamiento odontológico, el paciente deberá utilizar el broncodilatador y esteroideo inhalado.

l) En pacientes con terapias esteroidea crónica, se deberá valorar el uso de terapia antibiótica de forma profiláctica.

m) Debe contraindicarse los anestésicos locales con vasoconstrictores y AINES.

n) En situación de emergencia en la consulta, tomar signos vitales y administrar oxígeno por bigotera a una dosis de tres litros por minuto, y referir al hospital acompañado por personal médico y paramédico.

En base a lo antes mencionado, para ASMA (Persistente moderada y persistente Grave), el paciente debe estar controlado por su médico 1 mes antes al tratamiento odontológico y presentar Evaluación Neumológica con las recomendaciones respectivas.

DIABETES MELLITUS (CIE-10: E10-E14) 55.

Es un conjunto de alteraciones metabólicas, cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre, de carácter persistente crónica debido ya sea a un defecto en la producción a la insulina, a la resistencia a la acción de esta para utilizar la glucosa, a un aumento en la producción de la glucosa o una combinación de ambos mecanismos.

En personas con diabetes, una de los dos componentes del sistema falla: El páncreas no produce o produce poca insulina (Tipo I); o las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce (Tipo II).

MANEJO GENERAL DEL PACIENTE CON DIABETES PREVIO A PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

a) Las citas deben ser matutinas y el paciente deberá haber desayunado para evitar la hipoglucemia.
b) Ante la presencia de los signos de ansiedad, sudoración, cambios cardiovasculares y hambre puede ocasionarle hipoglicemia, el médico deberá tomar hemoglucotest. Si se documenta glucosas < o igual 60 Mg/dL. se deberá iniciar terapia con soluciones glucosadas.
c) Cifras de glucosa < a 200 mg/dL, dan un margen de seguridad para el riesgo de infecciones.
d) Usar con precaución AINES por un corto periodo de tiempo menores a 5 días. Y con función renal preservada.
e) Usar con precaución vasoconstrictores, dependiendo el riesgo del paciente y comorbilidades.

TRASTORNOS DE LA GLANDULA TIROIDES (CIE-10: E35.0) 56.

Las hormonas tiroideas son tiroxina (T4), triyodotironina (T3); las dos primeras regulan el metabolismo celular, la tercera junto con la vitamina D, la homeostasis del calcio sérico.

- **BOCIO SIMPLE:** Es el aumento de volumen de la glándula tiroides.
- **HIPERTIROIDISMO:** Es el exceso de T4, T3 o ambas. Signos y Síntomas: Nerviosismo, temblores, Intolerancia al calor, palpitaciones, pérdida de peso a pesar de un aumento de apetito y ojos de pez.
- **THIPOTIROIDISMO:** Es la afección en la que la glándula tiroides tiene un funcionamiento anómalo y produce muy poca cantidad de hormona tiroidea. Las más referidas son el cretinismo o hipotiroidismo infantil y mixedema o hipotiroidismo del adulto.

Signos y síntomas: Cansancio, Debilidad, Aumento de peso, Somnolencia, Intolerancia al frío

y Depresión, entre otras.

- **MIXEDEMA:** también hay macroglosia, ninguna manifestación dental ni bucal.

MANEJO GENERAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TIROIDEA PREVIO A PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

a) Conocer los fármacos que toma el paciente, pues los antitiroideos, los sustitutos hormonales y los bloqueadores B presentan fáciles sinergias con los fármacos de uso de prescripción dental.
b) En pacientes con antecedentes de enfermedad tiroidea es necesario valorar la frecuencia cardiaca previo al procedimiento.
c) Solicitar TSH entre los valores comprendidos de entre 2 – 4 UI
d) Sólo dar medidas paliativas apaciente sin control, con sospecha de alteración tiroidea sintomática o manejo médico inadecuado
e) La intervención de urgencia, se hará en área hospitalaria por posibles complicaciones como: hipotermia, bradicardia, hipotensión, convulsiones, sospecha de coma mixedematoso o crisis hipertiroidea.

INSUFICIENCIA RENAL (CIE-10: N17-N19) 57

La insuficiencia renal crónica es el deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal, lo que conlleva a: La acumulación de sustancias de desechos metabólicos, pérdida del balance hidroelectrolítico y alteración del mecanismo ácido-base.

Estadio	FG(ml/min/1,73 m²) (Filtrado Glomerular)	Descripción
1	≥ 90	Daño renal con FG normal
2	60-89	Daño renal, ligero descenso FG
3	30-59	Descenso moderado del FG
4	15-29	Descenso grave del FG
5	<15 o diálisis	Prediálisis o diálisis

MANEJO GENERAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA PREVIO A PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO.

Todo paciente odontológico con Enfermedad Renal Crónica en estadíos 3, 4 y 5, debe llevar

"Evaluación por el Servicio de Nefrología".

En los pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA), se les puede realizar en cualquier momento el procedimiento, previo control con exámenes.

El mejor momento para realizar el procedimiento odontológico es dentro de las 24 horas posteriores al tratamiento de hemodiálisis.

Se deberá tomar signos vitales, previo procedimiento odontológico.

Evitar medicamentos vasoconstrictores y AINES.

Coordinar con el Servicio de Nefrología para el manejo de la anticoagulación y manejo de anemia durante la terapia dialítica.

En situación de emergencia en la consulta, tomar signos vitales y administrar oxígeno por bigotera a una dosis de tres litros por minuto, y referir al hospital acompañado por personal médico y paramédico.

CIRROSIS (CIE-10:K70.3, K71.7, K74) 58.

Es una enfermedad crónica del hígado consistente en la muerte progresiva del tejido hepático normal y sustitución por tejido fibroso que lleva a la incapacidad del órgano para ejercer sus funciones.

Es la cicatrización fibrosa irreversible, secundaria a daño causado por diversos agresores inflamatorios, tóxicos, metabólicos y la presión congestiva de sangre de órganos vecinos y de su extensión depende la disfunción hepática observada, pudiendo encontrar algunas de las siguientes manifestaciones orales:

- En disfunción hepática, con eventos hemorrágicos espontáneos o provocados, puede observarse sangrado gingival espontáneo, hematomas posquirúrgicos o sangrado franco.
- Mucosa oral pálida por anemia asociada a desnutrición, sangrado agudo o crónico. Halitosis que se distingue por aroma fétido, dulzón y rancio.
- Hay atrofia anémica de la mucosa lingual (glositis), petequias o equimosis por trombocitopenia y sangrado gingival. Hipoplasia adamantina en los dientes en etapas de desarrollo y formación dental.

TUBERCULOSIS (CIE-10: A15, A19) 59.

Enfermedad infectocontagiosa, causada por el *Mycobacterium tuberculosis* afecta principalmente a los pulmones pudiendo dañar a otros órganos y tejidos; cuyos síntomas son tos y expectoración por más de 15 días, sudoración nocturna, cansancio y fatiga, falta de apetito, pérdida de peso, fiebre y disnea, En casos de tuberculosis más avanzada presenta una hemoptisis (cavernas tuberculosas), Adenopatía (tuberculosis ganglionar)

MANEJO ODONTOLOGICO DEL PACIENTE:

- El paciente con TB activa no debe estar en la sala de espera junto a otros los demás por tiempo prolongado; por el riesgo de contagio directo o cruzado que pudieran tener, en caso no sea posible su separación de la sala de espera, se debe solicitar uso de una mascarilla o tapabocas.

- Tratamiento a todo paciente con TB activa; se debe aliviar el dolor de manera paliativa, sin embargo, una vez el paciente tenga al menos un mes de tratamiento se debe realizar con normalidad los tratamientos odontológicos preventivos o restaurativos necesarios que amerite. El odontólogo debe de utilizar mascarilla N 95, durante todo el procedimiento que realice en cavidad oral.

- Se ha demostrado que la carga bacilar disminuye importantemente a la tercera semana de tratamiento antituberculoso. Por tanto no habría motivo para diferir por más de un mes el tratamiento Odontologico que se requiera.

- Remitir al médico a sospechoso de lesiones bucales a tuberculosis.

- Pacientes que ya fue catalogado como curado o tratamiento terminado de tuberculosis, deben tratarse como pacientes sanos.

- Pueden recibir tratamiento de cavidad oral: pacientes con infección renal, de tubo digestivo o tuberculosis pulmonar; no serán considerados infecciosos siempre que cumplan esquema farmacológico a tuberculosis y el odontólogo cumpla las medidas universales de bioseguridad.

Manifestaciones Orales: Ulceración de bordes indurados muy dolorosas, con tubérculos satélites en la periferia o nódulos, fisuras, placas o vesículas que crecen con lentitud, se localizan en el dorso o bordes de la lengua (Ulcera en lengua y adenopatía submaxilar). Los pacientes con infección por VIH tienen mayor riesgo de desarrollar tuberculosis oral; similar a las lesiones tuberculosas y chancro o Carcinoma Epidermoide. A toda úlcera dolorosa de paciente con TB tomar biopsia para diagnóstico, y seguir Lineamientos técnicos para la

prevención y control de la tuberculosis vigente, (Ver sección de TB extrapulmonar).

Tratamiento Oral:

- Manejo farmacológico (igual que para infección pulmonar), según Lineamientos técnicos para la prevención y control de la tuberculosis vigentes, la última edición al momento es de 2015.
- Higiene oral adecuada.
- Eliminar focos de irritación para nuevas infecciones: restauraciones defectuosas, dientes cariados, restos radiculares y hábitos nocivos como el mordisqueo crónico,
- Analgésicos y anestésicos tópicos el dolor de lesiones orales

HEPATITIS VIRALES (CIE-10: K75.9) 60

Existen 7 tipos principales de hepatitis de origen viral y son: de tipo A, B, e, D, E, F Y G. Parece tener la mayor repercusión odontológica La hepatitis tipo B. Todos los virus hepatotrópicos tienen la capacidad de desarrollar infección aguda del hígado pero sólo las B, E y D ocasionan formas crónicas de enfermedad

Manejo odontológico del Paciente: Son infecciosos: cuadros agudos, convalecientes (hasta 6 meses) positivos a HBsAg, portadores crónicos o con hepatitis crónica activa y deberán seguir el protocolo siguiente:

1. El personal debe estar inmunizado y usar ropa de tipo quirúrgico desechable.
2. Restringir el área, preparar con anticipación lo requerido para el acto quirúrgico
3. Programar el mayor número de procedimientos posibles por sesión.
4. Usar succión quirúrgica o dique de hule.
5. Contar con gasas y toallas humedecidas con material desinfectante para limpieza (de instrumental, área de trabajo y eliminación de contaminantes).
6. Evite daño tisular y autopunciones.

Medidas posteriores al tratamiento:

1. Colocar en una bolsa identificable (doble bolsa), todo el material desechable. Usar contenedores rígidos para desechar instrumentos punzocortantes.
2. Sumergir y desinfectar el instrumental utilizado con Clorehexidina; luego limpiar y esterilizar.
3. Desinfectar el área operatoria: pisos, mobiliario.
4. Proteger las manos con guantes, de preferencia de uso pesado. Al final desinfectar manos

con jabones a base de clorhexidina u otro desinfectante potente.

Complicación Oral: Posibilidad de hemorragias ante una cirugía comprobar el tiempo de protrombina asegurarse que es inferior a dos veces el normal (valor normal: 11-14 segundos). No superar los 7 minutos, si supera los 28 segundos, puede haber hemorragia postoperatoria grave y requerir reposición plaquetaria, evitar procedimientos quirúrgicos extensos y comentarlo previo a la cirugía el caso con el médico tratante del paciente

ANEMIA (CIE-10:D50, D64) 61.

Disminución de la hemoglobina funcional disponible, hay desequilibrio entre la eritropoyesis y la utilización, destrucción o eliminación de los eritrocitos por lo que no se produce y almacena la cantidad suficiente de hemoglobina. Es anemia 13 g/dL de hemoglobina en un adulto masculino y menos de 12 g/dL en una mujer.

Puede haber pseudoanemias como en el embarazo.

Manejo Odontológico.

a) En anemia postergar los procedimientos dentales y dar tratamiento paliativo con medicamentos.

b) No realizar ningún tratamiento quirúrgico apacientes con anemia por el riesgo de retraso en la cicatrización e infecciones secundarias.

c) Cautela con paciente sospechoso de anemia, sin diagnostico o mal manejado, porque puede sucederle un desvanecimiento hasta una crisis cardiovascular aguda.

d) Tratar problemas relacionados a anemia: sensibilidad, ardor y dolor, ulceraciones.

Manifestaciones Orales:

1. Degeneración nerviosa a veces irreversible en anemia perniciosa y el dolor lingual puede controlarse con ácido fólico
2. Queilitis angular frecuente en edéntulos, asociada a infección por Cándida albicans en anemia por déficit de hierro.
3. La piel y mucosas pálidas a ictéricas.
4. Epitelio de la mucosa atrófico, sensible a traumatismos y ulceración o irritación del tejido subyacente.

5. Marcada disfagia.
6. Predisposición a carcinoma epidermoide en la mucosa atrófica de vías aéreas superiores, particularmente la faringe.
7. Cambios de atrofia inicial en papilas filiformes y en las fungiformes de la lengua y fisurales con un aspecto rojo intenso y vidriado (glositis de Hunter) que produce distorsión en el gusto.
8. En estadios avanzados hay úlceras muy dolorosas en áreas de atrofia grave, sobre todo en pacientes que utilizan prótesis.
9. Los Colutorios con agua tibia salina o bicarbonato de sodio atenúan las molestias y también limpiar las úlceras. Se recomienda usar anestésico o sedante tópicos (Graneodin, Lonol o Vantal bucofaríngeo) en síntomas y lesiones bucales de los diversos tipos de anemia, ulceración local, dolor y ardor, para facilitar el tratamiento en el consultorio y para aliviar las molestias al comer.
10. Antimicóticos para tratar la queilitis angular.

LEUCEMIAS (CIE-10:C95) 62.

Neoplasias malignas con proliferación anormal e incontrolada de células germinales que dan origen a los leucocitos, lo que determina insuficiencia en la formación del resto de las células sanguíneas, como eritrocitos y plaquetas. Aumentan marcadamente las cuentas leucocitarias sanguíneas y el grado de madurez es variable. Las células leucémicas se exceden y sustituye elementos medulares normales proliferando en otras partes del sistema retículo endotelial como bazo, hígado y ganglios linfáticos, y pueden invadir órganos o tejidos no hematológicos como meninges, tubo digestivo, riñones, piel y encía.

CLASIFICACIÓN:

A. POR EL TIPO CELULAR:

- Granulocíticas (mielocíticas); Monolíticas y Linfocíticas.

B. POR SU MADUREZ O DIFERENCIACIÓN CITOLÓGICA:

- **Leucemias agudas.** El infiltrado medular básicamente son células inmaduras (blastos); subdividirse en L. linfoblásticas (linfocíticas) más frecuentes en niños o no linfoblásticas

(mielógenas) en adultos. Suelen acompañarse de anemia normocítica, normocrómica y trombocitopenia.

- **Leucemias crónicas**. El infiltrado de la médula en su mayor parte es de células maduras y bien diferenciadas, tienen un curso clínico benigno. En ocasiones no presenta sintomatología, el diagnóstico podría ser casual. La enfermedad puede estar en remisión durante largos periodos, sin embargo tiene una tasa de crecimiento menor que las agudas, eso las hace menos sensibles a tratamiento con quimioterapia.

Manifestaciones Clínicas: Clínicamente se puede acompañar de anemia grave, caracterizada por palidez de la piel y mucosas, debilidad, astenia, cefalea, disnea, acufenos y taquicardia.

Manejo Odontológico: Los riesgos principales son la hemorragia y la infección.

- **Leucemia aguda o agudizaciones de leucemia crónica**. La intervención del cirujano dentista es requerida por las manifestaciones bucales agudas como ulceraciones, sangrado, infecciones, dolor y ardor.
- **Paciente leucémico en receso:** Los indicadores que de no tenerlos se prefiere esperar a que se normalicen para mayor seguridad del manejo en pacientes fueron sometidos recientemente a quimioterapia son: más de 70,000 plaquetas/mm3, más de 10 g Hb/dL y más de 2,000 neutrófilos/mm3 de sangre.
- **Pacientes leucémicos en fase de remisión (curación) o enfermedad crónica: Las** Leucemias crónicas o que han remitido permiten tratar al paciente como sano; eliminar irritantes locales y disminuir los riesgos infecciosos periodontal, dental y pulparmente.
- **Paciente con tratamiento antileucémico o con trasplante de médula**: Usar antibiótico profiláctico: en pacientes con menos de l, 000/mm3 de Neutrófilos maduros en sangre y focos sépticos en la boca, extracciones y otras manipulaciones que produzcan sangrado.
  - Emplear antibióticos de amplio espectro.
  - Preservar la integridad física del individuo inmunosuprimidos susceptibles a infecciones virales y micóticas, la identificación y tratamiento tempranos de infecciones.

Manifestaciones Bucales:

- Palidez de piel y mucosas. Hemorragia gingival espontánea o a la menor manipulación, aun en ausencia de problemas periodontales obvios y ulceraciones en boca y faringe. Crecimiento de encías por infiltración leucocitaria.

- Es frecuente en leucemias mielógenas monocíticas agudas problemas periodontales y pericoronitis que debe atenderse oportunamente, por ser reservorio de microorganismos Gram- positivo y gramnegativos.
- Lesiones atrófico-ulcerosas y estomatitis infecciosas (GUNA, herpes, candidiasis) Secundarias a terapia antileucémica e infecciones por virus del herpes simple y varicela-zoster así como infecciones por hongos como Cándida albicans, Histoplasma o Aspergillus.
- Reacciones liquenoides, queratósicas, atrofia y ulceración, hiposalivación marcada y agrandamiento gingival, luego de trasplante de médula como tratamiento y Ciclosporina para evitar el rechazo al trasplante en Leucemia.

QUIMIOTERAPIA. (CIE-10:Z51.2) 63

La quimioterapia consiste en la administración de fármacos (citostáticos) que tienen como objetivo impedir la reproducción de las células cancerosas. Hoy en día se utilizan más de 100 quimioterápicos en varias combinaciones. Muchos de ellos presentan una acción variable según la dosis que se administre.

La quimioterapia puede producir una serie de efectos secundarios: mielo depresión, efectos orales, cutáneos, gastrointestinales, cardíacos, pulmonares, renales y neurológicos.

Conocer de la historia clínica médica la enfermedad principal, el protocolo de quimioterapia, alergias, cirugías, otras enfermedades asociadas y el estado actual de mielo depresión. La historia clínica dental incluye información detallada sobre hábitos para funcionales, dientes cariados, prótesis, dientes sintomáticos, cuidados preventivos; se deben explorar la cabeza, boca y cuello, la higiene oral y realizar la exploración complementaria radiológica conveniente basándonos en la historia y los datos obtenidos.

MANEJO GENERAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD NEOPLÁSICA PREVIO A PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO.

Todo tratamiento dental debería completarse antes de que la quimioterapia inicie debido al estado de mielo supresión producido durante el tratamiento quimioterápico; cuando no sea posible se debe colocar restauraciones provisionales y diferir el tratamiento dental no electivo hasta que el status hematológico del paciente sea estable.

Dientes permanentes no vitales sintomáticos deben recibir tratamiento de conductos al menos 1 semana antes del primer ciclo para poder valorar su éxito antes del inicio de la quimioterapia. Si esto no es posible se indica la exodoncia.

Priorización de los tratamientos dentales.

Cuando todas las necesidades dentales no puedan tratarse antes del inicio de la quimioterapia, las prioridades deben ser: infecciones, extracciones, tratamiento periodontal básico, eliminación de factores de irritación tisular, endodoncia de piezas permanentes y reemplazo de obturaciones defectuosas. Las lesiones de caries con mayor riesgo de provocar pulpitis se tratarán primero; las lesiones pequeñas se pueden tratar con fluoruros y/o selladores hasta que se pueda completar su tratamiento definitivo.

Manejo odontológico durante la quimioterapia.

Debido al estado de mielosupresión con leucopenia, trombopenia y anemia en grados variables, el tratamiento dental electivo se debe posponer hasta que el paciente entre en etapa de remisión de la neoplasia, o bien, cuando los fármacos hayan sido suspendidos.

Si surge una emergencia dental:

Precauciones: Infecciones bucales o pulpitis, debe comentarse tratamiento dental con el oncólogo para que de recomendaciones sobre medidas médicas de apoyo (antibióticos, transfusión de plaquetas, analgésicos, incluso admisión hospitalaria).

Conocer el status hematológico del paciente es primordial al no disponer de datos recientes solicitar hematimetría con recuento y fórmula leucocitaria urgente para toma de decisiones.

Controles: Mínimo cada 6 meses y más frecuente en riesgo de caries y/o xerostomía. La higiene oral es de gran importancia pues reduce el riesgo de mucositis moderada/severa, sin provocar un aumento en la septicemia e infecciones en la cavidad oral. Los pacientes deben usar un cepillo de cerdas de nylon blando y cepillarse 2 veces al día. En casos de trombopenia importante con hemorragia gingival se utilizará una torunda de gasa o bastoncillos de algodón. Usar dentífrico fluorado pero, en casos de mucositis, si no lo tolera puede emplearse agua. En mucositis moderada/severa si el paciente no tolera el cepillo suave pueden utilizarse cepillos

súper suaves, de todas formas, el uso del cepillo suave debe reanudarse en cuanto la mucositis mejore. Para el cuidado de los labios se aconseja cremas a base de lanolina en vez de vaselina.

Manejo patología oral secundaria a la quimioterapia: 40% de los pacientes tratados con quimioterapia desarrollan problemas bucales, siendo los más frecuentes: la mucositis, las infecciones orales, el dolor y las hemorragias.

Para la prevención de mucositis se recomienda 30 minutos de crioterapia oral con chips de hielo. No usar Aciclovir para prevenirla ni la clorhexidina para tratarla mucositis oral establecida.

Como medidas generales evitar productos que contengan alcohol, glicerina o limón, dentífricos de acción abrasiva y el agua oxigenada. Llevar dieta blanda, incrementar el aporte de líquidos fríos y nutritivos y abstenerse de irritantes como el alcohol y tabaco. No se ha valorado el beneficio y la toxicidad del uso de anestésicos tópicos. La lidocaína reduce el reflejo nauseoso, puede producir sensación de quemazón además de posibles efectos no deseables en el SNC.

Infecciones de la mucosa oral: La candidiasis y el herpes son las infecciones más frecuentes pueden estar muy atenuados durante los periodos neutropénicos, por lo tanto se realizar cultivos o biopsias de lesiones sospechosas y prescribir medicación con bases empíricas hasta obtener resultados que permitan aplicar la terapia específica. La Nistatina no es efectiva para prevenir las infecciones fúngicas, incluida la candidiasis y se reserva para tratamiento de la infección establecida.

"Todo paciente con tratamiento de quimioterapia deberá referirse para el control Odontológico por su médico tratante".

CAPITULO II

PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGÍA

PROFILAXIS (ICD-10:96.54.4). 1

A. DEFINICIÓN.

Procedimiento que consiste en la detección y eliminación de irritante, placa bacteriana, materia alba, de la superficie del diente, por medio de un micromotor utilizando una pasta de piedra pómez aplicada con una copa de hule.

B. OBJETIVO.

i. Remoción de manchas dentales y pulido especializado con pasta abrasiva.
ii. Eliminación profunda de la placa dentobacteriana.

C. EVALUACIÓN.

Detección y eliminación de irritante, placa bacteriana, materia alba y manchas exógenas.

D. INDICACIONES.

➢ POBLACIÓN INFANTIL

Se efectuará este procedimiento:

a. Posterior al control de placa dentobacteriana y después del detartraje.
b. Previo a la aplicación tópica de flúor y a la colocación de sellante de fosas y fisuras.

➢ POBLACION ADULTA, GESTANTES Y ADULTO MAYOR.

c. Se efectuara este procedimiento en la tercera cita a los pacientes con gingivitis, y a los pacientes con periodontitis en la última cita, posterior al detartraje.

E. CONTRAINDICACIÓN.

– Ninguna

F. RECURSOS.

➢ RECURSO HUMANO:

- Higienista dental.

➢ MATERIAL Y EQUIPO:
- Pasta de piedra pómez.
- Copa de hule de atornillar o de contrángulo de pasador.
- Pieza de mano de baja velocidad (micromotor).
- Agua
- Contrángulo de pasador o ángulo de atornillar para profilaxis.
- Eyector de saliva.
- Frasco dapen.
- Hilo dental.

G. PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se explicara al paciente o al cuidador en qué consistirá el procedimiento.

H. PRECAUCIONES:

a. Evitar el sobre calentamiento de las piezas dentales.
b. Utilizar suficiente pasta profiláctica con baja velocidad.
c. No lastimar la encía.
d. Mientras realiza el procedimiento debe utilizarse todas las medidas de bioseguridad (guantes, mascarilla, gorro, visor).

I. COMPLICACIONES.

- Ninguna

J. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Efectuar índice de placa bacteriana (ver anexo procedimiento de preparación del paciente).
b) Preparar en un frasco dapen la piedra pómez fina mezclada con agua. Esta mezcla será utilizada como pasta. La pasta limpiadora debe mantenerse húmeda para reducir el calor que produce la fricción al girar la copa.
c) Identificar las zonas con placa bacteriana utilizando una buena iluminación y del espejo bucal.
d) La cavidad bucal debe humedecerse con agua para disminuir el calor generado por la copa de hule.
e) La copa de hule se llena de pasta y se distribuye sobre varios dientes.
f) La copa de hule debe girar a la mínima velocidad posible con presión moderada e intermitente deslizándola por toda la superficie dentaria con movimientos circulares.

g) La velocidad se activa y se modera por medio del reóstato.
h) Para finalizar la profilaxis se utilizara hilo dental para eliminar la placa bacteriana de la superficie interproximal.
i) Examinar las superficies dentales utilizando el espejo bucal para determinar si la placa bacteriana ha sido removida totalmente.

K. TIEMPO DE PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente 10 a 15 minutos.

L. INCAPACIDAD.

- No aplica.

M. REFERENCIA.

- Si el paciente presenta caries dental, se referirá al odontólogo general, u odontopediatra (en caso de niños).
- Si el paciente presenta periodontitis se referirá a periodoncia.

N. RECOMENDACIÓN AL PACIENTE.

1. Una vez finalizado el plan de tratamiento, se recomendará al paciente efectuar el procedimiento de higiene dental cada 6 meses.
2. Se recomendara al paciente continuar con el tratamiento odontológico u otra especialidad (si fuera necesario).
3. Se hará énfasis en continuar practicando las técnicas de higiene oral y alimentación balanceada.

A. DEFINICIÓN.

Es el procedimiento clínico utilizado para remover mecánicamente la placa bacteriana y los depósitos calcificados (cálculos supragingivales) de la porción coronal del diente para evitar daños en los tejidos de soporte y así disminuir la presencia de enfermedades como gingivitis y periodontitis.

B. OBJETIVO.

Remover mecánicamente la placa bacteriana y los depósitos calcificados de la porción coronal del diente, para evitar daños en los tejidos de soporte.

C. EVALUACIÓN.

Consistirá en la detección de depósitos de cálculo dental supragingival en el examen clínico. Asimismo se verificara si el paciente presenta algún compromiso sistémico para evitar alguna complicación en su salud y determinar el manejo adecuado.

D. INDICACIONES.

- Pacientes con cálculos supragingival.

E. CONTRAINDICACIÓN.

i. En caso que el paciente presente discrasia sanguínea (púrpura trombocitopénica, hemofilia, leucemia, y pacientes que toman anticoagulante) no se realizará el tratamiento a menos que lleve la autorización del hematólogo.

ii. En el caso que el paciente utilice marcapaso no se hará uso del aparato ultrasónico y se realizara el tratamiento con instrumento manual.

F. RECURSOS.

- RECURSO HUMANO.
  - Higienista dental.
- MATERIAL Y EQUIPO.
  - Aparato ultrasónico.
  - Curetas.
  - Cincel Zerfin.
  - Sonda periodontal.

- Instrumento de Profilaxis USC # 128.
- Eyector de saliva.
- Vaso.
- Algodón.

➢ MEDICAMENTOS.

- Solución de Clorhexidina al 0.12%.

G. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

i. Se explicara al paciente en qué consistirá el procedimiento.

ii. En caso que el paciente utilice aparato auditivo se sugerirá que se lo retire durante el procedimiento.

H. PRECAUCIONES.

- En caso que haya abundante presencia de cálculo dental se debe trabajar por cuadrantes.
- Desarrollar apropiadamente la técnica de remoción de cálculo dental, para evitar daño a los tejidos bucales.

I. COMPLICACIONES.

- Ninguna

J. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Evaluación de los sitios donde se encuentran depósitos de placa bacteriana y cálculos supragingivales, los cuales se encuentran con mayor frecuencia en las zonas mandibulares linguales y maxilares vestibulares donde se encuentra mayor flujo salival. Esto se efectuara utilizando una buena iluminación, con ayuda del espejo bucal y aire comprimido para apartar la saliva.

b) Exploración táctil utilizando el explorador o sonda periodontal para localizar hasta donde se extiende el cálculo dental.

Antes de proceder a la remoción del cálculo dental, si el paciente utiliza marcapaso no se hará uso del aparato ultrasónico y se realizara el tratamiento con instrumento manual. Asimismo si el paciente presenta compromiso sistémico (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal, entre otros) se le indicara previo al procedimiento que efectué un enjuague de clorhexidina pura, de aproximadamente 15ml. durante 30 segundos para disminuir la carga bacteriana.

c) Para realizar la remoción de cálculos y manchas ubicados en la porción coronal de los dientes, sostener el instrumento (curetas, usc 128, cincel zerfin) y establecer un firme apoyo digital sobre los dientes adyacentes en la zona de trabajo.

d) Adaptar la hoja del instrumento con una angulación ligeramente menor a noventa grados con la superficie a raspar.

e) El borde cortante debe enganchar el margen apical del cálculo mientras se efectúan movimientos cortos enérgicos, superpuestos y envolventes coronariamente en sentido vertical u oblicuo.

f) Examinar la superficie dental con un explorador para valorar si los cálculos son eliminados en su totalidad.

g) En el caso del aparato ultra sónico (en caso que sea necesario su uso) el extremo activo del instrumento debe ponerse en contacto con el depósito de cálculo para que pueda ser fracturado y eliminado. Activar el pedal con un toque ligero y una cantidad limitada de movimientos por unidad de área para evitar causar ranuras y rugosidad de las superficies dentales o sobrecalentamiento de los dientes. Asegurarse que las puntas tengan salida de agua lo suficiente para disipar el calor que generan las vibraciones ultrasónicas.

En el caso de los niños no se utilizara aparato ultrasónico.

K. TIEMPO DE PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente de veinte a treinta (20-30) minutos. Cuando hay moderada o abundante presencia de cálculo dental puede realizarse hasta en 3 citas de 30 minutos cada cita.
- En niños aproximadamente de diez a quince (10-15) minutos.

L. INCAPACIDAD.

- No aplica.

M. REFERENCIA.

- Referir al periodoncista aquellos pacientes con presencia de recesión gingival, cálculos subgingivales, con o sin movilidad del diente y/o pérdida de la inserción.

N. RECOMENDACIONES AL PACIENTE:

1. Concientizar al paciente de realizar las técnicas de higiene oral correctamente, antes, durante y al finalizar el tratamiento para obtener buenos resultados y asistir puntualmente a sus citas.

APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR (CIE-9:24.99.3) 3.

A. DEFINICIÓN.

Es un procedimiento que consiste en aplicar, frotar o poner en contacto la porción coronal del diente con una sustancia que contenga flúor para incorporarla a la superficie y producir mayor resistencia a la caries.

B. OBJETIVO.

1. Fortalecer la superficie del diente (esmalte), así como reducir la acción de los microorganismos (estreptococo mutans principalmente), la producción de ácidos y la formación de cavidades en el tejido dentario.
2. Remineralizar las superficies dentales.

C. EVALUACIÓN.

Que las superficies dentales estén sin presencia de irritantes locales (placa bacteriana, materia alba y cálculo dental).

D. INDICACIONES.

EN NIÑOS Y ADULTOS.

- Al finalizar el plan de tratamiento después de la profilaxis.
- Aplicar en pacientes que presentan una o varias de las siguientes condiciones:
  - Hábitos de higiene bucal deficientes.
  - Índice CPO/ceo alto (historia de caries).
  - Malposición dentaria.
  - Hábitos alimentarios ricos en carbohidratos (azúcares refinados).
  - Aparatología de Ortodoncia.
  - Superficie del esmalte irregular.
  - Morfología dentaria retentiva.
  - Xerostomía.
  - Pacientes con discapacidad física y/o mental.
  - Sensibilidad dental.

E. CONTRAINDICACIÓN.

a. Hipersensibilidad al flúor tópico.
b. Pacientes con fluorosis dental.
c. Niños menores de 2 años.

F. RECURSOS.

- RECURSO HUMANO.
  - Higienista dental.
- MATERIAL Y EQUIPO A UTILIZAR.
  - Copa de hule.
  - Piedra pómez fina.
  - Rodetes de algodón.
  - Flúor gel (concentración de 1.23%).
  - Hisopo.
  - Guantes.
  - Mascarilla.
  - Espejo bucal.
  - Eyector.
  - Contrángulo.
  - Micromotor.

G. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

- Efectuar previamente profilaxis dental.

H. PRECAUCIONES.

En caso de sensibilidad dentaria se efectuara la aplicación tópica de flúor antes de terminar el plan de tratamiento.
Asegurarse de efectuar una adecuada aspiración de la saliva con el eyector.

I. COMPLICACIONES.

- Náuseas, vómito o dolor estomacal por ingesta accidental de flúor.

J. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (TECNICA).

a) Se realizara efectuando previamente la profilaxis de las piezas dentarias con copa de hule y piedra pómez fina.
b) Secar la superficie del diente con algodón o jeringa triple.
c) Aislar el área con rodetes de algodón.
d) Controlar el flujo salival utilizando el eyector.
e) Aplicar el flúor gel utilizando un hisopo sobre las piezas dentarias.
f) Dejar actuar el flúor en las piezas el tiempo que indique el fabricante.

En caso que presente hipersensibilidad dental se efectuará "terapia de flúor". Esta terapia consiste en aplicar el flúor durante cinco (5) días consecutivos, según procedimiento.

K. TIEMPO DE PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente cinco (5) minutos.

L. INCAPACIDAD.

- No aplica.

M. REFERENCIA.

- Referir a odontopediatra u odontólogo general, si hay antecedentes de hipersensibilidad al flúor tópico, para que valore la administración en forma sistémica (tabletas o gotas).

N. RECOMENDACIÓN AL PACIENTE.

1. Tanto en población infantil como en población adulta se realiza 2 veces al año.
2. El paciente no se enjuague, ni consuma alimentos o ingiera agua por un periodo no menor de treinta (30) minutos posterior a la técnica.

A. DEFINICIÓN.

Es un procedimiento que se realiza en población infantil para sellar fosas y fisuras al estar erupcionadas las piezas permanentes (primeras molares, premolares y piezas anteriores con cíngulos profundos).

B. OBJETIVOS.

1. Sellar fosas y fisuras al estar erupcionadas las piezas permanentes.
2. Modificar la superficie del diente en áreas que presenten fosas y fisuras a fin de disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal.
3. Minimizar el riesgo de iniciación de caries dental en las superficies con fosas y fisuras profundas.

C. INDICACIONES.

a. Piezas completamente erupcionadas y libres de caries en su superficie oclusal.
b. Pacientes que presenten las siguientes condiciones:
   - Molares y premolares permanentes con surcos y fisuras angostas y profundas.
   - Piezas anteriores con cíngulos profundos.

D. CONTRAINDICACIÓN.

– Piezas con caries

E. RECURSOS.

➢ RECURSO HUMANO.
   - Higienista dental.

➢ MATERIAL Y EQUIPO A UTILIZAR:
   - Rodetes de algodón.
   - Eyector.
   - Jeringa triple.
   - Acido grabador (ácido fosfórico al 37%)
   - Agua.
   - Pincel de aplicación.
   - Lámpara de fotocurado.

- Resina para sellado de fosas y fisuras. En caso de ser de tipo fotopolimerizable usar únicamente la resina y en el tipo autopolimerizable utilizar monómero y catalizador.

F. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

- Realizar profilaxis previo tratamiento.

G. PRECAUCIONES.

a. En el caso que presente caries en otras superficies de la pieza a tratar, se deberá realizar el tratamiento minimamente invasivo previo al sellado.
b. Este procedimiento se efectuara trabajando por cuadrante, ya que de no ser así se corre el riesgo de ocasionar fatiga e incomodad al paciente.
c. Evitar el exceso de material (resina de sellado) que pueda interferir en la oclusión dental.

H. COMPLICACIONES.

- Avance y profundidad en el proceso de caries.
- Interferencia oclusal por exceso de material.

I. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (TECNICA).

a) Inicialmente se remueve la placa bacteriana de las superficies con cepillos y materiales abrasivos como piedra pómez donde se va a aplicar el sellante de fosetas y fisuras.
b) Aislar los dientes a tratar con rollos de algodón con el fin de garantizar un campo totalmente seco.
c) Secar la superficie o superficies a sellar con aire comprimido libre de impurezas.
d) Grabar la superficie del diente mediante la aplicación de una sustancia ácida (generalmente ácido fosfórico al 37%) formando microporosidades en la superficie del esmalte para facilitar la adhesión del sellante a la superficie dental. El tiempo de grabado deberá ser el que indique el fabricante.
e) Proceder al lavado de la superficie grabada con agua por 15 segundos. Secar y observar que la superficie quede con un aspecto lechoso y opaco, lo que indica que el procedimiento fue exitoso.
f) En caso de utilizar resina de tipo autopolimerizable para sellado de fosas y fisuras, se debe aplicar con el pincel en la superficie grabada el sellante. Esto requiere de la mezcla de dos sustancias (un monómero y un catalizador) que al unirse se endurecen en un corto periodo de tiempo.
Si se utiliza sellante de tipo fotopolimerizable aplicar únicamente la resina en las superficies grabadas utilizando el pincel y proceder a fotocurar con la lámpara el tiempo que indique el fabricante.

g) Evaluar posteriormente el nivel de adherencia y la presencia de burbujas en el sellante con un explorador, si se encuentra alguna de estas fallas se graba la superficie nuevamente por diez (10) segundos y se repite el procedimiento.

J. TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente diez (10) minutos.

K. INCAPACIDAD.

- No aplica.

L. REFERENCIA.

- Referir a Odontopediatría para efectuar tratamiento mínimamente invasivo en la superficie con caries de la pieza a tratar, previo al procedimiento de sellado.

M. RECOMENDACIONES.

1. Revisión y control de las piezas selladas cada seis meses.
2. No masticar objetos duros después de la aplicación del sellante
3. No descuidar la higiene bucal diaria del paciente para garantizar el éxito del tratamiento.

A. DEFINICIÓN.

Es el procedimiento por el que se restaura la anatomía de un diente que se había visto alterada bien por la existencia de una caries eliminando el tejido infectado y luego reconstruirlo con materiales y técnicas adecuadas que devuelven la función masticatoria.

B. OBJETIVO.

Restaurar piezas dentales afectadas por caries, en cualquiera de sus superficies, reconstruyéndola con materiales biocompatibles (amalgama, resinas y cementos).

C. EVALUACIÓN.

A través de diagnóstico clínico y/o radiográfico.

D. CLASIFICACION.

- **Clase I.** Cavidades en puntos y fisuras de las caras oclusales de molares y premolares, en las caras vestibulares, linguales o palatina de molares y en ese cíngulo de incisivos y caninos superiores.
- **Clase II.** Cavidades en las caras proximales de molares.
- **Clase III.** Cavidades en las caras proximales en incisivos y caninos que no afectan el ángulo insisal.
- **Clase IV**. Cavidades en las caras proximales en incisivos y caninos que afectan el ángulo insisal.
- **Clase V**. Cavidades ubicadas en tercio gingival por vestibular, palatino o lingual de todos los dientes.

E. INDICACIONES.

Donde haya una lesión cariosa en cualquiera de sus superficies.

F. CONTRAINDICACIONES.

- Lesiones cariosas extensas que necesiten una restauración protésica.
- Lesiones cariosas profundas que involucran pulpa dental.
- Lesiones cariosas radiculares o subgingivales.

G. RECURSOS.

- HUMANO:
  - Odontólogo General, Odontopediatra o Especialista.
- EQUIPO:
  - Pieza de mano de alta velocidad.
  - Amalgamador.
  - Lámpara de fotocurado.
  - Unidad dental.
  - Instrumental operatorio.
- MATERIALES:
  - Jeringa carpule.
  - Aguja dental.
  - Amalgama dental.
  - Resinas compositas.
  - Cementos dentales.
  - Cuñas.
  - Bandas de metal y celuloides.
  - Tiras de lijas.
  - Fresas de carburo, terminado y pulido.
  - Rodetes de algodón.
  - Eyector.

- MEDICAMENTOS:
  - Anestésico local. Lidocaína al 2% con epinefrina 1 en 80,000 y Mepivacaina al 3% sin vaso constrictor.
  - Gluconato de clorhexidina al 0.12%. (No aplica en Odontopediatría).

H. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

i. Desayunar o almorzar una hora antes de la intervención.
ii. Presentarse con los dientes cepillados.
iii. Tomar el medicamento indicado en caso necesario
iv. Se le explica al paciente sobre el procedimiento a realizar

I. PRECAUCIONES.

- Correcta anamnesis antes de la infiltración del anestésico local, especialmente en pacientes con enfermedades sistémicas.
- Determinar la técnica y material correcto de acuerdo a la localización de la lesión cariosa.

J. COMPLICACIONES.

- Fractura de obturaciones extensas.
- Inadecuada remoción de la caries dental.

K. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Procedimiento operatorio.

a) Asepsia intraoral con gluconato de clorhexidina al 0.12% por 30 seg.
b) Anestesia local infiltrativa o regional.
c) Preparación cavitaria y eliminación del tejido carioso.
d) Aislamiento relativo con rodetes.
e) Asepsia y colocación de base intermedia en cavidades profundas.
f) Colocación del material de obturación utilizando banda matriz y cuñas de madera en preparaciones cavitarias clase II, III, IV de amalgama dental y resina composita.
g) Tallado y chequeo de la oclusión.
h) Pulido de la restauración en próxima cita

L. TIEMPO ESTIPULADO PARA EL PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente treinta (30) minutos por paciente.

M. REFERENCIA.

- A higiene dental cuando hay presencia de sarro, placa bacteriana.

N. INCAPACIDAD.

- No amerita

O. EDUCACIÓN.

1. No masticar del lado tratado durante las 24 horas posteriores al tratamiento.
2. No ingerir bebidas o alimentos con colorantes 24 horas posteriores al tratamiento.
3. Asistir a cita de pulido para aumentar el tiempo de durabilidad de la obturación.

P. RECOMENDACIONES PARA PROFESIONAL.

1. Realizar un buen diagnóstico valiéndose de las herramientas como Rayos X, Luz ultravioleta, historial y examen clínico.

2. Ser lo más conservador posible para no eliminar más tejido del necesario o del que amerite la técnica sin debilitar la pieza.
3. Indicaciones al paciente: no masticar del lado tratado, durante las veinticuatro horas por las necesidades requeridas del material de restauración.

- PARA EL PACIENTE PRE-OPERATORIO.
  1. Desayunar o almorzar una hora antes de la intervención.
  2. Presentarse con los dientes cepillados.
  3. Tomar el medicamento profiláctico en caso necesario.

A. DEFINICIÓN.

La extracción dental es un acto quirúrgico en el que se practica la extirpación de un diente de la arcada dentaria.

B. OBJETIVO.

Eliminar una pieza dental de su alveolo por medios quirúrgicos para reducir factores de riesgo con el menor trauma posible.

C. EVALUACIÓN.

A través de diagnóstico clínico y/o radiográfico.

A. INDICACIONES.

Las indicaciones más frecuentes de extracción son las siguientes:

a. Caries extensas y profundas no restaurables.
b. Enfermedad periodontal no tratable.
c. Piezas con necrosis pulpar no tratable con terapia endodóntica.
d. Dientes retenidos.
e. Dientes supernumerarios.
f. Dientes erupcionados con anomalías de posición.
g. Dientes temporales.
h. Dientes relacionados con quistes y tumores.
i. Indicaciones protésicas, ortodónticas o estéticas.

B. CONTRAINDICACIONES.

Se trataría de condiciones locales o generales que exigen un retraso en el tratamiento quirúrgico hasta que estén cubierto los posibles riesgos.

- Contraindicaciones locales. La mayoría son de origen infeccioso dentro de las cuales se engloban procesos de periodontitis, abscesos y celulitis, de presentación aguda y causa dentaria. Sin embargo el estado psicofísico del paciente la falta de control del proceso infeccioso, el peligro de difusión y aumento de la toxemia y la dificultad de la técnica quirúrgica (piezas con T.C.R.; restos radiculares inaccesibles), pueden aconsejar postergar la exodoncia hasta que las condiciones sean las adecuadas.
- Tumores malignos bucales; gingivo-estomatitis ulcero necrótica; tratamientos post radioterapia.

- Contraindicaciones generales: Son alteraciones a nivel sistémico que obligan a un control por parte del médico a demorar la intervención por peligro a descompensación o aparición de complicaciones que agravan el cuadro general.

C. RECURSOS:

➢ RECURSO HUMANO:

Las extracciones dentales serán realizados por personal de salud calificado como: Odontólogo general, Odontopediatra o Especialistas.

➢ EQUIPO:

- Pieza de mano de alta velocidad,
- Unidad dental y eyector de saliva en buen estado,
- Aparato de Rx.
- Instrumental de extracciones. (Fórceps, elevadores y curta alveolar).

➢ MATERIALES:

- Películas Radiográficas,
- Líquidos reveladores.
- Gasas,
- Sutura,
- Fresas quirúrgicas,
- Hojas de bisturí,
- Instrumental quirúrgico (fórceps, elevadores, curetas alveolares, osteotomos, lima para hueso, etc.)
- Hoja de indicaciones postquirúrgicas.

➢ MEDICAMENTOS:

- Según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

D. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

- Desayunar o almorzar una hora antes de la intervención.
- Presentarse con los dientes cepillados.
- Tomar el medicamento indicado en caso necesario
- Se le explica al paciente sobre el procedimiento a realizar
- Colocación en la posición adecuada, procurando que el paciente esté lo más cómodo posible.

E. PRECAUCIONES.

- Presencia de enfermedades sistémicas

F. COMPLICACIONES.

Una complicación es un evento desagradable que ocurre durante o después de la intervención quirúrgica. Si este suceso no es advertido o tratado adecuadamente provocara serias consecuencias o secuelas al paciente.

a. Complicaciones intraoperatorias: Hemorragia, fractura, desplazamientos, desgarro de tejidos blandos, lesiones nerviosas.
b. Complicaciones postoperatorias inmediatas: hemorragia, hematoma, trismo, aparición de aftas y vesículas herpéticas.
c. Complicaciones post operatorias tardías: aparecen 3 o 4 días después de la extracción y son: Alveolitis, infecciones, formación de secuestros, secuelas periodontales en dientes vecinos.

G. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Asepsia intraoral con Gluconato de Clorhexidina al 0.12% por 30 seg.
b) Anestesia local infiltrativa o regional.
c) Debridación de encía.
d) Luxación de la pieza dental
e) Extracción quirúrgica de la pieza
f) Curetaje alveolar.
g) Irrigación del alveolo
h) Sutura de ser necesario
i) Colocar gasa y morderla por 30 minutos.
j) Indicaciones postquirúrgicas.

Nota: de existir alguna complicación deberá ser realizada su debido levantamiento de colgajo, odontosección, osteotomía y sutura de ser necesaria.

H. TIEMPO ESTIPULADO PARA EL PROCEDIMIENTO.

Aproximadamente treinta (30) minutos para el procedimiento por paciente. Puede aumentar el tiempo si presenta complicaciones.

I. REFERENCIA/RETORNO.

A Cirugía Maxilofacial. Cuando prevalece la extracción y a criterio del odontólogo general no se puede efectuar la misma por la complejidad del procedimiento, no contar con equipo de Rayos X o instrumental adecuado.

J. INCAPACIDAD.

- Tres 3 a 5 días.

K. RECOMENDACIONES AL PACIENTE.

Se dará hoja de recomendaciones al paciente en forma oral y escrito y estas serán:

1. Mantener presionada la gasa colocada en el lugar de la extracción durante un periodo de 30 a 45 minutos. Colocar otra gasa limpia si el sangramiento persiste.
2. Cumplir con las indicaciones de los medicamentos recetados por los odontólogos.
3. Ingerir alimentos blandos no calientes, masticando del lado opuesto al de la extracción.
4. Cepillarse los dientes con cuidado y evitar tocar el lugar de la extracción.
5. No enjuagarse ni escupir más que al cepillarse los dientes, y esto con mucho cuidado y suavidad.
6. No tocar la herida con la lengua o los dedos.
7. No succionar (como al usar la pajilla para beber) durante las 24 hrs. Siguientes a la extracción.
8. No realizar esfuerzos físicos e intensos antes de 48 horas.
9. Se recomienda no ingerir bebidas alcohólicas mientras dure el tratamiento con antibiótico.
10. Consultar a su odontólogo si se mantiene la inflamación y el dolor después de 48 horas.

APERTURAS ENDODONTICAS O ACCESO CORONAL (CIE-9:522.4) 7.

A. DEFINICIÓN.

Consiste en la remoción del techo de cámara pulpar, así como también la realización de desgastes compensatorios que nos permita la eliminación de todo el tejido pulpar coronario y el acceso directo al o los conductos radiculares.

B. OBJETIVOS.

1. Obtener una vía directa, amplia y sin obstáculos hacia la entrada de los conductos radiculares.
2. Conservación de los tejidos duros:
   - Eliminación del techo de cámara, lo cual nos permitirá la eliminación de todo el contenido de la pulpa y un acceso directo al conducto o los conductos pulpares.
   - Conservación del piso de cámara sin dañarse.

C. EVALUACIÓN.

A través de diagnóstico clínico y/o radiográfico.

D. INDICACIONES.

- Dientes que presentan exposición pulpar por caries. (CIE-10:K02.0)
- Dientes con pulpa dental expuesta por más de 24 horas a causa de traumatismos. (CIE-10:K01.1)
- Pulpitis aguda irreversible. (CIE-10:K04.0)
- Pacientes con atrición severa. (CIE-10:K03.0)
- Necrosis pulpar. (CIE-10:K04.1)

E. CONTRAINDICACIONES.

- Destrucción coronaria extensa y caries radiculares.
- Piezas que no se pueden restaurar dentro de la institución.
- Paciente con enfermedades sistémicas no controladas.

F. RECURSOS.

➢ HUMANO:
   - Odontólogo General,
   - Odontopediatra,

- Endodoncistas.

➢ EQUIPO:
  - Unidad dental.
  - Pieza de mano de alta velocidad,
  - Aparato de Rx.,
  - Instrumental.

➢ MATERIAL
  - Películas Radiográficas,
  - Tiranervios,
  - Soluciones irrigadoras: hipoclorito de sodio diluido al 2% - 3% o gluconato de clorhexidina 0.12% o suero fisiológico en Odontopediatría.
  - Fresas redondas.
  - Cemento temporal.
  - Eyector de saliva.

➢ MEDICAMENTOS:
  – Según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

G. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

a. Desayunar o almorzar una hora antes de la intervención.
b. Presentarse con los dientes cepillados.
c. Tomar el medicamento indicado en caso necesario
d. Se le explica al paciente sobre el procedimiento a realizar
e. Colocación en la posición adecuada, procurando que el paciente esté lo más cómodo posible.

H. PRECAUCIONES.

– El instrumento deberá atravesar holgadamente la apertura y cámara pulpar, sin entrar forzado ni rozar las paredes de la misma, permitiendo así la correcta limpieza y conformación de las paredes del conducto en toda su extensión.

– Evitar fractura coronaria.

– Las aperturas más pequeñas de lo aconsejado, por pretender conservar estructura dentaria, dificultará la localización de conductos, impedirá el retiro de todo el material orgánico de cámara y conductos.

I. COMPLICACIONES.

– La perforación es la complicación más frecuente durante la apertura cameral.

J. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Toma de radiografía (si se cuenta con equipo).
b) Asepsia intraoral.
c) Anestesia local o infiltrativa.
d) Aislamiento relativo.
e) Remoción completa del tejido carioso.
f) Apertura de cámara pulpar.
g) Irrigación con hipoclorito de sodio, Gluconato de Clorhexidina al 0.12% o solución salina. Y secar
h) Colocar torunda de algodón estéril.
i) Colocar obturación temporal de preferencia: fosfato de zinc, óxido de zinc y eugenol o policarboxilato.

K. TIEMPO ESTIPULADO PARA EL PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente treinta (30) minutos por paciente.

L. REFERENCIA/RETORNO.

- A Endodoncia.

M. INCAPACIDAD.

- En casos agudos uno a dos (1-2 días.

N. EDUCACIÓN.

Explicar al paciente sobre los riesgos y probabilidades de éxito del tratamiento a realizarse, la importancia de una atención oportuna para mejorar el pronóstico y el cumplimiento del orden establecido de sus citas programadas por los especialistas.

O. RECOMENDACIONES.

Se le deberá instruir adecuadamente al paciente sobre:

1. La duración del material de obturación.
2. Los cuidados para evitar fracturas,
3. Cumplir los medicamentos que índico el odontólogo.
4. La indicación al paciente que toda pieza tratada con endodoncia debe rehabilitarse con una corona completa.

DRENAJE DE ABSCESOS (CIE-9:27.92) 8.

A. DEFINICIÓN.

Establecimiento de una vía de evacuación de la colección purulenta que forma una cavidad y produce una masa fluctuante y dolorosa. Se caracteriza principalmente por la fluctuación y la presencia de signos inflamatorios locales.

B. OBJETIVO.

Evacuar la colección purulenta para aliviar el dolor y controlar la diseminación de la infección.

C. EVALUACIÓN.

Se realizará a través de diagnóstico clínica donde se observará:

- Fluctuante a la palpación.
- Deformación de contorno bien delimitada.
- Zona eritematosa relacionada.
- Dientes relacionados muestran pruebas de vitalidad negativas.
- Adenopatías regionales dolorosas.

D. INDICACIONES.

Todos los abscesos deben ser drenados, una vez que han sido diagnosticados.

- Abscesos periodontales agudos o crónicos. (CIE-10:K05.2)
- Abscesos periapical agudos y crónicos. (CIE-10:K04.7)
- Abscesos gingivales. (CIE-10:K05.2)
- Abscesos pericoronario. (CIE-10:K05.2)

E. CONTRAINDICACIONES.

- Abscesos dentoalveolares en fase clínica en evolución.

F. RECURSOS.

➢ HUMANO:

- Odontología general.
- Endodoncia,
- Periodoncia.
- Odontopediatra.

- Cirujano maxilofacial.

➢ EQUIPO:
- Unidad dental.
- Instrumental de diagnóstico (Espejo, pinza y explorador).
- Pinza de sutura.
- Tijera.

➢ MATERIAL:
- Hoja de bisturí # 15 o 12.
- Gasas o compresas estériles. (Algodón)
- Sutura.
- Solución irrigadora.
- Guantes estériles.
- Eyector de saliva.

➢ MEDICAMENTOS:

– Según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

G. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

a. Desayunar o almorzar una hora antes de la intervención.
b. Presentarse con los dientes cepillados.
c. Tomar el medicamento indicado en caso necesario
d. Se le explica al paciente sobre el procedimiento a realizar
e. Colocación en la posición adecuada, procurando que el paciente esté lo más cómodo posible.

H. PRECAUCIONES.

– Abscesos de gran tamaño y profundos que requieran desbridamiento amplio en un quirófano.

I. COMPLICACIONES.

– Formación de cicatrices en forma de estrella en la piel de difícil reparación.
– Compromiso sistémico que produce debilitamiento, adinamia, fiebre, sudoración.

J. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Asepsia intraoral con Gluconato de Clorhexidina al 0.12% por 30 seg.
b) Anestesia local infiltrativa o regional.
c) Incisión vertical con una hoja # 15 por bolsa periodontal o por zona fluctuante.

d) Drenaje del contenido purulento con curetaje del tejido granulomatoso y presión en la parte externa para drenar el material purulento remanente acercando los bordes de la incisión.
e) Se prescribe antibiótico, aines y enjuague antiséptico.

K. TIEMPO ESTIPULADO PARA EL PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente treinta (30) minutos.

L. REFERENCIA/RETORNO.

- Drenajes más complejos deben ser emitidos a cirugía maxilofacial.

M. INCAPACIDAD.

- De 3 a 5 días.

N. EDUCACIÓN.

1. Instruir al paciente sobre los cuidados e higiene del área afectada recordándoles evitar el tocar la zona de la incisión, así como el cumplimiento de las indicaciones del odontólogo.
2. Generalmente los síntomas agudos ceden después de 24 horas aunque pueden persistir por más tiempo independientemente el paciente deberá cumplir con el tratamiento farmacológico.
3. Asistir a un centro de atención para curaciones.

A. DEFINICIÓN.

Procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción de detritos, restos de ligamentos e incluso cálculos dentarios dentro del alveolo, posterior a una extracción dental o infección postquirúrgica.

B. OBJETIVO.

Conseguir una correcta curación de la herida alveolar a través de la eliminación de cuerpos extraños en el alvéolo, restos radiculares, de quistes y granulomas.

C. EVALUACIÓN.

- Generalmente está indicada después de una extracción dental

D. INDICACIONES.

- Curetaje posterior a extracción dental.
- Alveolitis húmeda.

E. CONTRAINDICACIONES.

- Curetaje de piezas superiores cuyas raíces están próximas al seno maxilar.

F. RECURSOS.

- HUMANO:
  - Odontólogo general,
  - Periodoncia.
- EQUIPO:
  - Unidad dental.
  - Instrumental de diagnóstico (Espejo, pinza y explorador).
- MATERIAL:
  - Cureta alveolar,
  - Gasas,
  - Sutura,
  - Solución irrigadora.
  - Eyector de saliva.
- MEDICAMENTOS:

- Según los definidos en el Listado oficial de Medicamentos (LOM).

G. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

- Informar sobre procedimiento.
- Colocación en la posición adecuada, procurando que el paciente esté lo más cómodo posible.

H. PRECAUCIONES.

- No realizar curetaje de piezas superiores cuyas raíces están próximas al seno maxilar.

I. COMPLICACIONES.

- Ninguna.

J. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Asepsia intraoral con Gluconato de Clorhexidina al 0.12% por 30 seg. (No aplica en Odontopediatría)
b) Anestesia local infiltrativa o regional.
c) Raspado y limpieza del alveolo posterior a la extracción provocando un sangramiento sano.
d) Irrigar abundantemente con Gluconato de Clorhexidina.
e) Compresión de las tablas, de ser necesario se sutura.
f) Se prescribe antibiótico, aines y enjuague antiséptico.

K. TIEMPO ESTIPULADO PARA EL PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente treinta (30) minutos.

L. REFERENCIA/RETORNO.

- A Cirugía Maxilofacial.

M. INCAPACIDAD.

- De 2 a 3 días.

N. RECOMENDACIONES.

Se dará hoja de recomendaciones al paciente en forma oral y escrito, estas serán similar a la de una extracción dental:

1. Mantener presionada la gasa colocada en el lugar de la extracción o curetaje durante un periodo de 30 a 45 minutos. Colocar otra gasa limpia si el sangramiento persiste.
2. Cumplir con las indicaciones de los medicamentos recetados por los odontólogos.
3. Ingerir alimentos blandos no calientes, masticando del lado opuesto al de la extracción.
4. Cepillarse los dientes con cuidado y evitar tocar el lugar de la extracción.
5. No enjuagarse ni escupir más que al cepillarse los dientes, y esto con mucho cuidado y suavidad.
6. No tocar la herida con la lengua o los dedos.
7. No succionar (como al usar la pajilla para beber) durante las 24 horas siguientes a la extracción o curetaje.
8. No realizar esfuerzos físicos e intensos antes de 48 horas.
9. Se recomienda no ingerir bebidas alcohólicas mientras dure el tratamiento con antibiótico.
10. Consultar a su odontólogo si se mantiene la inflamación y el dolor después de 48 horas.

A. CONCEPTO.

Procedimiento por el cual se elimina pulpa vital o material necrótico de los conductos radiculares y el espacio que queda se rellena con material obturador.

B. OBJETIVO.

- Mantener en funcionamiento la pieza en boca.

C. INDICACIONES.

- Pacientes con patología pulpar y periapicales.
- Paciente con indicación profiláctica.

D. CONTRAINDICACIONES.

- Piezas con destrucción coronal no reconstruibles a nivel institucional.
- Pacientes con ausencia dentaria mayor del 80%.
- Piezas sin función.
- Piezas con conductos obliterados y/o atrésicos.
- Piezas con doble curvatura o curvaturas radiculares mayores de 30 grados.
- Pacientes con deficiente higiene oral que no hayan respondido a la educación y abordaje de Odontología Preventiva.
- Pacientes con apertura bucal disminuida y/o con problemas articulares que no permita el acceso adecuada a la pieza dental a tratar.

E. RECURSOS.

- HUMANO:
  - Endodoncista.
- INSUMOS.
  - Puntas de Papel.
  - Puntas de gutaperchas (Principales y accesorias).
  - Polvo de hidróxido de calcio (Químicamente puro).
  - Diques de goma.
  - Cemento provisional (óxido de zinc y eugenol, fosfato de zinc, entre otros).
  - Hiploclorito de sodio (diluido desde el 1% hasta 6%).
  - Solución salina.

- Clorhexidina 0.12% (Colutorio. Si es irritante debe ser al 2%)
- Anestésicos dentales al 2% y 3%
- Agua destilada.
- Cemento sellador de conductos radiculares biocompatibles.
- Alcohol 90.
- Solución quelante.
- Gasas.
- Algodón.
- Eyector.
- Películas radiográficas dentales.
- Líquidos de revelado radiográfico.

➢ INSTRUMENTAL.

- Espejo.
- Pinza de curación.
- Explorador # 5.
- Explorador endodóntico.
- Pinza portagrapa.
- Perforador de dique.
- Limas manuales y rotatorias (Diferentes medidas).
- Tiranervios (Diferentes medidas).
- Cucharillas endodóntico.
- Espátulas para cemento.
- Portacemento.
- Losetas de vidrio y papel.
- Espaciador de gutapercha.
- Condensador de gutapercha.
- Grapas (Diferente numero).
- Tijera recta.
- Arco de Young.
- Regla Milimetrada.
- Lupa.
- Jeringa descartable.
- Jeringa carpule.
- Agujas dentales cortas y largas.
- Ganchos para revelado de radiografías
- Fresas de alta velocidad (variedad de formas y números)
- Fresas gate gliden
- Fresas Endo Z

➢ EQUIPO.

- Unidad dental completa y en buen estado.
- Pulpovitalometro.

- Motor rotatorio.
- Localizador de ápice.
- Equipo Radiográfico.
- Mechero.
- Negatoscopio.
- Caja para revelar radiografías

F. TRATAMIENTO.

➢ MEDICAMENTOS: (PARA SER UTILIZADOS EN EL PROCEDIMIENTO, POR EJEMPLO, ANESTESIA).
- Anestésico dental al 2% y 3%
- Gluconato de Clorhexidina al 0.12%

➢ TERAPIA FARMACOLÓGICA

– Según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

G. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

– No aplica.

H. PRECAUCIONES.

– Consideraciones a pacientes con procesos alérgicos al caucho, anestésicos, medicamentos, entre otros.

I. COMPLICACIONES.

➢ DURANTE.
- Exacerbación de sintomatología dolorosa.
- Inflamación de tejido blando por infiltración anestésica.
- Reacción alérgica a componentes de soluciones y materiales utilizados en el tratamiento.
- Separación de porción del instrumento dentro del conducto radicular.
- Fractura de la pieza dental.
- Fisuras radiculares.

➢ DESPUES.
- Contaminación (No rehabilitación, desalojo de obturación, entre otros).
- Fractura o fisura de pieza dental.
- Dolor.

- Inflamación.

J. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

a) Evaluación de radiografía periapical.
b) Asepsia de la cavidad bucal usando un enjuague con Gluconato de clorhexidina al 0.12%.
c) Anestesiar al paciente con anestésico de uso odontológico (Lidocaína, Mepivacaina, Carbocaina al 2 al 3%) aplicando una técnica anestésica infiltrativa o regional según la pieza a tratar.
d) Remoción de la obturación y tejido cariado si lo hubiese.
e) Aislamiento absoluto del campo operatorio.
f) Apertura cameral.
g) Desbridamiento y/o neutralización del paquete neurovascular. Utilizando soluciones irrigadoras (Hipoclorito de sodio en concentración del 1 al 6%, solución salina, suero fisiológico)
h) Toma de Conductometría usando localizador foraminal y/o Radiografía periapical.
i) Implementación de Trabajo biomecánico con el uso de instrumental rotatorio y/o manual (Las piezas multiradiculares serán realizadas con instrumental rotatorio, según proyecto de Protocolo para la Atención de Endodoncias en Piezas Multiradiculares).
   j) Lavar constantemente con soluciones irrigadoras. (Hipoclorito de sodio en concentración del 1 al 6%, solución salina, suero fisiológico)
   k) Realizar conometría verificando con una radiografía periapical.
   l) Sellado de los conductos radiculares, utilizando puntas de gutapercha y cemento biocompatibles.
   m) Colocación de obturación provisional.
   n) Se realizara el tratamiento de conductos radiculares.
   o) Secar el /los conductos antes de colocar medicación tópica entre sesiones con hidróxido de calcio químicamente puro, mezclado con solución salina, propilenglicol 400, anestésico, agua destilada.

K. TIEMPO ESTIPULADO PARA EL PROCEDIMIENTO.

- De 3 a 5 citas de 30 minutos por intervención, salvo complicaciones.

L. REFERENCIA/RETORNO.

- Odontología General. Para reconstrucción de la pieza dentaria. La reconstrucción protésica será realizada fuera del ISSS.
- Periodoncia en algunos casos.
- Máxilo facial. Piezas fracturadas, subgingivales y otras complicaciones.

M. EDUCACIÓN.

- Informaciones orales y escritas al paciente, previamente y posterior al procedimiento.

N. RECOMENDACIONES.

➢ PARA EL PROFESIONAL DE SALUD, SI APLICARA.

1. No utilizar localizador foraminal en pacientes que usen marcapasos.
2. Tomar radiografías con chalecos de plomo en pacientes embarazadas y pacientes tiroideos.
3. Poseer protocolo de atención en caso de emergencia.

CURETAJE GINGIVAL (CIE-9: 96.54.1) 11.

A. DEFINICIÓN.

Procedimiento que consiste en el raspado de la pared gingival de una bolsa periodontal para separar y eliminar el tejido blando enfermo.

B. OBJETIVO.

Eliminación de tejido de granulación crónicamente inflamado que se forma en la pared lateral de la bolsa periodontal. También elimina todo o la mayor parte del epitelio que recubre la pared de la bolsa y el epitelio de unión subyacente.

C. INDICACIONES.

Las indicaciones para el curetaje son muy limitadas. Se puede usar después del raspado y alisado radicular para los siguientes propósitos:

- Para establecer una nueva inserción en bolsas intraóseas moderadamente profundas localizadas en áreas accesibles donde se recomienda un tipo de cirugía "cerrada".
- Como procedimiento no definitivo para reducir la inflamación antes de la eliminación de la bolsa usando otros métodos o cuando están contraindicadas otras técnicas quirúrgicas más agresivas.
- Como un método de tratamiento de mantenimiento para áreas de inflamación y profundidad de bolsa recurrentes, sobre todo en lugares donde ya se realizó antes una cirugía de reducción de bolsa.

D. CONTRAINDICACIONES.

- Ninguna

E. COMPLICACIONES.

- Ninguna

F. RECURSOS.

- HUMANO:
  - Periodoncista
- MATERIAL Y EQUIPO

  Bandeja básica que incluye:
  - Espejo, pinza de curación, sonda periodontal, eyector, gasas

- Equipo de Bioseguridad que incluye:
  - Visor protector, mascarilla, guantes, gabachón
  - Jeringa Carpule con aguja dental
  - Curetas periodontales (de Gracey, Mc Call's)
  - Jeringa descartable para irrigar

➢ MEDICAMENTOS:

– Los definidos en Listado oficial de Medicamentos (LOM)

G. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Asepsia intraoral con Gluconato de clorhexidina 0.12%.
b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local.
c) Curetaje de la bolsa periodontal: El instrumento se inserta de forma tal que contacte el revestimiento interno de la pared de la bolsa y se le desplaza sobre el tejido blando, casi siempre con un movimiento horizontal. Se puede sostener la pared de la bolsa con presión digital ligera sobre la superficie externa. Entonces se coloca la cureta debajo del borde cortante del epitelio de unión para socavarlo.
d) Se lava la zona para remover los residuos y se adapta de manera parcial al diente por medio de la presión digital ligera.
Nota. En algunos casos puede estar indicada la sutura de la papila separada.

H. COMPLICACIONES POST- PROCEDIMIENTO.

– Ninguna.

I. TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO.

– Aproximadamente veinte (20) minutos.

J. RECOMENDACIONES.

– Ninguna.

K. EDUCACIÓN.

1. Mantener una higiene bucal apropiada
2. Leer las indicaciones escritas a seguir después del procedimiento, las cuales se le entregan al paciente al finalizar el procedimiento.

ALISADO RADICULAR (CIE-9: 96.54). 12.

A. DEFINICIÓN.

Es el proceso de eliminación de los cálculos y porciones de cementos residuales adheridas a las raíces para crear una superficie lisa, dura y limpia.

B. OBJETIVO.

Restaurar la salud gingival al eliminar por completo los elementos que producen inflamación gingival (es decir, placa, cálculos, endotoxinas) de la superficie dental.

C. INDICACIONES.

- Tejidos gingivales inflamados, sangrantes y/o edematosos.
- En presencia de bolsas periodontales de 3 y 4 mm.
- En presencia de factores etiológicos locales como placa, cemento afectado y endotoxinas.
- Como parte de la preparación anterior a procedimientos quirúrgicos en intento de lograr una calidad de tejido que pueda ser manejado fácilmente.

D. CONTRAINDICACIONES.

- Tejido fibroso.
- Sacos profundos.
- Furca involucrada.

E. COMPLICACIONES.

- Ninguna.

F. RECURSOS.

- HUMANO:
  - Periodoncista.
- MATERIAL Y EQUIPO:
  - Bandeja básica y equipo de Bioseguridad
  - Equipo de Ultrasonido con puntas ultrasónicas
  - Jeringa Carpule y aguja dental
  - Curetas periodontales (de Gracey y Mc Call's) según zona a tratar

- Jeringa descartable para irrigar.

➢ MEDICAMENTOS:
- Gluconato de clorhexidina 0.12%
- Anestésico tópico Lidocaína 10% Aerosol
- Anestésico local Lidocaína Clorhidrato + Epinefrina 2% + 1:100,000
- Suero fisiológico o Solución Salina.

G. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Asepsia intraoral con Gluconato de clorhexidina 0.12% (No aplica en Odontopediatría)
b) Anestesia tópica
c) Anestesia infiltrativa con anestésico local.
d) Exploración de la bolsa con la sonda periodontal.
e) Se inicia con la instrumentación ultrasónica, haciendo un toque y presión ligera, manteniendo la punta paralela a la superficie dental y en movimiento constante.
f) Se continúa con el uso de curetas (de Gracey y/o Mc Call's) para eliminar depósitos residuales y realizar el alisado final:
   i. La cureta se sostiene con una sujeción en bolígrafo modificada y se establece un apoyo digital estable
   ii. El borde cortante correcto se adapta un poco al diente, con el vástago inferior paralelo a la superficie dental
   iii. Se inserta por debajo de la encía y se desplaza hacia la base de la bolsa por medio de un ligero movimiento de exploración
   iv. El cálculo se elimina por medio de una serie de movimientos controlados, superpuestos, cortos e intensos utilizando sobre todo un movimiento muñeca-brazo
   v. Conforme se elimina el cálculo, la resistencia al paso del borde cortante disminuye hasta que solo hay una aspereza ligera, entonces se activan movimientos de alisado radicular más largos y ligeros, con menos presión lateral, hasta que la superficie radicular está completamente lisa y dura.
g) Irrigar la zona con suero fisiológico, solución salina y/o Gluconato de clorhexidina al 0.12%.

H. COMPLICACIONES POST- PROCEDIMIENTO.

- Ninguna.

I. TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente 20 minutos.

J. RECOMENDACIONES.

- El Odontólogo debe tener precaución en el uso del Equipo Ultrasónico
- Existen algunas contraindicaciones relacionadas con el uso de dispositivos ultrasónicos de raspado. Se ha reportado que interfieren con la función de los marcapasos antiguos. Los pacientes con marcapasos más nuevos pueden ser tratados de forma segura; sin embargo, puede haber riesgo si el paciente es médicamente frágil o si se usan dispositivos ultrasónicos electrónicamente defectuosos.

K. EDUCACION.

1. A partir de este momento será el paciente quien deba mantener la salud de sus encías y acudir a revisiones periódicas cada 4 o 6 meses puesto que prevenir y combatir la enfermedad periodontal en sus etapas tempranas hace posible que el paciente necesite solamente este tratamiento para curarse totalmente.

A. DEFINICION.

Extracción de material purulento de abscesos que pueden presentarse en los tejidos periodontales, la encía o los tejidos pericoronales.

B. OBJETIVO.

Aliviar los síntomas agudos, controlar la propagación de la infección y establecer una salida del material purulento.

C. INDICACIONES.

- Abscesos agudos:
  - Gingivales.
  - Periodontales.
  - Pericoronales.

D. CONTRAINDICACIONES.

- Ninguna.

E. COMPLICACIONES.

- El drenado puede estar obstaculizado por una morfología profunda y tortuosa de la bolsa, residuos, o un epitelio de la bolsa adaptado de forma cercana que bloquea el orificio de la bolsa.
- Drenaje incompleto: si la incisión es demasiado pequeña, es posible que se cierre en falso el absceso, con la persistencia en su interior de material purulento, lo que cronificará la situación.
- Paso de material purulento a planos profundos por una incorrecta presión a los lados de la incisión en sentido perpendicular al plano del absceso.
- Hemorragia: es frecuente un sangrado escaso a través del drenaje

F. RECURSOS.

- HUMANO
  - Periodoncista
  - Endodoncista según evaluación.
- MATERIAL Y EQUIPO

- Bandeja básica y equipo de Bioseguridad.
- Equipo de Ultrasonido y sus puntas.
- Jeringa Carpule y aguja dental.
- Bisturí Bard-Parker con hoja # 11 ó 15.
- Curetas periodontales.
- Elevador de periostio.
- Jeringa descartable para irrigar.

G. MEDICAMENTOS:

– Los definidos en el Listado oficial de Medicamentos (LOM).

H. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

A. DRENADO A TRAVÉS DE LA BOLSA PERIODONTAL

a) Se anestesia el área periférica alrededor del absceso con anestésico tópico y local
b) Se retrae con delicadeza la pared de la bolsa con una sonda periodontal o raspado en un intento por iniciar el drenado a través de la entrada de la bolsa
c) Si la lesión es pequeña y el absceso no es complicado, se puede realizar un desbridamiento en forma de raspado radicular y curetaje
d) Si la lesión es grande y no se establece el drenado, se debe retrasar el desbridamiento radicular por medio de raspado radicular y curetaje o el acceso quirúrgico, hasta que hayan cedido los principales signos clínicos.

B. DRENADO A TRAVÉS DE LA INCISIÓN EXTERNA

a) Se seca y se aísla el absceso con torundas de gasa
b) Se aplica anestésico tópico, seguido por uno local inyectado en forma periférica a la lesión
c) Se realiza una incisión vertical a través del centro más fluctuante del absceso con un bisturí N° 15
d) Se puede separar el tejido lateral a la incisión con una cureta o elevador de periosteo.
e) La materia fluctuante se expresa y los bordes lesionados se aproximan bajo presión digital ligera con una gasa húmeda.

I. TIEMPO ESTIPULADO PARA EL PROCEDIMIENTO.

– Aproximadamente treinta (30) minutos.

J. RECOMENDACIONES.

Tomar en cuenta que en caso de celulitis, fiebre, linfadenopatía o incapacidad para proporcionar drenado, y en pacientes con deficiencias inmunes, se necesitan antibióticos sistémicos.

K. INCAPACIDAD.

- De 1 a 3 días según evaluación.

L. EDUCACION.

Informar al paciente que el tratamiento del absceso incluye dos fases: resolución de la lesión aguda, seguida por un tratamiento del padecimiento crónico resultante.

A. DEFINICIÓN.

La gingivectomía es la eliminación de tejido gingival con el propósito de eliminar o reducir la bolsa periodontal. La gingivoplastía es la remodelación de la encía para conseguir un contorno más fisiológico y eliminar defectos gingivales. Usualmente, ambos procedimientos se llevan a cabo simultáneamente.

B. OBJETIVO.

A. Eliminación de tejido gingival con el propósito de eliminar o reducir la bolsa periodontal.
B. Remodelación de la encía para conseguir un contorno más fisiológico y eliminar defectos gingivales.

C. INDICACIONES.

- Eliminación de bolsas supraóseas, sin importar su profundidad, si la pared de la bolsa es fibrosa y firme.
- Eliminación de agrandamientos gingivales.
- Eliminación de abscesos periodontales supraóseos.

D. CONTRAINDICACIONES.

- La necesidad de cirugía ósea o el examen de la forma y morfología ósea.
- Situaciones en la que el fondo de la bolsa está en sentido apical hasta la unión mucogingival
- Consideraciones estéticas, sobre todo en el maxilar anterior.

E. COMPLICACIONES.

- Secuelas estéticas.

F. RECURSOS.

➢ HUMANO:
- Periodoncista.

➢ MATERIAL Y EQUIPO:
- Bandeja básica y equipo de protección personal.
- Equipo de Ultrasonido y sus puntas.

- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas redondas de carburo.
- Jeringa Carpule y aguja dental.
- Bisturí Bard Parker con hoja # 11, 12 ó # 15.
- Bisturíes periodontales (de Kirkland y de Orban).
- Curetas.
- Tijeras.
- Jeringa descartable para irrigar.

➢ MEDICAMENTOS:

– Los definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM)

G. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Asepsia intraoral con Gluconato de clorhexidina 0.12%.
b) Anestesia tópica, local infiltrativa o regional con anestésico local.
c) Se exploran las bolsas en cada superficie con una sonda periodontal.
d) Identificar y marcar los fondos de las bolsas por medio de una sonda periodontal. La serie de puntos sangrantes sirve de orientación para la incisión.
e) La incisión se inicia en sentido apical a los puntos que marcan el curso de la bolsa y se dirige en sentido coronal hacia el punto entre la base de la bolsa y el hueso sin exponerlo, para remover el tejido blando en sentido coronal respecto al hueso.
f) Pueden usarse incisiones discontinuas y continuas. La incisión debe biselarse a casi 45° con respecto a la superficie dental y debe recrear, tanto como sea posible, el patrón festoneado normal de la encía.
g) Se remueve la pared de la bolsa cortada, se limpia el área y se examina de cerca la superficie radicular.
h) Se realiza un curetaje cuidadoso del tejido de granulación y se eliminan los cálculos restantes y el cemento necrótico para dejar una superficie lisa y limpia.

H. COMPLICACIONES POST- PROCEDIMIENTO.

– Mayor probabilidad de hemorragia posoperatoria.
– Mayor molestia posoperatoria.
– Sensibilidad a la percusión.
– Tumefacción.
– Hipersensibilidad radicular.

I. TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO.

– Aproximadamente 30 minutos.

J. RECOMENDACIONES.

1. El odontólogo debe evaluar con cuidado cada caso para la aplicación apropiada de este procedimiento quirúrgico de diferentes maneras.
2. El mejor entendimiento de los mecanismos de cicatrización y el desarrollo de métodos más sofisticados de colgajo han relegado a la Gingivectomía a una función menos importante en el repertorio actual de las técnicas disponibles.

K. INCAPACIDAD.

- De 2 a 3 días.

L. EDUCACIÓN.

Recomendaciones post operatorias:

1. Tomar 2 tabletas de acetaminofén 500mg cada 6 horas durante las primeras 24 horas.
2. Después de esto, tomar el mismo medicamento si tiene alguna molestia.
3. Es conveniente que evite los líquidos calientes durante las primeras 24 horas.
4. Puede comer cualquier cosa que pueda tolerar, tratando de masticar del lado no operado.
5. Evite frutas cítricas, alimentos muy condimentados y bebidas alcohólicas, esto causa dolor.
6. No fumar. El humo y el calor irritan las encías y los efectos inmunológicos de la nicotina retrasan la cicatrización.
7. Cepillar y usar hilo dental en las áreas de la boca no operadas.
8. Use enjuague bucal con clorhexidina después del cepillado.
9. Durante el primer día aplicar hielo de forma intermitente sobre la cara sobre el área operada.
10. Seguir con las actividades diarias normales, pero evitar cualquier esfuerzo excesivo.
11. Si hay tumefacción, aplicar calor húmedo sobre el área operada.
12. Si hay bastante sangrado, tomar un pedazo de gasa, darle forma de U, sosteniéndolo con el pulgar y el dedo índice y hacer presión en el área durante 20 minutos.

A. DEFINICION.

Es un corte en la encía, mucosa o ambas, separadas quirúrgicamente de los tejidos para proporcionar visibilidad y acceso hacia el hueso y la superficie radicular.

Esta técnica de colgajo es una variación simple de la usada para la periodontitis.

B. OBJETIVO.

A. Eliminación de tejido gingival con el propósito de eliminar o reducir la bolsa periodontal.
B. Remodelación de la encía para conseguir un contorno más fisiológico y eliminar defectos gingivales.

C. INDICACIONES.

- Para tratar áreas más grandes de agrandamiento gingival (más de seis dientes).
- Áreas donde hay pérdida de la inserción o defectos óseos.
- En cualquier situación en la que la técnica de gingivectomía pueda crear un problema mucogingival.

D. CONTRAINDICACIONES.

- Ninguna.

E. COMPLICACIONES.

- Ninguna

F. RECURSOS.

➢ HUMANO:
  - Periodoncista.

➢ MATERIAL Y EQUIPO:
  - Bandeja básica y equipo de Bioseguridad
  - Equipo de Ultrasonido y sus puntas
  - Pieza de mano de alta velocidad
  - Fresas redondas de carburo
  - Jeringa Carpule y aguja dental

- Jeringa descartable para irrigar
- Bisturí Bard Parker con hoja # 15
- Bisturí interproximal de Orban
- Elevador de periostio
- Curetas
- Tijeras para encía
- Seda negra trenzada 3-0
- Pinza porta-aguja

➢ MEDICAMENTOS:

– Los definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

G. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

a) Asepsia intraoral con Gluconato de clorhexidina al 0.12%.
b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local.
c) Sondear el hueso alveolar subyacente con una sonda periodontal para determinar la presencia y extensión de los defectos óseos.
d) Se realiza la incisión de bisel interno inicial por lo menos 3mm en dirección coronal hacia la unión mucogingival, incluida la creación de nuevas papilas interdentales.
e)
f) Se emplea la misma hoja para adelgazar los tejidos gingivales en dirección vestivulolingual en relación con la unión mucogingival. En este punto la hoja establece contacto con el hueso alveolar y se separa un colgajo de espesor toral o espesor dividido.
g) Con un bisturí de Orban se realiza una incisión en la base de cada papila, para conectar la incisión vestibular y lingual.
h) Se eliminan los tejidos marginales e interdentales con curetas
i) Se eliminan los restos de tejido, se raspan las raíces y se realiza curetaje con toda minuciosidad, y se vuelve a contornear el hueso, según sea necesario.
j) Se vuelve a colocar el colgajo en su lugar, si es necesario, se le corta para que llegue con exactitud hasta la unión entre el hueso y el diente. Entonces se sutura el colgajo con una técnica de puntos separados o continuos de colchonero.

H. TIEMPO ESTIPULADO PARA EL PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente entre 30 a 40 minutos.

I. RECOMENDACIONES.

- El Odontólogo debe tener en cuenta ciertas condiciones gingivales para realizar este procedimiento u otro para el mismo fin, como son:

i. Extensión del área a operar
ii. Presencia de periodontitis y defectos óseos
iii. La ubicación de la base de las bolsas en relación con la unión mucogingival

J. EDUCACIÓN.

1. Informar al paciente que la recurrencia del agrandamiento gingival inducido por fármacos es una realidad en los casos tratados con cirugía.
2. El cuidado meticuloso en casa, los enjuagues de Gluconato de clorhexidina y las limpiezas profesionales disminuyen la velocidad y el grado en que se da la recurrencia.
3. Indicaciones posoperatorias.

A. DEFINICIÓN.

Es un corte en la encía, mucosa o ambas, separadas quirúrgicamente de los tejidos para proporcionar visibilidad y acceso hacia el hueso y la superficie radicular.

B. OBJETIVO.

A. Aumentar la facilidad de acceso a los depósitos radiculares.
B. Eliminar o reducir la profundidad de las bolsas por medio de la resección de la pared de la bolsa.
C. Exponer el área para llevar a cabo técnicas regenerativas.

C. INDICACIONES.

- Para realizar alisado radicular con amplia visión en la zona quirúrgica logrando acceso a superficies radiculares profundas.
- Eliminar bolsas periodontales principalmente infraóseas.
- Hiperplasias gingivales moderadas.
- Lograr acceso a furcas clase II y III.
- En casos que se necesite realizar cirugías óseas (ya sea remodelado o injerto).
- En el tratamiento de abscesos periodontales.
- En ciertos casos de fractura radicular horizontal (con pronóstico favorable).
- Procedimientos quirúrgicos con fines exploratorios.

D. CONTRAINDICACIONES.

- En regiones estéticas porque es inevitable la recesión gingival posoperatoria.

E. COMPLICACIONES.

- Ninguna.

F. RECURSOS.

➢ RECURSO HUMANO:
  - Periodoncista.

➢ MATERIAL Y EQUIPO:
  - Equipo Ultrasónico y sus puntas
  - Bandeja básica y equipo de Bioseguridad
  - Pieza de mano de alta velocidad
  - Fresas redondas de carburo

- Jeringa Carpule y aguja dental
- Jeringa descartable para irrigar
- Bisturí Bard Parker con hoja # 15.
- Bisturí interproximal.
- Elevador de periostio
- Curetas periodontales según zona a tratar
- Tijeras para encía
- Seda negra trenzada 3-0 ó 4-0
- Pinza porta aguja

➢ MEDICAMENTOS:

– Los definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

G. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Asepsia intraoral con Gluconato de clorhexidina al 0.12%.
b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local.
c) Incisión de bisel interno asegurándose de llegar hasta el nivel de la cresta alveolar, eliminando la pared interna de la bolsa y la adherencia epitelial.
d) Elevación del colgajo con elevador de periostio dejando denudado el hueso alveolar.
e) Curetaje y alisado radicular de las áreas denudadas tanto óseas como radiculares y eliminación de tejido de granulación con curetas afiladas.
f) En el caso de que existan defectos óseos que necesitan remodelación, así como amputación o hemisección radicular, es el momento de realizarlo
g) Limpieza general de la zona expuesta con solución salina, Gluconato de clorhexidina 0.12%, etc., incluyendo la pared interna del colgajo elevado, a juicio del operador.
h) Colocación y sutura de colgajo de nuevo en su posición original.
i) La sutura será interdental de manera que adose lo mejor posible los colgajos que habían sido separados.

H. COMPLICACIONES POST- PROCEDIMIENTO.

– Ninguna.

I. TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO.

– Aproximadamente de 30 a 40 minutos.

J. INCAPACIDAD.

- De 2 a 3 días.

K. RECOMENDACIONES.

– Recomendaciones posoperatorias

A. DEFINICIÓN.

La regeneración es el proceso biológico en el cual la arquitectura y función de los tejidos perdidos son completamente restauradas. En el caso del tratamiento periodontal, la regeneración significa la restitución de los tejidos de soporte perdidos, incluyendo nuevo hueso alveolar, ligamento periodontal y estructuras gingivales.

B. CLASIFICACIÓN.

Existen dos diseños de colgajo para este tipo de cirugía:

A. Colgajo de conservación de la papila.

B. Colgajo convencional con incisiones creviculares.

C. OBJETIVO.

Buscar condiciones para regenerar los tejidos perdidos debido a la enfermedad periodontal, como son:

- Reducir la profundidad al sondaje
- Ganar inserción clínica
- Rellenar el defecto óseo
- Regenerar los tejidos periodontales

D. INDICACIONES.

- Defectos óseos de 2 ó 3 paredes.

E. CONTRAINDICACIONES.

- Cuando no existe un nivel óseo interproximal adecuado.
- Debe haber una encía queratinizada de 1mm como mínimo.
- No debe existir infección activa en el sitio receptor.
- Cuando el paciente presente mala higiene oral.
- En pacientes fumadores.

F. COMPLICACIONES.

- Por falta de rigidez, la membrana puede colapsarse en el área del defecto.

G. RECURSOS.

- HUMANO:
  - Periodoncista.
- MATERIAL Y EQUIPO:
  - Equipo Ultrasónico y sus puntas
  - Pieza de mano de alta velocidad
  - Fresas redondas de carburo
  - Bandeja básica y equipo de Bioseguridad
  - Jeringa Carpule y aguja dental
  - Jeringa descartable para irrigar
  - Bisturí Bard- Parker con hoja # 15.
  - Bisturí interproximal.
  - Elevador de periostio
  - Curetas periodontales según zona a tratar
  - Membrana Biodegradable
  - Hueso Liofilizado
  - Frasco Dappen esterilizado
  - Tijeras para encía
  - Seda negra trenzada 3-0 ó 4-0
  - Pinza porta aguja

- MEDICAMENTOS:

– Los definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

H. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

A. COLGAJO DE CONSERVACION DE LA PAPILA

a) Se realiza una incisión crevicular alrededor de cada diente sin incisiones a través de la papila interdental.

b) Se incorpora la papila conservada en el colgajo vestibular o lingual/palatino, aunque suele integrarse al colgajo vestibular.

c) En estos casos la incisión lingual o palatina consta de una incisión semilunar a través de la papila interdental en su aspecto lingual o palatino; ésta se profundiza en sentido apical desde las aristas de los dientes, para que la incisión papilar esté por lo menos a 5mm de la cresta de la papila.

d) Entonces se introduce un bisturí de Orban en esta incisión para cortar entre la mitad y un tercio de la base de la papila interdental.

e) Después se disecta la papila desde el aspecto lingual o palatino y se eleva intacta con el colgajo vestibular.

f) Se eleva el colgajo sin adelgazar el tejido.

B. COLGAJO CONVENCIONAL.

a) Asepsia intraoral con Gluconato de clorhexidina

b) Anestesia local e infiltrativa con anestésico local.

c) Se eleva un colgajo mucoperióstico con incisiones verticales, que se extienden hasta un mínimo de dos dientes en sentido anterior y un diente en sentido distal con respecto al diente en tratamiento.

d) Se desbrida el defecto óseo y se alisan minuciosamente las raíces.

e) Con una fresa se procede a penetrar en el hueso cortical (avivamiento), ayudando así a la revascularización.

f) Se coloca hueso según especificaciones del fabricante

g) Se corta la membrana con tijeras filosas para aproximarse al tamaño del área que se está tratando. El borde apical del material debe extenderse 3 a4 mm en sentido apical con respecto al margen del defecto y 2 a3 mm en sentido lateral más allá del defecto; el borde oclusivo de la membrana debe colocarse 2 mm en sentido apical con respecto a la unión amelocementaria.

h) Se sutura la membrana de manera firme alrededor del diente con una sutura suspensoria.

i) Se sutura el colgajo en su posición original o en dirección un poco coronal a ésta, usando suturas independientes interdentales y en las incisiones verticales.

j) Es necesario el mantenimiento de un colgajo grueso para evitar la exposición del injerto o la membrana como resultado de la necrosis de los márgenes del colgajo.

Dentro de las Técnicas de Cirugía Reconstructiva tenemos:

A. Regeneración guiada del tejido. Incluye la colocación de barreras de diferentes tipos para cubrir el hueso y el ligamento periodontal, separándolos así, de manera temporal, del epitelio gingival. La exclusión del epitelio y el tejido conectivo gingival de la superficie radicular no solo evitan la migración epitelial hacia la herida, sino que favorece la repoblación del área con células del ligamento periodontal y el hueso.

B. Injertos óseos: Injerto óseo autógeno de sitios intrabucales: Coágulo óseo, Mezcla ósea

C. Aloinjerto: Hueso Liofilizado.

I. COMPLICACIONES POST- PROCEDIMIENTO.

- Posible exposición del injerto o membrana si el colgajo no logra cubrirlos.

J. TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente 1 hora.

K. INCAPACIDAD.

- De 2 a 3 días.

L. RECOMENDACIONES.

1. Evaluar situación oclusal de cada paciente, ya que puede alterar el proceso de cicatrización. Se sugiere un ajuste preliminar.
2. Evaluar el uso de antibióticos para cada caso

M. EDUCACION.

1. Indicaciones posoperatorias.

A. DEFINICIÓN.

Es el conjunto de procedimientos quirúrgicos para corregir o eliminar deformidades anatómicas, del desarrollo o por traumatismo de la encía o la mucosa alveolar.
Se relaciona a tres áreas problemáticas específicas:

- La encía insertada.
- Los vestíbulos superficiales.
- Frenillo que interfiere con la encía marginal.

B. OBJETIVO.

El objetivo final es la creación o ensanchamiento de la encía insertada alrededor de los dientes que a su vez logra:

A. Mejorar la eliminación de la placa alrededor del margen gingival (por ejemplo: corrigiendo inserciones inadecuadas de frenillos)
B. Mejora la cosmética (por ejemplo: con la cobertura de la superficie radicular expuesta)
C. Reduce la inflamación alrededor de los dientes restaurados (por ejemplo: alargamiento coronario en piezas con restauraciones protésicas defectuosas)

C. INDICACIONES.

- Correcciones prostéticas periodontales.
- Alargamiento de la corona.
- Aumento de reborde.
- Superficies radiculares descubiertas.
- Correcciones quirúrgicas cosméticas.

D. CONTRAINDICACIONES.

- Irregularidad dental.
- Raíces cubiertas con láminas óseas delgadas.
- Cuando no hay suficiente encía adherida (menos de 1mm).

E. COMPLICACIONES.

Precisión en el grosor del injerto. Un injerto que es muy delgado puede necrosarse y exponer el sitio donador. Si es muy grueso, se pone en peligro su capa periférica debido al excesivo tejido que lo separa de la nueva circulación y los nuevos nutrientes.

F. RECURSOS.

- HUMANO:
  - Periodoncista.
- MATERIAL Y EQUIPO:
  - Bandeja básica.
    - i. Equipo de protección personal.
    - ii. Pieza de mano de alta velocidad.
    - iii. Fresas redondas de carburo.
  - Jeringa Carpule y aguja dental.
  - Jeringa descartable para irrigar.
  - Bisturí Bard Parker con hoja # 15.
  - Pinza Adson.
  - Pinza hemostática.
  - Tijera para encía.
  - Elevador de Periostio.
  - Seda negra trenzada 3-0 ó 4-0.
  - Pinza porta aguja.

- MEDICAMENTOS:

- Los definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

G. COMPLICACIONES.

- Ninguna

H. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Técnicas quirúrgicas a utilizar:

1. Autoinjerto gingival libre
2. Autoinjerto de tejido conectivo libre
3. Colgajo desplazado en sentido apical
4. Colgajo desplazado en sentido coronal
5. Colgajo desplazado en sentido lateral
6. Frenectomía.

1. AUTOINJERTO GINGIVAL LIBRE.

a) Asepsia extra e intraoral
b) Anestesia tópica, infiltrativa o regional con anestésico local
c) Preparación del sitio receptor.

d) Se efectúa una incisión en la unión mucogingival hasta la profundidad deseada, uniendo la incisión en ambos extremos con la línea mucogingival existente. Se debe dejar periostio que cubra el hueso.
e) Se extienden las incisiones casi hasta el doble del ancho deseado de la encía insertada
f) Se sutura el colgajo donde se localiza la porción apical del injerto libre
g) Obtener el injerto del sitio donador
h) Se retira un injerto de espesor parcial de paladar. Se hace una incisión superficial hasta el espesor deseado, se eleva y se sostiene con una pinza mientras se va separando.
i) La colocación de las suturas en los márgenes del injerto ayuda a controlarlo durante la separación y transferencia y simplifica la colocación y sutura del sitio receptor.
j) Transferir e inmovilizar el injerto
k) El injerto se adapta con firmeza al sitio receptor suturándolo a los bordes laterales y el periostio. Antes de completar la sutura, se eleva la porción no suturada y se limpia el sitio receptor debajo de éste con un aspirador, para remover coágulos o desprender fragmentos de tejido. Se presiona el injerto de nuevo en su posición y se completan las suturas dejándolo inmovilizado.

2. AUTOINJERTO DE TEJIDO CONECTIVO LIBRE.

La diferencia entre esta técnica y el autoinjerto gingival libre es que el tejido donador es tejido conectivo.

a) Asepsia extra e intra-oral.
b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local.
c) Las incisiones verticales divergentes se trazan en aristas del diente que se pretende cubrir, creando un colgajo de espesor parcial a por lo menos 5mm del área de recesión.
d) Se sutura el borde mucoso apical al periostio.
e) Se raspa y alisa la superficie radicular.
f) Se obtiene un injerto de tejido conectivo del paladar.
g) Se sutura el sitio donador después de retirado el injerto
h) Se transfiere el injerto al sitio receptor y se sutura al periostio, asegurando una buena estabilidad.

3. COLGAJO DESPLAZADO EN SENTIDO APICAL.

a) Asepsia extra e intra-oral.
b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local.
c) Se realiza una incisión de bisel interna
d) No es necesario acentuar interdentalmente el festoneado, porque el colgajo está desplazado en sentido apical y no colocado en posición interdental.
e) Se realizan incisiones creviculares, seguidas por la elevación del colgajo
f) Se realizan incisiones verticales que rebasan la unión mucogingival.
g) Después de eliminar todo el tejido de granulación, del raspado radicular y curetaje y de la cirugía ósea si es necesaria, se desplaza el colgajo en sentido apical.

h) Es importante que las incisiones verticales y, por tanto, la elevación del colgajo, llegue más allá de la unión mucogingival para proporcionar movilidad adecuada al colgajo para su desplazamiento en sentido apical.

i) Dependiendo si el colgajo es de espesor total o parcial, la sutura puede ser suspensoria para evitar que se deslice el colgajo o éste se sutura al periostio.

4. COLGAJO DESPLAZADO EN SENTIDO CORONAL

El propósito de esta técnica es crear un colgajo de espesor dividido en el área apical con respecto a la raíz descubierta y colocarlo en sentido coronal para cubrir la raíz.

a) Se realizan dos incisiones verticales que deben extenderse más allá de la unión mucogingival.

b) Se hace una incisión de bisel interna y se separa un colgajo mucoperióstico

c) Se raspa y alisa la superficie radicular

d) Se regresa el colgajo y se sutura en un nivel coronal con respecto a la posición antes del tratamiento.

5. COLGAJO DESPLAZADO EN SENTIDO LATERAL.

Esta técnica se utiliza para cubrir raíces descubiertas aisladas que tienen tejido donador adecuado en dirección lateral y profundidad vestibular.

a) Preparación del sitio donador: Se remueve el epitelio alrededor de la superficie radicular expuesta, se raspa la superficie radicular y se realiza curetaje minuciosamente.

b) Preparación del colgajo: Se prefiere un colgajo de espesor parcial. Se realiza una incisión vertical desde el margen gingival para delimitar un colgajo adyacente al sitio receptor. Se hace una incisión en el periostio y se extiende hasta la mucosa bucal al nivel de la base del sitio receptor. El colgajo debe ser bastante más ancho que el sitio receptor para cubrir la raíz y proporcionar un margen ancho para la inserción al borde de tejido conectivo alrededor de la raíz.

   Debe incluirse la papila interdental en el extremo distal del colgajo o una porción grande de ésta, para asegurar el colgajo en el espacio interproximal entre los dientes donadores y receptores.

c) Transferencia del colgajo: Se desliza de manera lateral el colgajo hacia la raíz adyacente, asegurándose de que se apoye con firmeza sin tensión excesiva a la base. Se realizan suturas interrumpidas y suspensorias para prevenir que el colgajo se resbale en sentido apical.

6. FRENECTOMIA.

Es la eliminación completa del frenillo, incluida su inserción al hueso subyacente. La frenotomía es la incisión de un frenillo. Se utilizan ambos procedimientos, pero la frenotomía suele ser

suficiente para fines periodontales, como reubicar la inserción del frenillo para crear una zona de encía insertada entre el margen gingival y el frenillo.

a) Asepsia extra e intraoral
b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local
c) Se toma el frenillo con una pinza hemostática insertada hasta la profundidad del vestíbulo
d) Se realiza una incisión a lo largo de la superficie superior y luego inferior de la pinza hemostática y se extiende más allá de la punta.
e) Con la misma pinza se retira la porción triangular cortada del frenillo
f) Se realiza una incisión horizontal, separando las fibras, y una disección roma hasta el hueso.
g) Se sutura la mucosa labial al periostio apical.

I. COMPLICACIONES POST- PROCEDIMIENTO.

- Hemorragia.
- Heridas en partes blandas.
- Desgarros.
- Lesiones de los nervios cercanos.
- Enfisema sub-mucoso.
- Infección.
- Problemas de cicatrización.

J. TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente 1 hora.

K. INCAPACIDAD.

- De 2 a 5 días, según el caso.

L. RECOMENDACIONES.

1. Evaluar situación oclusal de cada paciente, ya que puede alterar el proceso de cicatrización.
2. Evaluar el uso de antibióticos para cada caso

M. EDUCACION.

1. Información amplia de Indicaciones pre y post-operatorias.

A. DEFINICIÓN.

Es un procedimiento para tratar las bolsas sobre la superficie distal de los molares terminales. El tratamiento de las bolsas puede verse afectado por la presencia de tejido fibroso abultado sobre la tuberosidad maxilar o por las almohadillas retromolares prominentes en la mandíbula. También suele haber defectos verticales profundos junto con el tejido fibroso redundante.

B. OBJETIVO.

Eliminación de la bolsa, producir encía insertada y si es necesario corrección del defecto óseo.

C. INDICACIONES.

- Bolsas periodontales distal a molares terminales

D. CONTRAINDICACIONES.

- Ninguna.

E. COMPLICACIONES.

- Ninguna.

F. RECURSOS.

- HUMANO:
  - Periodoncista.
- MATERIAL Y EQUIPO:
  - Equipo Ultrasónico y sus puntas
  - Bandeja básica y equipo de Bioseguridad
  - Pieza de mano de alta velocidad
  - Fresas redondas de carburo
  - Jeringa Carpule y aguja dental
  - Jeringa descartable para irrigar
  - Bisturí Bard Parker con hoja # 15.
  - Elevador de periostio
  - Curetas periodontales según zona a tratar
  - Tijeras para encía
  - Seda negra trenzada 3-0
  - Pinza porta aguja

➢ MEDICAMENTOS:

– Los definidos en el Listado oficial de Medicamentos (LOM)

G. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Asepsia extra e intra-oral.
b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local
c) Se trazan dos incisiones paralelas que comienzan en la porción distal del diente y se extienden hacia la unión mucogingival distal a la tuberosidad o a la almohadilla retromolar.
d) Se realiza una incisión transversal en el extremo distal de las dos incisiones paralelas para eliminar un pedazo largo y rectangular de tejido.
e) Alisado radicular y retiro de tejido fibroso excedente
f) Cuando se remueve todo el tejido entre las dos incisiones y se adelgazan los colgajos, los dos bordes de los colgajos deben aproximarse entre sí en una nueva posición apical sin sobreponerse.
g) Se sutura el colgajo.

H. COMPLICACIONES POST- PROCEDIMIENTO.

– Ninguna.

I. TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO.

– Aproximadamente 40 minutos.

J. INCAPACIDAD.

– De 2 a 3 días.

K. RECOMENDACIONES.

– Ninguna.

L. EDUCACION.

1. Instrucciones postoperatorias.

A. DEFINICIÓN.

Es la remodelación selectiva de las superficies oclusivas para establecer una oclusión estable y no traumática.

B. OBJETIVO.

Establecer relaciones funcionales estables favorables para la salud bucal del paciente, incluido el periodonto.

C. INDICACIONES.

Está indicado para Pacientes que padecen.

- Bruxismo.
- El trismus.
- Trauma oclusal.
- Síndrome de la Articulación Temporomandibular (ATM).

D. CONTRAINDICACIONES.

- Mordida abierta anterior.
- Relación borde a borde de los incisivos.
- Mordida cruzada.

E. RECURSOS.

- HUMANO:
  - Periodoncista.
- MATERIAL Y EQUIPO:
  - Pieza de mano de alta velocidad
  - Piedra de diamante
  - Papel de articular
  - Rodetes
- MEDICAMENTOS:
  - Ninguno.

F. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se desgastarán los contactos marcados, en cúspides vestibulares superiores y linguales inferiores El proceso adecuado sería en el siguiente orden:

a) Registro de contactos oclusales con papel de articular.
b) Eliminación de contactos prematuros y/o interferencias, encontrados en los movimientos de lateralidades y protrusivo, los cuales se hacen con piedra de diamante, siempre en esmalte, nunca en dentina.
c) Llevar al paciente a relación céntrica
d) Eliminar el deslizamiento en céntrica
e) Eliminar interferencias en balance
f) Eliminar interferencias en trabajo
g) Eliminar interferencias en protrusión
h) Rectificar y verificar que haya contactos oclusales uniformes
i) Pulido de piezas desgastadas y evaluar colocar flúor
j) Depende de la severidad del caso realizarlo en 3 a 4 citas.

G. COMPLICACIONES POST- PROCEDIMIENTO.

- Ninguna.

H. TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente 20 minutos.

I. INCAPACIDAD.

- No amerita

J. RECOMENDACIONES.

1. Consumir solamente comidas blandas y frías.

K. EDUCACION.

2. Explicar al paciente las limitaciones que se tienen con este procedimiento y los resultados esperados.

A. DEFINICIÓN.

Es el procedimiento por el que se restaura la anatomía de un diente que se había visto alterada bien por la existencia de una caries (en este caso se denomina empaste) o por una rotura del mismo que genera una cavidad.

B. OBJETIVO.

Obturar la cavidad del diente con un material especial, devolviendo al mismo su anatomía (forma) habitual, con la finalidad de devolver al diente su función de forma correcta.

C. CLASIFICACIÓN.

1. Obturación de amalgama.
2. Obturación de resina composita fotocurada.

D. EVALUACIÓN.

- Diagnóstico clínico en consulta dental.

E. INDICACIONES.

- Caries limitada a esmalte o grado I (CIE-10:K02.0)
- Caries de la dentina o grado II (CIE-10:K02.1)

F. CONTRAINDICACIONES.

- Caries grado IV.
- Piezas con pólipo pulpar.
- Piezas necróticas.
- Piezas con pulpitis irreversible.
- Piezas con movilidad por proceso de exfoliación.
- Piezas no restaurables.

G. COMPLICACIONES.

- Piezas con exposición pulpar iatrogénica.
- Perdida de tejido dentario coronal.
- Cavidad contaminada con fluidos orales.

- Celulitis.

H. RECURSOS.

- HUMANO:
  - Odontopediatra.
  - Asistente dental.
- MATERIAL:

  OBTURACIÓN DE AMALGAMA.
  - Aguja Carpule corta # 30G descartable.
  - Aguja Carpule extra corta # 27 descartable.
  - Aleación de amalgama de plata en cápsula.
  - Base protectora pulpar de fotocurado (Ionómero de vidrio)
  - Cemento de Hidróxido de calcio dos pastas (Dycal)
  - Cemento de óxido de zinc con Eugenol polvo.
  - Cemento de óxido de zinc con Eugenol liquido.
  - Cemento de Policarboxilato liquido.
  - Cemento de Policarboxilato polvo.
  - Cinta banda matriz de 5mm ó 7 mm de ancho metálica.
  - Copa o taza Dappen de vidrio.
  - Cuñas de madera.
  - Eyector de saliva descartable.
  - Fresa de carburo fisura extremo plano 556.
  - Fresa de carburo redonda de 1/4
  - Fresa de carburo redonda de 1/2
  - Fresa de carburo redonda # 2
  - Fresa de carburo redonda # 4
  - Fresa de carburo redonda # 6
  - Fresa de carburo agarre por fricción # 245
  - Fresa de carburo agarre por fricción # 330
  - Fresa especial de alta velocidad para retirar amalgama.
  - Fresa para pulir amalgama redonda # 4.
  - Fresa para pulir amalgama redonda # 6.
  - Fresa para pulir amalgama en forma de huevo.
  - Fresa para pulir amalgama en forma de pera.
  - Hilo dental con cera.
  - Loza plana de vidrio para mezclar.
  - Lubricante en spray para pieza de mano
  - Papel de articular en libreta.
  - Rodete de algodón.
- EQUIPO:

- Abreboca de hule.
- Amalgamador de alta velocidad.
- Aplicador metálico para cemento de Hidróxido de calcio.
- Aplicador condensador de cemento tipo Woodson # 2.
- Atacador doble de acero inoxidable # 1.
- Bruñidor # 28-29 inoxidable
- Bruñidor doble anatómico # 2 de amalgama
- Careta de protección con visor plástico
- Cucharilla o excavador para dentina # 14
- Cucharilla o excavador para dentina # 17
- Espátula para cemento doble extremo
- Espejo bucal # 5 sin aumento adaptable a mango # 14
- Explorador doble # 5.
- Jeringa Carpule.
- Mango # 14 para espejo bucal # 5
- Pieza de mano de alta velocidad
- Pinza para algodón y curaciones tipo London
- Porta amalgama mediano o grande con punta de metal
- Porta matriz de ¼" para banda de 5mm de ancho
- Porta matriz de ¼"para banda de 7mm de ancho
- Tallador Cleoide Discoide 3/16"
- Tallador Cleoide Discoide ½"
- Tallador para amalgama Hollemback # 3

➢ MATERIAL:

OBTURACIÓN DE RESINA COMPOSITA FOTOCURADA.

- Acido grabador de esmalte en gel.
- Adhesivo para resina composita de fotocurado
- Aguja Carpule corta # 30G descartable
- Aguja Carpule extra corta # 27 descartable
- Base protectora pulpar de fotocurado (Ionómero de vidrio)
- Celuloide en tiras
- Cemento de óxido de zinc con Eugenol polvo.
- Cemento de óxido de zinc con Eugenol liquido.
- Cemento de Policarboxilato liquido.
- Cemento de Policarboxilato polvo.
- Cuñas de madera.
- Eyector de saliva descartable
- Fresa de Arkansas redonda.
- Fresa de carburo redonda de 1/4
- Fresa de carburo redonda de 1/2
- Fresa de carburo redonda # 2

- Fresa de carburo redonda # 4
- Fresa de carburo redonda # 6
- Fresa de carburo agarre por fricción # 245
- Fresa de carburo agarre por fricción # 330
- Fresa de diamante en forma de rueda
- Hilo dental con cera.
- Lente de protección para lámpara de fotocurado
- Loza plana de vidrio para mezclar.
- Lubricante en spray para pieza de mano.
- Papel de articular en libreta.
- Piedra de Arkansas en forma de llama.
- Resina Composita curada color A2-A3-A3.5
- Rodete de algodón.
- Tiras de lija surtida.

➢ EQUIPO:

- Abreboca de hule.
- Aplicador metálico para cemento de Hidróxido de calcio.
- Aplicador condensador de cemento tipo Woodson #2.
- Aplicador plástico para resina # 1
- Aplicador plástico para resina # 2
- Condensador de amalgama Hollemback # 4
- Espátula para cemento doble extremo
- Espejo bucal # 5 sin aumento adaptable a mango # 14
- Explorador doble # 5.
- Jeringa Carpule.
- Instrumento para resina composita metálico
- Mango # 14 para espejo bucal # 5
- Lámpara para Fotocurado de Resina Composita.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Pinza para algodón y curaciones tipo London.
- Quita y pone fresa para alta velocidad.

I. TRATAMIENTO. FARMACOTERAPIA.

- Anestésica.
- Analgésica.
- Antinflamatoria.
- Antibiótica.

J. PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

– Se le explica al padre o responsable del niño sobre el procedimiento a realizar.

K. PRECAUCIONES.

- Falta de colaboración del niño para la realización del tratamiento.
- Presencia de enfermedades sistémicas.

L. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

A. PROCEDIMIENTO PARA OBTURACIÓN CON AMALGAMA DE PLATA.

a) Aplicar al paciente anestesia local infiltrativa o de bloqueo, si es necesario.
b) Eliminar completamente la lesión cariosa con equipo rotatorio.
c) Preparar la cavidad, lavar y secar la cavidad del diente.
d) Realizar aislamiento relativo.
e) Proteger el tejido pulpar con bases de cemento. Cuando sea necesario, en piezas dentales primarias, utilizar Óxido de Zinc y Eugenol; y en piezas dentales permanentes, utilizar Hidróxido de Calcio y Ionómero de vidrio.
f) Preparar la amalgama de plata.
g) Realizar obturado completo de la cavidad con amalgama mediante condensación.
h) Bruñir la amalgama.
i) Tallar y restaurar la morfología.
j) Revisar la oclusión con papel de articular.
k) En cita posterior, pulir la obturación utilizando fresas de pulido.

B. PROCEDIMIENTO PARA OBTURACIÓN CON RESINA COMPOSITA DE FOTOPOLIMERIZADO.

a) Aplicar anestesia local infiltrativa o de bloqueo si fuese necesario.
b) Eliminar la lesión cariosa con equipo rotatorio, preparando una cavidad mínimamente invasiva.
c) Lavar y secar la cavidad.
d) Realizar aislamiento relativo de la pieza dental.
e) Colocar base protectora pulpar (Ionómero de vidrio) en preparaciones profundas para proteger el tejido pulpar.
f) Seleccionar el color de la resina con el diente limpio y húmedo.
g) Aplicar el ácido grabador (de acuerdo a especificaciones del fabricante).
h) Lavar con abundante agua.
i) Secar para retirar el exceso de agua, mantener la humedad y evitar la contaminación.
j) Cambiar aislamiento relativo.
k) Colocar adhesivo en las superficies internas de la preparación cavitaria y fotocurar.
l) Colocar la resina en incrementos de hasta 2 mm y fotocurar.
m) Revisar la oclusión con papel de articular.
n) Restaurar la morfología.

o) Realizar terminado y pulido.

Nota: En cavidades interproximales, utilizar bandas de celuloide y cuñas de madera.

M. TIEMPO DE PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente 30 minutos.

N. INCAPACIDAD.

- No aplica.

O. REFERENCIA.

- A higiene dental cuando hay presencia de sarro, placa bacteriana.

P. RECOMENDACIONES.

- RECOMENDACIONES PARA PROFESIONAL.
  1. Para el caso de preparaciones cavitarias interproximales clase II, II MOD, clase II Modificada para las obturaciones de amalgama.
  2. Deberá usarse matriz metálica y cuña de madera.
  3. Para la clase III en resina deberá utilizarse matriz celuloide y cuña de madera.
- PARA EL PACIENTE PRE-OPERATORIO.
  1. Desayunar o almorzar una hora antes de la intervención.
  2. Presentarse con los dientes cepillados.
  3. Tomar el medicamento profiláctico en caso necesario.
- PARA EL PACIENTE POST OPERATORIO.
  1. No masticar alimentos duros del lado tratado durante las 24 horas posteriores a obturaciones de amalgama.
  2. No tocar la restauración de amalgama con los dedos u objetos duros.
  3. Evitar el consumo de alimentos ácidos para no aumentar la sensibilidad dentaria posterior a la obturación de resina composita.
  4. En el caso de obturaciones de resina, no ingerir alimentos con colorantes para evitar que se manche la restauración.
  5. Evitar masticar hielo y morder objetos duros.
  6. Proporcionar indicaciones a los padres o responsable del cuido del niño para prevenir úlceras traumáticas autoinfringidas producidas por mordeduras o traumas por la falta de sensibilidad por efectos de la anestesia local.

PULPOTOMÍA (CIE-10: U51.81) 22.

A. DEFINICIÓN.

- Procedimiento que consiste en la extirpación de la pulpa vital inflamada de la cámara coronal y la posterior aplicación de medicamentos sobre los muñones pulpares radiculares para fijar (momificar) o estimular la reparación de lo que quede de la pulpa radicular vital de la pieza dental primaria.

B. OBJETIVOS.

1. Dar tratamiento oportuno en las alteraciones de la pulpa y zonas periapicales.
2. Evitar la mutilación del sistema dentario.
3. Mejorar la calidad de vida del paciente.

C. EVALUACIÓN.

- Seguimiento del plan de tratamiento indicado en la consulta clínica.

D. INDICACIONES.

- La pulpa con inflamación mínima, cuando la destrucción coronaria no involucra todas las superficies de la corona.
- Cuando se estima que podemos provocar una exposición pulpar al remover la dentina cariada.

E. CONTRANDICACIONES.

a. En piezas dentales primarias cuya mayor permanencia en la boca permitirá el buen desarrollo de la oclusión.
b. Piezas con exposición pulpar iatrogénica.
c. Perdida de tejido dentario coronal.
d. Cavidad contaminada con fluidos orales.
e. Reabsorción radicular avanzada.
f. Pieza próxima a exfoliar.
g. Tumefacción.
h. Sensibilidad a la percusión.
i. Movilidad de la pieza dental.
j. Hemorragia pulpar excesiva.
k. Piezas con pólipo pulpar.
l. Presencia de abcesos periapicales.

F. COMPLICACIONES.

a. Perforación del piso pulpar.
b. Contaminación iatrogénica en cámara pulpar.
c. Hemorragia pulpar excesiva.
d. Fractura de la Furca.
e. Dehiscencia ósea.

G. RECURSOS.

- HUMANO:
  - Odontopediatra.
  - Asistente Dental.
- INSUMO.
  - Espejo clínico # 5
  - Mango # 14 para espejo bucal # 5
  - Explorador clínico doble # 5
  - Pinza clínica para curaciones
  - Cucharilla o excavador de dentina # 14 o 17
  - Jeringa metálica tipo Carpule
  - Pieza de mano de alta velocidad
  - Aplicador y condensador de cemento
  - Espátula doble para cemento
  - Loseta de vidrio
  - Porta amalgama
  - Porta matriz para cinta banda matriz de 5 o 7 mm.
  - Cinta banda matriz # 5mm o de 7mm
  - Talladores Cleoide Discoide
  - Fresa agarre por fricción redonda # 4 y 6
  - Fresa agarre por fricción # 330
  - Fresa especial para retiro de amalgama
  - Condensador de amalgama
  - Tallador de amalgama
  - Bruñidor de amalgama
  - Aplicador de cemento
  - Aplicador de cemento de Hidróxido de Calcio
  - Aplicador de Resina Composita
  - Banda celuloide
  - Rodete de algodón
  - Eyector de saliva desechable
  - Papel de articular

- Amalgama en capsula
- Resina composita
- Cemento de Óxido de Zinc y Eugenol (polvo)
- Cemento de Óxido de Zinc y Eugenol (liquido)
- Base Protectora pulpar (Ionómero de vidrio)
- Jeringa hipodérmica desechable de 5 o 10lml

➢ EQUIPO.
- Amalgamador.
- Lámpara de fotocurado.

H. MEDICAMENTOS.

– Según lo definido en Listado oficial de Medicamentos.

I. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

– Se le explica al padre o responsable del niño sobre el procedimiento a realizar.

J. PRECAUCIONES.

– Falta de colaboración del niño para la realización del tratamiento.
– Presencia de enfermedades sistémicas.

K. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

➢ Primera cita:
a. Aplicar anestesia local infiltrativa o de bloqueo.
b. Aislamiento relativo de la pieza dental.
c. Eliminar la lesión cariosa con sistema rotatorio.
d. Retirar el techo de la cámara pulpar.
e. Eliminar la pulpa cameral con una cucharilla.
f. Irrigar la cámara pulpar con solución salina con jeringa desechable.
g. Secar y controlar la hemorragia con torundas pequeñas estériles.
h. Cambiar el aislamiento relativo.
i. Colocar la torunda con formocresol: introducir una torundita de algodón en solución de formocresol, eliminar el exceso de solución con un rodete de algodón y colocarla en la cámara pulpar (cubriendo la pulpa radicular hasta lograr la fijación para evitar que la solución de formocresol tenga contacto con los tejidos blandos, ya que es altamente irritante).

j. Colocar una capa de cemento de óxido de zinc (polvo) y Eugenol (líquido) como obturación temporaria en piezas posteriores y cemento provisional "Coltosol" en piezas anteriores.
k. Agendar la segunda cita ocho (8) días después de la primera.

➢ Segunda cita.
a. Aislamiento relativo de la pieza dental.
b. Retira el cemento de óxido de zinc y eugenol (obturación temporaria).
c. Retirar la torunda con el formocresol.
d. Irrigar la cámara pulpar con solución salina con jeringa desechable.
e. Secar la cámara pulpar con rotunditas estériles.
f. Colocar una capa delgada de hidróxido de calcio químicamente puro en la cámara pulpar de piezas anteriores y posteriores.
g. Colocar una base de óxido de zinc y eugenol en bases de piezas posteriores.
h. Colocar sobre la base de óxido de zinc y eugenol, una base de Ionómero de vidrio en piezas anteriores.
i. Obturar la pieza dentaria con amalgama de plata en las piezas posteriores, y con resina composita en las piezas anteriores (Ver procedimientos de obturaciones de amalgama y resina composita fotocurada)

L. TIEMPO DE PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente treinta (30) minutos.

M. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

- Sólo en casos de pacientes de alto riesgo y pacientes especiales.

N. CRITERIOS DE ALTA.

- Se considerara de alta cuando la pieza dentaria se encuentra con la obturación del conducto verificado radiográficamente, no existiendo signos y síntomas. Además la pieza deberá presentar una restauración definitiva coronal. Debe efectuarse control en razón que estos procedimientos fracasan en un porcentaje que varía del 5 al 30 %, debiéndose retratar o efectuar Pulpectomía o incluso, extracción (No se realiza en el ISSS).

O. INCAPACIDAD.

- No aplica.

P. REFERENCIA.

- No aplica.

Q. RECOMENDACIONES.

- PRE OPERATORIO.
  - Desayunar o almorzar una hora antes del procedimiento.
  - Presentarse con los dientes cepillados.
  - Tomar el medicamento profiláctico en caso necesario.

- POST OPERATORIO PARA EL PACIENTE
  - No masticar alimentos duros por el lado de la obturación de amalgama.
  - No tocar la restauración de amalgama con los dedos u objetos duros.
  - En el caso de obturaciones de resina, no ingerir alimentos con colorantes para evitar que se manche la restauración
  - Evitar el consumo de alimentos ácidos para no aumentar la sensibilidad dentaria
  - Evitar masticar hielo y morder objetos duros.

Nota. De ser necesario dejar cita de control en un mes para evaluación de evolución de la pieza.

A. DEFINICIÓN.

La extracción dental es un acto quirúrgico en el que se practica la extirpación de un diente de la arcada dentaria.

B. OBJETIVO.

Eliminar una pieza dental de su alveolo por medios quirúrgicos para reducir factores de riesgo con el menor trauma posible.

C. EVALUACIÓN.

- Seguimiento del plan de tratamiento indicado en la consulta clínica.

D. INDICACION.

- Lesiones cariosas coronales de 4° grado no restaurables.
- Fracturas coronales no restaurables.
- Piezas con necrosis pulpar no tratable con terapia endodóntica.
- Lesiones cariosas radiculares.
- Fracturas verticales.
- Fracturas radiculares horizontales en el 1/3 medio o cervical.
- Por indicaciones ortodóncicas con su respectiva referencia particular.
- Piezas primarias traumatizadas o accidentadas en las cuales no está indicado o no puede efectuarse tratamiento conservador y esto sea causa de dolor, inflamación o infección.
- Piezas primarias en proceso de exfoliación que ocasionen dolor, inflamación o trastorno en la erupción correcta de la pieza permanente.
- Restos radiculares.
- Piezas supernumerarias y ectópicas que estén erupcionadas que por su localización no amerite tratamiento con Máxilo facial.

E. CONTRAINDICACIONES.

Las contraindicaciones pueden ser por indicaciones sistémicas o locales:

a. Enfermedades metabólicas severas no controladas como Diabetes Mellitus, Enfermedad renal terminal, entre otras.
b. Afecciones cardiacas severas.
c. Celulitis facial.

F. COMPLICACIONES.

- Hemorragia.
- Alveolitis en piezas permanentes.
- Edema facial.
- Hematoma facial.
- Traumatismo por mordida en labios.
- Fractura coronal y/o radicular.
- Infección alveolar asociada a la infección.
- Restos radiculares.
- Fractura de lámina dental.
- Desgarre gingival y de papilas interdentales.

G. RECURSOS

- RECURSO HUMANO:
  - Odontopediatra.
  - Asistente dental.
- MATERIAL:
  - Aguja Carpule extra corta # 27.
  - Aguja Carpule corta # 30G.
  - Torunda de gaza.
  - Solución Salina Normal.
- EQUIPO:
  - Cureta Lucas # 15 inoxidable para piezas permanentes.
  - Espejo bucal # 5 sin aumento.
  - Elevador apical recto tipo Seldin # 301 inoxidable.
  - Elevador apical tipo Seldin # 302 inoxidable.
  - Elevador recto acanalado tipo Seldin.
  - Fórceps de extracción # 15 inoxidable.
  - Fórceps de extracción # 16 inoxidable.
  - Fórceps de extracción # 18 L inoxidable.
  - Fórceps de extracción # 18 R inoxidable.
  - Fórceps de extracción # 65 inoxidable.
  - Fórceps de extracción # 101 inoxidable.
  - Fórceps de extracción # 150 inoxidable.
  - Fórceps de extracción # 151 inoxidable.
  - Jeringa Carpule.
  - Mango # 14 para espejo bucal # 5.
  - Pinza para algodón y curaciones tipo London.

H. TRATAMIENTO.

- Según lo definido en el Listado Oficial de Medicamento (LOM)

I. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

- Se le explica al padre o responsable del niño sobre el procedimiento a realizar.

J. PRECAUCIONES.

- Falta de colaboración del niño para la realización del tratamiento.
- Presencia de enfermedades sistémicas.

K. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

a) Aplicar al paciente anestésico tópico.
b) Aplicar al paciente anestesia local infiltrativa, si el caso lo amerita.
c) Efectuar la debridación de la pieza a extraer.
d) Realizar luxación de la pieza.
e) Colocar adecuadamente el fórceps indicado a la pieza a extraer.
f) Efectuar los movimientos correspondientes a cada pieza dentaria.
g) Eliminar todas las espículas óseas y otros fragmentos que puedan penetrar dentro del alvéolo en piezas permanentes.
h) Efectuar curetaje dentro del alveolo en piezas permanentes.
i) Irrigar con suero fisiológico en piezas permanentes.
j) Efectuar compresión de tablas alveolares en piezas permanentes.
k) Colocar gasa estéril en el lugar de la extracción.

L. CRITERIOS DE ALTA.

- Se considerara de alta cuando no existe evidencia de sangrado alveolar y el paciente manifiesta encontrarse bien.

M. TIEMPO DE PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente 30 minutos.

N. INCAPACIDAD.

- No aplica.

O. REFERENCIA.

- A higiene dental cuando hay presencia de sarro, placa bacteriana.

P. RECOMENDACIONES.

Prescribir el medicamento profiláctico en caso necesario.

➢ PARA EL PACIENTE PRE OPERATORIO.

a. Desayunar o almorzar una hora antes del procedimiento.
b. Presentarse con los dientes cepillados.
c. Tomar el medicamento profiláctico en caso necesario cuando presente una enfermedad sistémica o caso que lo amerite.

➢ PARA EL PACIENTE. POST OPERATORIO

a. No dejar que el niño haga enjuagatorios hasta el día siguiente de la intervención quirúrgica.
b. No permitir que el niño moleste, succione o toque la herida con la lengua o los dedos.
c. En caso de dolor, tomar el analgésico que el Odontopediatra le haya recomendado, siguiendo las indicaciones de dosificación indicadas.
d. No descuide la higiene bucal del niño, cepille los dientes como de costumbre 3 o más veces al día.
e. Después de toda extracción, es natural que haya hemorragia, por lo que se debe indicar al niño que presione la gaza sobre la herida por un mínimo de 30 minutos.
f. Evitar que el niño escupa saliva el día de la extracción. Si la hemorragia persiste, vuelva a la clínica.
g. Que el niño permanezca en reposo, manteniendo la cabeza en alto.
h. La alimentación debe ser blanda y fría en las primeras 24 horas a fin de que no lastime la herida.
i. Tomar abundantes líquidos helados, 2 o 3 litros en 24 horas.
j. Evitar la succión y mordeduras del labio del área anestesiada.
k. En caso de hemorragia prolongada, dolor, infección e inflamación, buscar ayuda médica odontológica en algún centro de salud más cercano.
l. Evitar la práctica deportiva el día de la extracción.

A. DEFINICIÓN.

Asepsia de la lesión de la pulpa, del periodonto y de las estructuras asociadas al diente.

B. OBJETIVO.

Lavado del área traumatizada del diente y los tejidos blandos con solución salina para eliminar todos los cuerpos extraños provenientes del exterior. Así mismo descontaminar la zona traumatizada para reducir el riesgo de infección.

C. EVALUACIÓN.

El examen clínico debe incluir un minucioso examen de los tejidos blandos, inspeccionándolos correctamente, tratando de observar la presencia de cuerpos extraños, y determinando la profundidad de las heridas.

D. INDICACIONES.

- Eliminar todos los cuerpos extraños provenientes del exterior.
- Descontaminar la zona traumatizada para reducir el riesgo de infección.

E. CONTAINDICACIONES.

- Cuando hay pérdida del conocimiento.
- Cuando no este estabilizado sistémicamente.
- Fractura expuesta en algún miembro.
- En caso de convulsiones originadas por el traumatismo.
- En caso de vomito.

F. COMPLICACIONES.

- Hemorragia profusa.
- Convulsión.
- Vomito.
- Perdida del conocimiento en caso del procedimiento.

G. RECURSO.

➢ HUMANO
- Odontopediatra

- Asistente dental

➢ MATERIAL Y EQUIPO
- Espejo bucal # 5 sin aumento.
- Mango # 14 para espejo bucal # 5.
- Pinza de curaciones para algodón.
- Explorador clínico romboide doble.
- Gaza de algodón.

H. MEDICAMENTOS.

- Solución salina o suero Fisiológico.
- Agua destilada.
- Anestésico tópico Lidocaína al 10% spray.

I. FARMACOTERAPIA.

- Según los definidos en el Listado Oficial de Medicamento (LOM)

Efectos indeseables:

- Amoxicilina produce reacciones de anafilaxia en pacientes alérgicos a la penicilina.

J. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

- Se le explica al padre o responsable del niño sobre el procedimiento a realizar, según el traumatismo.

K. PRECAUCIONES.

- Falta de colaboración del niño para la realización del tratamiento.
- Presencia de cuerpos extraños incrustados que puedan causar una infección.
- Presencia de enfermedades sistémicas.
- Controlar al paciente en caso de convulsión, vómitos o pérdida del conocimiento.

L. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

a) Enjuagar con agua destilada o suero fisiológico.
b) Anestesiar con Lidocaína aerosol al 10%.
c) Irrigar con suero fisiológico el área traumatizada.

d) Remover con pinzas de curación los cuerpos extraños localizados en el área afectada.

e) En casos de hemorragia compresionar el área con torundas de gasa de algodón.

Q. TIEMPO DE PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente treinta (30) minutos.

R. INCAPACIDAD.

- No aplica.

S. REFERENCIA.

- A médico general para seguimiento quirúrgico, en caso de ser necesario.

M. RECOMENDACIONES.

1. Dieta blanda y fría.
2. Evitar correr, saltar, nadar, entre otros.
3. Evitar tocar el área afectada con dedos o lengua.
4. En caso de hemorragia acudir al centro de atención más cercano.

A. DEFINICIÓN.

La extracción dental es un acto quirúrgico en el que se practica la extirpación de un diente de la arcada dentaria por traumatismo dental.

B. OBJETIVO.

Eliminar una pieza dental de su alveolo por medios quirúrgicos para reducir factores de riesgo con el menor trauma posible.

C. EVALUACIÓN.

Seguimiento del plan de tratamiento indicado en la consulta clínica emergente.

D. INDICACIONES.

- Piezas primarias traumatizadas o accidentadas en las cuales sea causa de dolor, inflamación infección, entre otras.
- Restos radiculares.

E. CONTRAINDICACIONES.

- Cuando hay pérdida del conocimiento.
- Cuando no este estabilizado sistémicamente.
- Fractura expuesta en alguna extremidad.
- En caso de convulsiones originadas por el traumatismo.
- En caso de vomito.
- En caso que presente movilidad grado 1.

F. COMPLICACIONES.

- Hemorragia profusa.
- Convulsión.
- Vomito.
- Perdida del conocimiento en caso del procedimiento.

G. RECURSO.

- HUMANO.

- Odontopediatra.
- Asistente dental.

➢ MATERIAL Y EQUIPO.
- Espejo bucal # 5 sin aumento.
- Elevador apical recto tipo Seldin # 301 inoxidable.
- Elevador apical tipo Seldin # 302 inoxidable.
- Elevador recto acanalado tipo Seldin.
- Fórceps de extracción # 101 inoxidable.
- Fórceps de extracción # 150 inoxidable.
- Fórceps de extracción # 151 inoxidable.
- Fórceps de extracción # 65 inoxidable.
- Jeringa Carpule.
- Mango # 14 para espejo bucal # 5.
- Pinza para algodón y curaciones tipo London.

➢ MATERIAL.
- Aguja Carpule extra corta # 27.
- Aguja Carpule corta # 30G.
- Torunda de gaza.
- Solución salina o suero fisiológico.

H. MEDICAMENTO.

– Según los definidos en el Listado Oficial de Medicamento (LOM)

Efectos indeseables:

– Amoxicilina produce reacciones de anafilaxia en pacientes alérgicos a la penicilina.

N. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

– Se le explica al padre o responsable del niño sobre el procedimiento a realizar, según el área traumatizada.

O. PRECAUCIONES.

– Falta de colaboración del niño para la realización del tratamiento.
– Presencia de enfermedades sistémicas.
– Prescribir el medicamento profiláctico en caso necesario.

P. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

a) Enjuagar con agua destilada o suero fisiológico..

b) Aplicar al paciente anestésico tópico.
c) Aplicar al paciente anestesia local infiltrativa si el caso lo amerita.
d) Efectuar la debridación de la pieza a extraer.
e) Realizar luxación de la pieza traumatizada.
f) Colocar adecuadamente el fórceps indicado a la pieza a extraer.
g) Proceder a efectuar los movimientos correspondientes a cada pieza dentaria.
h) Colocar gasa estéril para la compresión del alveolo para ayudar a la coagulación.

Q. TIEMPO DE PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente treinta (30) minutos.

R. INCAPACIDAD.

- No aplica.

S. REFERENCIA.

- No aplica.

T. RECOMENDACIÓN.

1. Dieta blanda y fría.
2. Evitar correr, saltar, nadar, entre otros.
3. Evitar tocar el área afectada con dedos o lengua.
4. En caso de hemorragia acudir al centro de atención más cercano.
5. Seguimiento a paciente a través de especialista privado.
6. Evitar succión y mordedura del área anestesiada.

A. DEFINICIÓN.

Fractura del esmalte y dentina sin exposición pulpar.

B. OBJETIVO.

Proteger la pulpa y reconstruir la pieza dental.

C. EVALUACIÓN.

Seguimiento del plan de tratamiento indicado en la consulta clínica emergente.

D. INDICACIONES

- Fractura coronaria sin exposición pulpar
  - Fractura de esmalte.
  - Fractura de esmalte y dentina sin exposición pulpar.

E. CONTAINDICACIONES.

- En piezas con fractura de esmalte y dentina con exposición pulpar.

F. COMPLICACIONES.

- Piezas con exposición pulpar iatrogénica.
- Perdida de tejido dentario coronal.
- Cavidad contaminada con fluidos orales.

G. RECURSO.

- HUMANO
  - Odontopediatra
  - Asistente dental
- MATERIAL.
  - Acido grabador de esmalte en gel
  - Adhesivo para resina composita de fotocurado
  - Aguja Carpule corta # 30G descartable
  - Aguja Carpule extra corta # 27 descartable

- Aleación de amalgama de plata en capsula
- Base protectora pulpar de fotocurado (Ionómero de vidrio)
- Celuloide en tiras
- Cemento de Hidróxido de calcio dos pastas (Dycal)
- Cemento de óxido de zinc con Eugenol polvo
- Cemento de óxido de zinc con Eugenol liquido
- Cemento de Policarboxilato liquido
- Cemento de Policarboxilato polvo
- Cinta banda matriz de 5mm de ancho metálica
- Cinta banda matriz de 7mm de ancho metálica
- Copa o taza Dappen de vidrio
- Cuñas de madera
- Eyector de saliva descartable
- Fresa de Arkansas redonda
- Fresa de carburo fisura extremo plano 556
- Fresa de carburo redonda de 1/2
- Fresa de carburo redonda # 2
- Fresa de carburo redonda # 4
- Fresa de carburo redonda # 6
- Fresa de carburo agarre por fricción # 245
- Fresa de carburo agarre por fricción # 330
- Fresa de diamante en forma de rueda
- Fresa especial de alta velocidad para retirar amalgama
- Fresa para pulir amalgama redonda # 4
- Fresa para pulir amalgama redonda # 6
- Fresa para pulir amalgama en forma de huevo
- Fresa para pulir amalgama en forma de pera
- Hilo dental con cera
- Lente de protección para lámpara de fotocurado
- Loza plana de vidrio para mezclar
- Lubricante en spray para pieza de mano
- Papel de articular en libreta
- Piedra de Arkansas en forma de llama
- Resina Composita curada color A2-A3-A3.5
- Rodete de algodón
- Tiras de lija surtida.

➢ EQUIPO.

- Abreboca de hule
- Amalgamador de alta velocidad
- Aplicador metálico para cemento de Hidróxido de calcio.
- Aplicador condensador de cemento tipo Woodson #2

- Aplicador plástico para resina # 1
- Aplicador plástico para resina # 2
- Atacador doble de acero inoxidable # 1
- Bruñidor # 28-29 inoxidable
- Bruñidor doble anatómico # 2 de amalgama
- Careta de protección con visor plástico
- Condensador de amalgama Hollemback # 4
- Cucharilla o excavador para dentina # 14
- Cucharilla o excavador para dentina # 17
- Espátula para cemento doble extremo
- Espejo bucal # 5 sin aumento adaptable a mango # 14
- Explorador doble # 5
- Jeringa Carpule
- Instrumento para resina composita metálico
- Mango # 14 para espejo bucal # 5
- Lámpara para fotocurado de Resina composita
- Pieza de mano de alta velocidad
- Pinza para algodón y curaciones tipo London
- Porta amalgama mediano o grande con punta de metal
- Porta matriz de ¼" para banda de 5mm de ancho
- Porta matriz de ¼"para banda de 7mm de ancho
- Quita y pone fresa para alta velocidad
- Tallador Cleoide Discoide 3/16"
- Tallador Cleoide Discoide ½"
- Tallador para amalgama Hollemback # 3.

H. MEDICAMENTOS.

- Según los definidos en el Listado Oficial de Medicamento (LOM)

Efectos indeseables:

- Amoxicilina produce reacciones de anafilaxia en pacientes alérgicos a la penicilina.

I. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

- Se le explica al padre o responsable del niño sobre el procedimiento a realizar, según el área traumatizada.

J. PRECAUCIONES.

- Falta de colaboración del niño para la realización del tratamiento.

- Presencia de enfermedades sistémicas.
- Prescribir el medicamento profiláctico en caso necesario

K. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

➢ PROCEDIMIENTO PARA OBTURACIÓN CON RESINA COMPOSITA DE FOTOPOLIMERIZADO.

a) Aplicar anestesia local infiltrativa o de bloqueo, si es necesario.
b) Eliminación de la lesión cariosa con equipo rotatorio, preparando una cavidad mínimamente invasiva.
c) Lavar y secar la cavidad preparada.
d) Aislamiento relativo de la pieza dental
e) Colocar base protectora pulpar (Ionómero de vidrio) en preparaciones profundas para proteger el tejido pulpar.
f) Seleccionar el color de la resina con el diente limpio y húmedo.
g) Aplicar el ácido grabador (de acuerdo a especificaciones del fabricante).
h) Lavar con abundante agua.
i) Secar para retirar el exceso de agua, mantener la humedad y evitar la contaminación.
j) Cambiar aislamiento relativo.
k) Colocar adhesivo en las superficies internas de la preparación cavitarias y fotocurar.
l) Colocar la resina en incrementos de hasta 2 mm y fotocurar-
m) Chequear la oclusión con papel de articular.
n) Restaurar la morfología.
o) Terminado y pulido.

Nota. En cavidades interproximales, utilizar bandas de celuloide y cuñas de madera.

➢ PROCEDIMIENTO PARA OBTURACIÓN CON AMALGAMA DE PLATA.

a) Aplicar al paciente anestesia local infiltrativa o de bloqueo si es necesario.
b) Eliminación completa de la lesión cariosa con equipo rotatorio de alta velocidad.
c) Preparación de la cavidad
d) Lavar y secar la preparación
e) Aislamiento relativo
f) Protección del tejido pulpar con bases de cemento, cuando sea necesario, en piezas dentales primarias utilizar óxido de zinc y eugenol, y en piezas dentales permanentes hidróxido de calcio y Ionómero de vidrio.
g) Preparación de la amalgama de plata.
h) Obturado completo de la cavidad con amalgama mediante condensación.
i) Bruñir la amalgama.
j) Tallar y restaurar la morfología.
k) Chequear la oclusión con papel de articular.

l) Indicaciones al paciente: no masticar del lado tratado, durante las 24 horas posteriores al tratamiento.

m) Pulir la obturación utilizando fresas de pulido, en cita posterior.

L. TIEMPO DE PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente treinta (30) minutos.

M. INCAPACIDAD.

- No aplica.

N. REFERENCIA.

- No aplica.

O. RECOMENDACIONES PARA EL OPERADOR.

- Para el caso de preparaciones cavitarias interproximales clase II, III, II MOD, II Modificada deberá usar matriz metálica y cuña de madera.

P. EDUCACION PARA EL PACIENTE.

➢ PRE OPERATORIO.
- Desayunar o almorzar una hora antes del procedimiento.
- Presentarse con los dientes cepillados.
- Tomar el medicamento profiláctico en caso necesario.

➢ POST OPERATORIO PARA EL PACIENTE
- No masticar alimentos duros por el lado de la obturación de amalgama.
- No tocar la restauración de amalgama con los dedos u objetos duros.
- En el caso de obturaciones de resina, no ingerir alimentos con colorantes para evitar que se manche la restauración
- Evitar el consumo de alimentos ácidos para no aumentar la sensibilidad dentaria
- Evitar masticar hielo y morder objetos duros.

Nota. De ser necesario dejar cita de control en un mes para evaluación de evolución de la pieza.

FRACTURA DE INTRUMENTAL MANUAL Y ROTATORIO DE ENDODONCIA. 27

A. DEFINICIÓN.

Fractura de instrumento manual y rotatorio.

B. OBJETIVO.

Extraer la fracción fracturada de la lima o instrumento dentro del conducto radicular.

C. EVALUACIÓN.

Pronóstico de la pieza se vuelve reservado.

D. INDICACIONES.

- Evaluación y control periódico radiográfico para verificar la evolución de tratamiento.

E. CONTAINDICACIONES.

- Ninguna.

F. COMPLICACIONES.

- La extracción y tiempo del procedimiento.
- No se haya eliminado totalmente el componente tóxico-necrótico.

G. RECURSO

- HUMANO
  - Endodoncista.
- MATERIAL.
  - Limas.

H. MEDICAMENTOS.

- No aplica.

I. PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

- Se le explica al paciente sobre el procedimiento y pronostico del procedimiento a realizar.

J. PRECAUCIONES.

- Manejo y conocimiento de la técnica.
- Uso excesivo de la lima, según especificaciones del fabricante.
- Cambio de instrumental manual y rotatorio.
- La anatomía de la pieza.

K. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

a) Introducir lima manual más delgada para sobrepasar el instrumento fracturado.
b) Intentar retirar el instrumento fracturado.
c) Evaluar dejar el instrumental fracturado.

Nota. Evaluar 1 a 3 meses según criterio, ya que es un procedimiento de pronóstico reservado.

L. TIEMPO DE PROCEDIMIENTO.

- Aproximadamente treinta (30) minutos.

M. INCAPACIDAD.

- 1 a 3 días, según evaluación de especialista.

N. REFERENCIA.

- Máxilo Facial, según el caso.

O. RECOMENDACIONES PARA EL OPERADOR.

1. Usar instrumental en condiciones adecuadas.
2. No usar limas en mal estado.
3. Conocer las estructuras anatómicas.
4. No realizar movimientos bruscos a su paso por las estructuras anatómicas.
5. Haga que el paciente abra bien la boca.

P. EDUCACION PARA EL PACIENTE.

1. Explicar al paciente el tratamiento realizado y las posibles complicaciones.

OBSERVANCIA

La vigilancia del cumplimiento al contenido del "Manual de Odontología del ISSS" corresponde a las Jefaturas o Coordinadores de Odontología, Dirección y Subdirección del Centro de Atención y a la Subdirección de Salud a través de Unidades, Departamentos y Secciones afines.

INFRACCIONES Y SANCIONES.

El incumplimiento del presente documento normativo, en ámbito de su competencia, será sancionado según la normativa legal correspondiente.

DISPOSICIONES GENERALES.

Las disposiciones no contempladas en este documento normativo, serán consideradas por la Subdirección de salud a través de Sección de Regulación Técnica en Salud.

La revisión del presente documento normativo, de oficio se realizará cada 5 años, y a solicitud de las dependencias afines veces que se considere necesario

VIGENCIA DEL MANUAL.

"El Manual de Odontología del ISSS", entrará en vigencia a partir de la fecha de autorización por Autoridades Institucionales y sustituye a todas las circulares, lineamientos e instructivos que hayan sido elaborados previamente.

San Salvador, enero del 2017.

OFICIALIZACIÓN:

Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona.

Jefe sección Regulación Técnica en Salud.

Dr. David Jonathan Hernández Somoza.

Jefe Departamento planificación estratégica en Salud.

Dra. Daneth Quijano de Flores.

Jefe División Gestión Políticas en Salud.

Dr. Ricardo Federico Flores Salazar

Subdirector de Salud.

BIBLIOGRAFÍA.

- NORMAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ODONTOLOGÍA. Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES.
- MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS. Dra. Jéssica Gazel Bonilla. Especialista en Odontogeriatría, Universidad de Federal do Paraná, Brasil
- GUÍA DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON VIH/SIDA EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA. Caja Costarricense de Seguro Social
- ODONTOLOGÍA Y DISCAPACIDAD. Dr. Leopoldo Lozano Dentzano, USA
- ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES. ADA CERP The Procter & Gamble Company is an ADA CERP Recognized Provider.
- MANUAL DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS EN ODONTOLOGÍA. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia
- MANEJO ODONTOLÓGICO GENERAL DE LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA.
- MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COMPROMETIDOS SISTEMÁTICAMENTE
- MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS Y TERAPIA ANTICOAGULANTE.
- GUÍA DE ORIENTACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA. Nutrición Infantil. C. Palma, A. Cahuana1, L. Gómez
- ODONTOPEDIATRA EXCLUSIVA. Profesora titular del Máster de Odontopediatría. Universidad de Barcelona. Pediatra. Médico-estomatólogo. Odontopediatra. Jefe de la Unidad de Odontopediatría. Hospital «Sant Joan de Déu». Barcelona. 2Pediatra especialista en Nutrición. Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital «Sant Joan de Déu». Barcelona
- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD ORAL. Infancia y adolescencia. Bogotá, D.C. 2010
- PACIENTE DISCAPACITADO. NORMAS PARA SU ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA. Universidad Médica Santiago de Cuba, Policlínico Eduardo Mesa Llull, Municipio II Frente, Santiago de Cuba 2006
- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN SALUD ORAL DE PACIENTE GESTANTE.
- PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS EN DIENTES PERMANENTES. *Asociación Internacional de Traumatología Dental.*
- TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES (Pulpitis, Necrosis Pulpar y Absceso Periapical)
- MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO BAJO SEDACIÓN INTERACTUADA

ABREVIATURAS Y DEFINICIONES.

AINES: Anti-inflamatórios no esteroides.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

Kg: Kilogramos.

Mgs: Miligramos.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

VHA: Virus de Hepatitis "A".

VHB: Virus de Hepatitis "B".

VHC: Virus de Hepatitis "C".

BIOFILM: Es una combinación de Polisacáridos (azucares monosacáridos y disacáridos), microorganismos, glucoproteínas salivales y células mucosas descamadas, sirve como área localizada de producción de ácidos. Los hidratos de carbono de la dieta desempeñan un papel significativo.

GLOSARIO.

ABRASIÓN DENTAL: es el desgaste patológico de la estructura dentaria como resultado de un proceso anormal, habito (bruxismo) o sustancias abrasivas (pasta dental, bicarbonato de sodio) ajeno al aparato estomatognático.

ACTIVIDADES EXTRAMURALES. En unidades médicas y hospitales se realizarán charlas extramurales únicamente durante la celebración de la semana de la salud bucal.

En el programa de odontología preventiva, en clínicas comunales incluye la visita a diferentes instituciones tales como centros escolares, centros de desarrollo infantil, guarderías, empresas y comunidades que se localizan dentro del área de responsabilidad programada) (ARP) en los cuales se promueve la educación y prevención en salud bucal mediante la realización de charlas, jornadas y talleres educativos y visitas domiciliares.

ACTIVIDADES INTRAMURALES. En unidades médicas y hospitales se impartirán dos charlas diarias intramurales por cada higienista dental de ocho horas de trabajo y una charla diaria por higienista de cuatro horas, con una duración promedio de quince minutos cada charla. En clínicas comunales se impartirá una charla intramural cada día. Desarrollando temas como: Técnicas de higiene oral, promoción de servicios odontológicos en el ISSS, importancia de asistir a los controles odontológicos y medidas de prevención de las enfermedades bucales más frecuentes.

Estas charlas están dirigidas a los asistentes de la consulta externa de los diferentes centros de atención y a los grupos de los programas ya establecidos (gestantes, lactantes, clínicas metabólicas, adultos mayores, y niños).

Además se realizan talleres y jornadas con los grupos ya mencionados

AGRANDAMIENTO GINGIVAL: aumento del tamaño de las encías.

AMALGAMA: aleación que se utiliza en restauraciones dentales directas.

AMELOGÉNESIS: es la formación de esmalte en dientes y ocurre durante la etapa del desarrollo de la corona del diente después dentinogénesis, de que es la formación esmalte dental.

ANAMNESIS: es la reunión de datos subjetivos relativos a un paciente que comprenda antecedentes familiares y personales, signos y síntomas que experimenta en su enfermedad.

ANESTESIA LOCAL: Pérdida de la sensación en un área circunscrita del cuerpo causada por la depresión de la excitación de las terminaciones nerviosas o una inhibición del proceso de conducción en los nervios periféricos.

ANESTÉSICOS LOCALES: Son compuestos que bloquean de manera reversible la conducción nerviosa en cualquier parte del sistema nervioso a la que se apliquen. Pasado su efecto, la recuperación de la función nerviosa es completa. Se utilizan principalmente con la finalidad de suprimir o bloquear los impulsos nociceptivos, sea en los receptores sensitivos, a lo largo de un nervio o tronco nervioso o en los ganglios, y tanto si la aferencia sensorial discurre por nervios aferentes somáticos como vegetativos. En ocasiones, el bloqueo sirve también para suprimirla actividad eferente simpática de carácter vasoconstrictor.

ALISADO RADICULAR: Eliminación del cemento de la pared radicular que ha sido expuesta a una bolsa periodontal.

ALVEOLITIS: Resultado de un proceso inflamatorio local en el alvéolo luego de una extracción dental, producida por una perdida prematura del coagulo sanguíneo, dejando expuestas terminaciones nerviosas libres y la posibilidad de una colonización bacteriana posterior, en donde se va a manifestar un intenso dolor en el alvéolo expuesto.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA: **La asepsia** tiene por objeto evitar que los gérmenes penetren al organismo humano, mediante la aplicación de técnicas que eviten la contaminación y/o mantengan la esterilización; **la antisepsia** a su vez, se encarga de destruirlos cuando se encuentran sobre los tejidos y superficies que vamos a manipular, mediante la aplicación de substancias químicas, llamados antisépticos; por lo tanto, podemos definir ambos términos como: "El conjunto de medidas y procedimientos que se ponen en práctica para conseguir la esterilización del material e instrumental quirúrgico y de todo aquello que tenga contacto con el campo operatorio"; dicho de otra manera, "Es lograr la eliminación de agentes sépticos, antes, durante y después del acto quirúrgico de que se trate"(4).

ATRICIÓN: es el desgaste normal de los dientes durante la función, por el contacto constante con su antagonista.

AUTISMO:es la patología más común dentro del grupo de los trastornos generalizados del desarrollo, según la clasificación de la DSM-IV (manual estadístico y diagnóstico IV) de la asociación Americana de Psiquiatría y la ICD-10 de la OMS 1993. Grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitación en la actividad y son atribuidos a alteraciones no progresivas que ocurren en el cerebro en desarrollo del feto o del niño pequeño. El trastorno motor se acompaña con frecuencia de alteraciones de la sensibilidad, cognición, comunicación, la interacción social, percepción, comportamiento y/o crisis epilépticasDentro del grupo se incluyen: trastornos autistas, de Asperger, de Rett, desintegrativos infantiles y generalizados del desarrollo no especificados. Síntomas que aparecen en los primeros 3 años de la niñez y continúan a lo largo de toda la vida, pueden manifestarse con distintos niveles de intensidad. Con una prevalencia de entre 2 – 10 personas cada 10.000 habitantes, el sexo masculino es cuatro veces más afectado que el femenino, no influyen factores como educación, estilo de vida o nivel social,.

APEXOGÉNESIS: tratamiento en dientes con raíces con formación incompleta con pulpa vital, donde la maduración radicular se lleva a cabo a expensas de la propia pulpa mediante una pulpotomía.

BOLSA PERIODONTAL: es la profundización patológica del surco gingival, es decir, una fisura patológica entre la parte interna de la encía (epitelio crevicular) y la superficie del diente, limitada coronalmente por el margen gingival libre y apicalmente por el epitelio de unión.

BRUXISMO: es cuando una persona aprieta los dientes sujeta fuertemente los dientes superiores e inferiores y los hace rechinar, deslizar o frotar los dientes de atrás hacia delante sobre el otro.

CALCULO DENTAL: también denominado sarro o tártaro dental, es la acumulación de sales de calcio y fosforo sobre la superficie dental. Es el resultado de la mineralización de la placa bacteriana es decir, del conjunto de microorganismos, saliva y restos alimenticios que se van depositando sobre la superficie del diente.

CÁMARA PULPAR:la cámara pulpar es la porción de la cavidad pulpar que se encuentra dentro de la corona mientras que la parte que ocupa la raíz se llama conducto radicular.

CARIES DENTAL:lesión destructiva de un diente causada por caries; también llamada lesión cariosa.

CEO: es un índice que se refiere a la cantidad de piezas primarias con caries (c), extraídas (e), y obturadas (o).

COADYUVANTE: Contribuir o ayudar a la solución del problema o enfermedad. Sustancia destinada a transmitir determinadas propiedades a un producto o a reforzar una acción.

CPO: es un índice que se refiere a la cantidad de piezas permanentes con caries (C), perdidas (P), y obturadas (O). Este índice se aplicara a niños de 6 años en adelante.

COMUNICACIÓN ORO-ANTRAL U ORO-SINUSAL: Es una complicación común después de la extracción de los dientes posteriores del maxilar superior, principalmente por la estrecha relación que existe entre las raíces de estos dientes con el seno maxilar. La frecuencia de comunicaciones oroantral es después de exodoncias superiores reportada en la literatura es de 55% para el primer molar superior, 28% para el segundo molar, 8% para el tercer molar, 5% para el segundo premolar y 3% para el primer premolar.

DIENTE NATAL: Son los dientes que están presentes en el momento del nacimiento.

DIENTE NEONATAL: Son los dientes que erupcionan durante los primeros treinta días de vida.

DIENTE SUPERNUMERARIO: Proliferación celular excesiva del brote continuado del órgano del esmalte.

DENTOFORMO: es un modelo de los dientes en dimensiones más grandes, el cual se usa para demostraciones de cómo cepillarse los dientes.

DIENTES INCLUIDOS. Los dientes incluidos son dientes que no han erupcionado durante su periodo normal de erupción y permanecen dentro del hueso, parcial o totalmente. Cualquier diente puede sufrir este proceso de inclusión, pero suele afectar sobre todo a los terceros molares superiores e inferiores, y a los caninos superiores. Esto es debido a que estos dientes son los últimos en erupcionar y, por lo tanto, tienen más problemas de falta de espacio.

DENTINOGÉNESIS: formación de la dentina.

DENTICIÓNPERMANENTE: Se refiere a los dientes permanentes en el arco dental.

EDENTULISMO: se define como la pérdida de los organos dentarios y este puede ser parcial o total, se presenta en un 90% de los adultos mayores y suele ser manifestación de distintas enfermedades sistémicas, afecta la dentadura y su estructura, numero, tamaño y morfología de los dientes.

EDUCACION EN HIGIENE ORAL: Es la enseñanza que hace el higienista oral al paciente, sobre las técnicas adecuadas de higiene oral, como son: Enseñanza de cepillado, uso de hilo dental, uso de enjuagues y colutorios, pastas dentales adecuadas para cada caso, cepillo dental y aditamentos especiales para ayudar a lograr una óptima salud oral.

ENDODONCIA: tratamiento de conductos radiculares, esto corresponde a toda terapia que es practicada en el complejo dentino-pulpar.

ENFERMEDAD PERIODONTAL: proceso inflamatorio de los tejidos gingivales y/o de la membrana periodontal de los dientes, que resulta en la profundización anormal del surco gingival llegando

a producir bolsas periodontales y pérdida del hueso alveolar de soporte.condición frecuente en la población en general con un pico de incidencia en adultos mayores. Afecta a los tejidos que componen la estructura dental de apoyo: encía, cemento, ligamiento periodontal y huezo alveolar. La enfermedad periodontal abarca un espectro de manifestaciones que incluyen la gingivitis y periodontitis, estas se distinguen entre si por la presencia de daño del hueso alveolar en la periodontitis, pero no en la gingivitis.

EROSIÓN DENTAL: lesión no cariosa de desgaste químico crónico intrínseca o extrínseca.

EQUIMOSIS: Extravasación de sangre al interior de un tejido, especialmente en el tejido subcutáneo. La extravasación se manifiesta por una mancha de color rojo violáceo que debido a las modificaciones que sufre la hemoglobina de los eritrocitos de la sangre extravasada, cambia su color a azul, verde y amarillo hasta que desaparece. La equimosis se puede producir por diversos tipos de traumatismos, o puede estar relacionada con ciertas enfermedades que provocan un aumento de la fragilidad delas paredes vasculares.

EXODONCIA: Eliminar una pieza dental de su alveolo por medio quirúrgico para reducir factores de riesgo.

EFECTO ADVERSO: síntomas indeseables previstos que pueden presentar los pacientes ante la prescripción de un determinado tratamiento.

FACTOR DE RIESGO: toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que una persona pueda contraer una enfermedad.

FIBRINÓGENO: Factor esencial para la coagulación y cuyo valor normal está entre 200 y 400mgs.

FLUOROSIS: es una anomalía de las piezas dentaria, es una hipoplasia o hipo maduración del esmalte o dentina producida por la ingestión crónica o excesiva de fluoruro durante el periodo de formación del diente.

FLÚOR: Es una sustancia en forma de gel, que se aplica sobre la porción coronal de los dientes para que penetre al diente y así producir mayor resistencia a la caries, fortaleciendo el esmalte, disminuyendo la acción de los microorganismos principalmente la producción de ácidos y formación de cavidad en el tejido dentario.

FRACTURA MANDIBULAR: Es una de las complicaciones menos frecuente pero más severas durante la extracción de terceros molares inferiores. Consiste en la pérdida de la continuidad normal de la sustancia ósea en el hueso mandibular por una ruptura parcial o total del mismo.

FRACTURAS RADICULARES: Las fracturas radiculares pueden definirse como perdidas de solución en la estructura dentaria involucrando dentina, cemento, pulpa y ligamento periodontal y rara vez tejido óseo, su patrón de reparación es complejo debido al deterioro concomitante de las estructuras mencionadas. Es una delas complicaciones más comúnmente asociadas con la extracción dental.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD: Es la pérdida de la continuidad en la porción posterior del hueso maxilar. Puede ocurrir en pacientes con senos maxilares neumatizados, y en los cuales la tuberosidad tenga poca base ósea. En ocasiones se puede establecer comunicación orosinusal.

FUCSINA BÁSICA: es una solución hidroalcoholica de fucsina básica que tiñe la placa dento bacteriana, permitiendo su visualización y eliminación mediante el cepillado dental.

FUSIÓN: Unión de dos dientes temporarios o permanentes en desarrollo.

GERMINACIÓN: Representa el intento de división del germen de un diente por invaginación que ocurre durante el estado de proliferación del ciclo del crecimiento del diente.

GESTANTE: estado de embarazo o gestación.

GRANULOMA PIÓGENO: es una pequeña protuberancia rojiza en la piel, que sangra con facilidad debido a un número anormalmente alto de vasos sanguíneos.

HALITOSIS: síntoma o un signo caracterizado por mal aliento u olor desagradable de la cavidad oral.

HEMOSTASIA: conjunto de mecanismos fisiológicos que contribuyen a detener una hemorragia y reducir al mínimo la pérdida de sangre e involucra por lo menos tres mecanismos estrechamente relacionados: La vasoconstricción, la aglomeración (Adhesión y agregación) o hemostasia primaria, la activación de los factores de la coagulación o hemostasia secundaria.

HIPERSENSIBILIDAD DENTAL: es una sensación dolorosa aguda y breve en respuesta a diversos estímulos externos. Estos estímulos pueden ser térmicos (alimentos, bebidas frías o calientes,) químicos (sustancias acidas o dulces) o mecánicas (cepillado dental).

HIPEREMIA: aumento en la irrigación a un órgano o tejido.

INFLAMACIÓN GINGIVAL: las encías inflamadas son las encías agrandadas, prominentes o que protruyen de manera anormal.

LIGAMENTO PERIODONTAL: conjunto de fibras colágenas, elásticas y de oxitalan, que se fijan en el hueso alveolar por un extremo y en el cemento del diente por el otro. Forman una especie de red que sostiene el diente dentro del hueso a la vez que lo aísla del mismo.

LUXACIÓN MANDIBULAR: Se presenta cuando el cóndilo de la mandíbula, al abrir la boca, sobrepasa la eminencia del temporal, por lo que queda bloqueado, permaneciendo la boca abierta. Puede ocurrir al aplicar una fuerza excesiva durante la exodoncia de dientes mandibulares en pacientes con predisposición, por excesiva laxitud ligamentosa u otros motivos (8).

MACROSOMÍA: La macrosomía fetal actualmente debe ser definida como el feto grande para la edad de gestación (> percentil 90) en base al incrementado riesgo perinatal que presenta.

MALNUTRICIÓN: es la consecuencia de no cumplir con una dieta equilibrada en calidad y en cantidad. Es un término general para una condición médica causada por una dieta inadecuada o insuficiente. Puede ocurrir por exceso (y llevar, por ejemplo, a un caso de obesidad) o por defecto. Las consecuencias de la malnutrición y desnutrición, suelen ser irreversibles, sobre todo cuando se dan en individuos que están desarrollándose.

MATERIA ALBA: es un suave depósito blanco alrededor del cuello de los dientes, usualmente asociado con pobre higiene oral, compuesto de restos alimenticios, elementos de tejido muerto y materia purulenta, sirve como medio para el crecimiento bacterial.

MINUSVALIA: La discapacidad ha llevado al paciente a la disminución de su autoestima y socialmente se siente marginado.

MUCOSITIS ORAL: Aparece a los 4-7 días de la administración de los citostásicos en forma de lesiones eritematosas algo dolorosas que evolucionan a úlceras o aftas que duran 14-21 días.

Son muy dolorosas y pueden impedir la ingestión de alimentos. La OMS clasifica a la mucositis en grados: grado I (eritema), grado II (eritema, úlceras, puede ingerir sólidos), grado III (eritema, edema o úlceras, solo admite líquidos), grado IV (requiere soporte enteral o parenteral).

NECROSIS: muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo, provocada por un agente nocivo que causa una lesión tan grave que no se puede reparar o curar. Por ejemplo, el aporte insuficiente de sangre al tejido o isquemia, un traumatismo, la exposición a la radiación ionizante, la acción de sustancias químicas o tóxicos, una infección, o el desarrollo de una enfermedad autoinmune o de otro tipo. Una vez que se ha producido y desarrollado, la necrosis es irreversible. Es una de las dos expresiones morfológicas reconocidas de muerte celular dentro de un tejido vivo.

NECROSIS PULPAR: Es el estado patológico de la pulpa degenerativa, que evoluciona lenta o rápidamente hacia la muerte de la misma.

NIVEL DE INSERCIÓN CLÍNICA: es la distancia desde el límite cemento esmalte al fondo del surco. Esta es una aproximación clínica más exacta de la pérdida de tejido conectivo de inserción a la superficie radicular.

OCLUSIÓN DENTAL: se refiere a relaciones de contactos de los dientes en función y para función. Sin embargo no solo designa al contacto de las arcadas a nivel de una interface oclusal, sino también a todos los factores que participan en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio y uso de los dientes en la actividad.

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA. Es una rama de la odontología, desarrollada por higienistas dentales, que brinda el servicio a los derechohabientes por medio de acciones clínicas, preventivas, educativas que conllevan a la eliminación de factores de riesgo que desencadenan las enfermedades tales como: caries dental, gingivitis y evitar el desarrollo de la enfermedad periodontal.

ODONTOPEDIATRÍA: Es la rama de la odontología encargada de tratar a los niños.

ODONTOLOGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA OPERATORIA: Es la especialidad de la odontología que se encarga del estudio de las propiedades físicas, el comportamiento biomecánico y el uso de materiales dentales, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las piezas dentales de la dentición primaria y permanente.

ONICOFAGIA: es el hábito de comerse las uñas o manía nerviosa no puede controlarse, y puede llegar al extremo de retirar la uña hasta dejar la piel al descubierto.

PAPILA INTERDENTAL: porción de encía de forma triangular situada en los espacios interdentales.

PARÁLISIS CEREBRAL: es un término usado para describir a un grupo de trastornos crónicos que aparecen durante los primeros años de vida, los cuales disminuyen el control de movimiento, y que por lo general, no empeoran con el tiempo.

PEDICULADA: en el cuerpo, una estructura que tiene un pedúnculo (Un tallo o tronco) o que está unida a otra estructura mediante un pedúnculo.

PÉNFIGO es una enfermedad autoinmune que puede ser causada por la administración de algunos fármacos, sus características clínicas son lesiones vesiculo-ampollosas y erosiones localizadas en la piel y mucosas.

PERIODONTITIS: enfermedad crónica e irreversible afecta el tejido de soporte que son las encías, hueso alveolar, cemento radicular y el ligamento periodontal.

PERIODONTITIS CRÓNICA: es una entidad crónica que produce inflamación de los tejidos de soporte dental, en cuya progresión produce perdida de inserción periodontal debido a la destrucción del ligamento periodontal y disminución en la altura de la cresta.

PERIODONTOPATÓGENO: microorganismo de tipo bacteriano (comúnmente) que tiene la capacidad de desarrollar Enfermedad Periodontal y contribuir a destrucción tisular.

PREVENCION: Es el conjunto de actividades y procedimientos encaminados a impedir la instalación de una enfermedad en la cavidad oral.

PROBLEMA BUCAL: toda aquella alteración de cualquier organo-tejido, duro o blando, dentro de la cavidad bucal (labios, carrillo, piso de la boca, lengua, encía, paladar, istmo de las fauces y dientes) o en su periferia (zona perilabial,musculo de la masticación, hueso hioides,cara y cuello) que limite la actividad mermando la nutrición, comunicación, expresión, aparezcan molestias o dolor, etc, en una palabra, que deterioren la calidad de vida.

PULPITIS: Es la Inflamación de la pulpa dentaria (que contiene tejido vascular, conjuntivo y nervioso) y de los tejidos periodontales adyacentes, que puede llegar a degenerarse o sufrir necrosis que puede o no producir odontalgia

PULPOTOMIA: Es la extirpación cameral y aplicación de medicamentos con el objetivo de fijar la pulpa radicular de la pieza dental primaria.

PROGRAMA EDUCATIVO .Consiste en la implementación de actividades de información y sensibilización sobre prevención de caries y enfermedad gingival, para estimular prácticas favorables (técnicas de higiene oral) a la salud oral e inducción para las valoraciones clínicas y acciones de atención.

a) Visitas a niños faltistas a los controles de salud bucal
b) Promocionar el programa preventivo de salud bucal
c) Proporcionar consejería y educación al grupo familiar en salud bucal.-

QUISTE DE ERUPCIÓN: Restos de la lámina dental que se localizan en la cresta del reborde alveolar superior e inferior.

QUISTE DE ERUPCIÓN: Restos de la lámina dental que se localizan en la cresta del reborde alveolar superior e inferior.

RASPADO RADICULAR: Desbridamiento y preparación de la superficie radicular de un diente para eliminar acreciones e inducir el desarrollo de tejidos gingivales sanos. Eliminación de placa dental y cálculos adheridos a la pared radicular supragingival y subgingival

RETRASO MENTAL: hace referencia a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior al promedio, que ocurre con deficiencias en la conducta adaptativa y se manifiesta durante el período de desarrollo.

SÍNDROME DE DOWN: descrito por John Langdon Down en 1866, es una malformación congénita, el par cromosómico 21 presenta tres brazos, y siempre va acompañada de retraso mental (RM). Está afectada el 5-6% de la población, 1-700 nacidos vivos y representa el 10% del total de todas las oligofrenias.

SORDO: persona que no posee suficiente audición residual para comprender el habla, aún con aparato, sin recurrir a la instrucción especial.

TRASTORNOS TEMPORO-MANDIBULARES (TTM) se refieren a un grupo de condiciones patológicas músculo-esquelética que involucran a la articulación temporo-mandibular (ATM), los músculos masticadores o a ambos.

TERATÓGENO: se dice de toda sustancia, medicamentosa o no, o de todo agente físico capaz de provocar malformaciones embrionarias.

TUMEFACCIÓN: hinchazón de una parte del cuerpo a causa de una infiltración, edema o tumor

XEROSTOMÍA: es el síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de la glándula salival.

Anexos.

Anexo 1. LISTADO DE MEDICAMENTOS DE USO EN ODONTOLOGÍA.

Listado de Medicamentos de Uso en Odontología

N°	CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESP.
1	8010101	Acetaminofén	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	12 - 20 (MAX. 180)	1 A
	REGULACION	En Consulta de Emergencia: se autoriza HASTA 20 tabletas para el manejo de casos agudos. La cantidad máxima aplica en consulta externa para el manejo de casos crónicos. En toda prescripción que incluya acetaminofen no se deberá superar la Dosis límite diaria de 3.2 g.							
2	8140102	Acetaminofén	(120 - 160) mg/ 5 mL	Solución oral o jarabe	Frasco 120 mL , con dosificador graduado tipo jeringa o pipeta	G	1	1 - 2	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría							
3	8010201	Acetaminofén + Codeína Fosfato	(500 + 15 - 30) mg	Tableta o Cápsula	Empaque Primario Individual o Frasco de 30, Protegido de la Luz	GR	1	15 - 30 (MAX. 180)	1 A
	REGULACION	En consulta de emergencia se autoriza hasta 30 tabletas para el manejo de casos agudos. La cantidad máxima aplica en Consulta Externa para el manejo de patologías que cursan con dolor crónico.							
	ESPECIALIDAD	Endodoncia, C. Maxilofacial.							
4	8010364	Aciclovir	400 mg	Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	30 (MAX. 70)	1 A
	REGULACION	Indicado para el tratamiento de Herpes genital, Herpes Zoster y Varicela.							
5	8140210	Aciclovir	200 mg /5 mL	Suspensión Oral	Frasco 120 - 125 mL	G	1	1	1 A
	REGULACION	Indicado para el tratamiento de Herpes genital, Herpes Zoster y Varicela.							
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría							
6	8010303	Amoxicilina	500 mg	Cápsula o Tableta	Empaque Primario Individual	G	1	1 5 - 30 (MAX. 40)	1 A
7	8140201	Amoxicilina	250 mg/ 5 mL	Polvo Para Suspensión Oral	Frasco 100 mL , con Dosificador Graduado Tipo Jeringa o Pipeta	G	1	1 - 2	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría							
8	8010370	Cefadroxilo (Monohidrato)	500 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual	G	2	14 - 20	1 A
	REGULACION	Indicado como terapia de segunda línea en Infección de Vías Urinarias y Tracto Respiratorio, Otitis Media, Sinusitis, Infecciones de Tejidos blandos y Piel. Dosis: 500 mg cada 12 hrs.							
9	8140209	Cefadroxilo (Monohidrato)	250 mg /5 mL	Polvo o Gránulos para Suspensión Oral	Frasco 60 mL	G	2	1 - 2	1 A
	REGULACION	Indicado como terapia de segunda línea en Infección de Vías Urinarias y Tracto Respiratorio, Otitis Media, Sinusitis, Infecciones de Tejidos blandos y Piel.							
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría							
10	8010331	Ciprofloxacina (Clorhidrato)	500 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	G	1	HASTA 30 **	1 A
	REGULACION	Asteriscos aplica exclusivamente para Urología, Ortopedia, Infectología.							
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial.							

N°	CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESP.
11	8010357	Claritromicina	500 mg	Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	G	1	7 - 14 (MAX. 20)	1 A
	REGULACION	Alternativa a Betalactámicos en infecciones del Tracto respiratorio, piel y tejidos blandos, otitis media, Alergia a Penicilina u otros Betalactámicos. Para Tratamiento de Helicobacter Pilory MAX. 20 tabletas.							
12	8140211	Claritromicina	250 mg/5mL	Polvo o Gránulos Para Suspensión Oral	Frasco (50 - 60) mL, con dosificador graduado tipo jeringa o pipeta.	G	1	1	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría							
13	8010344	Clindamicina (Clorhidrato)	300 mg	Cápsula	Empaque Primario Individual	G	2	28 - 40 (MAX. 120)	1 A
	REGULACION	Uso Exclusivo Para el Tratamiento de Infecciones Graves por Gérmenes Anaeróbicos o cocos Gram (+) Resistentes a Penicilina o Metronidazol; o Germenes Sensibles en Pacientes Alérgicos a Penicilina: Osteomielitis, Celulitis, Infecciones Pélvicas, Abdominales, Piel y Tejidos Blandos. Vaginosis bacteriana (uso de acuerdo a protocolo)							
14	8150012	Clorhexidina Gluconato	0.12%.	Solución	Frasco 200 - 250 mL	G	2	1	1 A
	REGULACION	Indicado como colutorio. No se recomienda su uso en niños menores de 6 años.							
15	8010526	Diclofenaco Sódico	25 mg/mL	Solución Inyectable I.M.	Ampolla 3 mL	G	1	2 - 6.	1 A
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial.							
16	8010523	Diclofenaco Sódico	50 mg	Tableta con Cubierta Entérica	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	E	2	15 - 30 (MAX. 90)	2 D
17	8010315	Doxiciclina (Monohidrato o Hiclato)	100 mg	Cápsula o Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	HASTA 20	1 A
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial.							
18	8150009	Fluoruro de Sodio Acidulado	1.23% (de Ión Flúor)	Gel. PH de 3 - 5	Frasco de 200 - 500 mL	ER	2	S.I.M.	1 A
	REGULACION	Indicado en Hipersensibilidad dentaria y Prevención de Caries Dental.							
	ESPECIALIDAD	Odontología General, Odontopediatría, Periodoncia e Higiene Dental.							
19	8140108	Ibuprofeno	100 mg/ 5 mL	Suspensión Oral	Frasco (100 - 120) mL, con Dosificador Graduado Tipo Jeringa o Pipeta	G	1	1	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontopediatría.							
20	8010501	Ibuprofeno	400 mg	Tableta o Tableta Recubierta	Empaque Primario Individual	G	1	30 (MAX. 180)	1 A
21	8110011	Lidocaína	10%	Aerosol	Frasco Atomizador 50 - 100 mL	ER	2	1	1 A
	ESPECIALIDAD	Gastroenterología, Neumología, Odontología, Otorrinolaringología, Emergencia de Cirugía General, Anestesiología							

N°	CODIGO	NOMBRE GENERICO (DCI)	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	N	P	C	CLAVE DESP.
22	8150006	Lidocaína Clorhidrato + Epinefrina	2% + 1:100,000	Solución Inyectable	Cartucho de Vidrio 1.8 mL	E	1	S.I.M.	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontología General, Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial y Odontopediatría							
23	8150007	Mepivacaina Clorhidrato	3%.	Solución Inyectable sin Vasoconstrictor	Cartucho de Vidrio 1.8 mL	E	1	S.I.M.	1 A
	ESPECIALIDAD	Odontología General, Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial y Odontopediatría							
24	8010406	Metronidazol	500 mg	Tableta	Empaque Primario Individual, Protegido de la Luz	G	1	15 - 30	1 A
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial.							
25	8010317	Nistatina	100,000 UI/mL	Suspensión Oral	Frasco (30 - 40) mL , con Gotero dosificador calibrado (0.5 - 1.0) mL , Protegido de la Luz	G	1	1**	1 A
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Odontopediatría.							
26	8150008	Pasta Dentífrica Desensibilizante	(Nitrato Potásico 5% + Monofluoruro de Sodio 0.22 - 1.89%)	Pasta Dental	Tubo 60 - 125 mL	ER	2	1	2 D
	ESPECIALIDAD	Periodoncia							
27	8010803	Trimetoprim + Sulfametoxazol	(160 + 800) mg	Tableta Ranurada	Empaque Primario Individual,Protegido de la Luz	G	1	HASTA 20**	1 A
	ESPECIALIDAD	Periodoncia, Endodoncia, C. Maxilofacial.							

Anexo 2. ODONTOGRAMA.

ISSS	**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL** SUBDIRECCIÓN DE SALUD FICHA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA INFANTIL	Sello Clínica	Firma y Sello Higienista Dental	Corr. Número de Afiliación

Nombre del Paciente:	Sexo M F	Edad

Dirección:

HISTORIA MEDICA:

SNC ( ) SCV ( ) SME ( ) SR ( ) SGU ( ) SGI ( ) SH ( ) SI ( ) SE ( )

ESTADO HIGIENE ORAL	ESTADO DE SALUD PERIODONTAL
☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo	☐ Gingivitis ☐ Periodontitis Otros:

HABITOS ORALES:

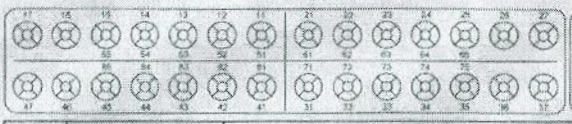
HABITOS ALIMENTICIOS:

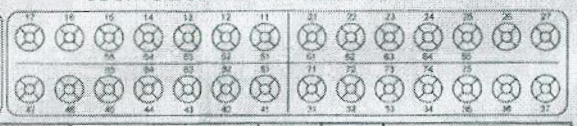
CONTROL DE PLACA:

INDICACIONES SOBRE DIETA Y CEPILLADO:

OBSERVACIONES:

C. SAFISSS 130201462





ODONTOGRAMA DE DIAGNOSTICO ODONTOGRAMA DE TRATAMIENTO REALIZADO

AÑO	FECHA DE CONTROL	TRATAMIENTO REALIZADO	PIEZAS DENTALES			CEO	CPO	RESPONSABLE
			C	E	O			
			TOTAL CEO-CPO					

Anexo 3. FICHA HIGIENE DENTAL NIÑO.

FICHA DE ODONTOLOGIA INFANTIL
CENTRO DE ATENCION

Nº AFILIACION | CORRELATIVO

NOMBRE | EDAD | SEXO M F

DIRECCION

HISTORIA MEDICA

ESTADO HIGIENE ORAL

BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐

ESTADO DE SALUD PERIODONTAL

GINGIVITIS ☐ PERIODONTITIS ☐ OTROS _____

HABITOS ORALES

HABITOS ALIMENTICIOS

OBSERVACIONES

Form. 510 001-006-03-97

MARQUE EN ESTE ODONTOGRAMA CON COLOR ROJO EL CEO DEL AÑO 3 Y CON AZUL EL AÑO 4.

MARQUE EN ESTE ODONTOGRAMA CON COLOR ROJO EL CEO DEL AÑO 5 Y CON COLOR AZUL EL AÑO 6

AÑO	FECHA DE CONTROL	TRATAMIENTO REALIZADO	PIEZAS DENTALES C	E	O	CEO	RESPONSABLE
1							
2							
3							
4							
5							
6							
			TOTAL CEO				

Anexo 4. FICHA HIGIENE DENTAL ADULTO.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

FICHA DE HIGIENE ORAL

Sello Clínica:

Firma y Sello Higienista Dental:

Nombre del Paciente:

Número de Afiliación:

Sexo M F

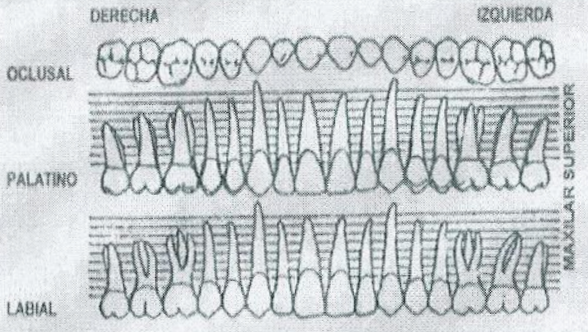
Edad

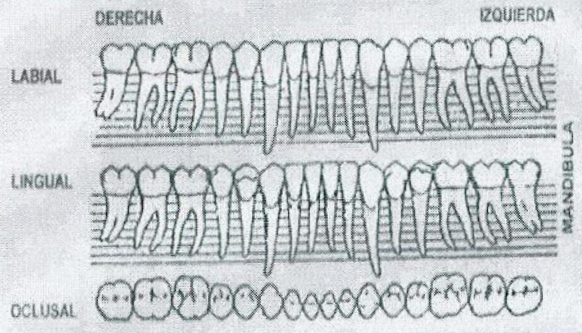
Fecha:

Centro de Atención que Refiere:

Odontólogo que Refiere:

Nombre de Higienista:





MOTIVO DE CONSULTA:

EXAMEN CLINICO ORAL:

HISTORIA MEDICA:

SNC ( ) SCV ( ) SME ( ) SR ( ) SGU ( ) SGI ( ) SH ( ) SI ( ) SE ( )

ESTADO DE SALUD PERIODONTAL: ☐ Gingivitis ☐ Periodontitis ☐ Agrandamiento ☐ Presencia de Cálculo Dental ☐ Aplicación de Fluor

ESTADO DE HIGIENE ORAL: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo

INDICE INICIAL DE PLACA BACTERIANA:

TRATAMIENTO REALIZADO: ☐ Motivación Individual ☐ Profilaxis ☐ Detartraje ☐ Referencia a Periodoncista

PLAN DE TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES:

Forma. 512001-03-09-06 C.B. 104291

FECHA	TRATAMIENTO REALIZADO	INDICACIONES	FIRMA Y SELLO

Anexo 5. TÉCNICAS DE USO EN HIGIENE DENTAL.

A. TECNICA DE USO DE HILO DENTAL

La técnica consiste de los siguientes pasos:

a) Cortar una porción de hilo aproximadamente de 30 a40 centímetros
b) Se enrolla en los dedos medios de ambas manos
c) Introducir el hilo realizando movimientos de atrás hacia delante hasta llegar al margen gingival
d) Colocarlo en forma de "c" y realizar movimientos repetitivos de arriba hacia abajo primero en la pared de un diente y luego en la otra pieza. con el objetivo de eliminar placa bacteriana de las superficies interproximal y el surco gingival
e) Para retirar el hilo se suelta el hilo de un extremo y se desliza suavemente hacia fuera.

Existen diferentes clases de hilo dental para pacientes con problemas de motricidad en miembros superiores. Para estos casos se recomienda la seda montada

B. TECNICA DE USO DE CEDA MONTADA.

Coloque el hilo entre los dientes. Para limpiar por bajo y por encima de la línea gingival, deslice el hilo de abajo hacia arriba contra el diente repita entre cada diente. Deseche el hilo después de usarlo.-
En el caso que el paciente use prótesis dentales fijas, aparatos de ortodoncia, coronas y espacios interdentales amplios se recomienda el uso del hilo súper floss y asas o enebradores dentales

C. TECNICAS DE USO DEL HILO SUPER FLOSS

a) Utilice el tramo inicial rígido para introducir el hilo dental esponjoso entre los dientes y brakets, o entre los espacios interdentales.
b) Deslice suavemente el hilo hacia atrás y hacia delante para remover la placa bacteriana
c) Sujetando el hilo dental esponjoso deslice suavemente el hilo sin cera para culminar la limpieza en el surco gingival.

También existen las asas dentales que son recomendadas en pacientes que utilizan prótesis fijas de más de una unidad (puentes) y en pacientes que utilizan aparatos de ortodoncia.

D. TECNICAS DE ASAS DENTALES O ENEBRADORES DE HILO DENTAL

A. Colocar una porción aproximada de 45centimetros de hilo dental en el enhebrado o asa dental
B. Introducir en el espacio interdental la punta del enhebrador de tal manera que atraviese la superficie lingual o palatina.
C. Una vez atravesado el enhebrador se retira y se efectúa la técnica tradicional con el hilo dental.

- **ESTIMULADOR DE ENCIA**

Se recomienda con el objetivo de producir mayor circulación sanguínea, mayor engrosamiento epitelial y mayor queratinización que proporciona protección verdadera contra los microorganismos y otros irritantes locales y por lo tanto son benéficos y necesarios para la salud gingival

- **CEPILLOS DENTALES**

La función es remover placa bacteriana de forma mecánica. - existen diferentes tipos de cepillo y se elegirá de acuerdo a cada necesidad del paciente tomando en cuenta la edad, la motricidad y grado de recesión gingival y otras patologías .generalmente se recomienda cepillo de cerdas suaves.

- **TIPOS DE CEPILLOS DENTALES**

Existen diferentes tipos de cepillo en los cuales podemos mencionar
A. Cepillo convencional
B. Cepillo interdental
C. Cepillo eléctrico
D. Cepillo irrigador

E. TECNICAS DE CEPILLADO

Para cada paciente se considerara la capacidad para cada técnica. Entre las técnicas más comunes se puede mencionar:
1. **Técnica de Bass** (limpieza del surco). Esta técnica se recomienda para los pacientes con enfermedad periodontal.

a) Se coloca el cepillo de tal manera que las cerdas hagan un contacto con el margen gingival, formando un ángulo de 45 ° aplicando una ligera presión de ésta. Para que penetre en el interior del surco gingival.

b) Se efectúan movimientos cortos hacia adelante y atrás y en la misma posición se efectuara 20 movimientos. Esto se efectuará en todas las superficies externas

c) De igual manera se realizara en las superficies internas con la excepción de los dientes anteriores en donde la posición del cepillo será en forma vertical y se efectuarán movimientos cortos hacia arriba y abajo

d) En las superficie masticatoria se presiona con firmeza las cerdas para que penetre tan profundo como sea posible dentro de las fosas y fisuras se efectuarán 20 movimientos cortos de adelante hacia atrás

2. **Técnica de Stillman modificada**: el método de Stillman es recomendado para la limpieza de las zonas con recesión gingival progresivas y exposición radicular con el fin de prevenir la destrucción abrasiva de los tejidos

a) Se coloca el cepillo con los extremos de sus puntas descansando, parte sobre la porción cervical de los dientes y parte sobre la encía adyacente, señalando en dirección apical con un ángulo oblicuo hacia el eje mayor del diente

b) El cepillo se activa con 20 movimientos cortos hacia adelante y atrás y al a vez, se desplaza en dirección coronal a lo largo de la encía insertada., margen gingival y superficie del diente.

c) Este proceso se repite en todas las superficies de los dientes, con la diferencia que en las superficies linguales y palatinas de los incisivos la posición del cepillo será vertical.

d) Las superficies oclusales se limpian, colocando las cerdas perpendiculares al plano oclusal y penetrando en los surcos oclusales.

Con esta técnica se evita que las cerdas penetren en el surco gingival

3. **Técnica de Charters**: esta técnica es especialmente adecuada para el masaje gingival y es recomendable para las zonas con heridas cicatrizantes después de la cirugía periodontal.

a) El cepillo se coloca sobre el diente con las cerdas dirigidas hacia la corona con un ángulo de 45° grados con respecto al eje mayor de los dientes

b) Las cerdas se presionan oblicuamente contra los dientes y encías efectuando movimientos circulares cortos hacia delante y hacia atrás.

c) Para limpiar las superficies oclusales, las puntas de las cerdas se colocan dentro de las fosas y fisuras y el cepillo se inclina con movimientos cortos hacia delante y hacia atrás.

➢ **CEPILLO INTERDENTAL**

Los cepillos interdentales son adecuados para cepillar eficazmente los espacios interdentales amplios, prótesis fijas y aparatos de ortodoncia.-

Se utiliza siguiendo los siguientes pasos:

a) Se inserta el cepillo entre los dientes, espacios interdentales y aparatos dentales
b) Con un suave movimiento hacia delante y hacia atrás remueve la placa bacteriana y residuos de comida

➢ **CEPILLO ELECTRICO**

Los cepillos eléctricos están indicados en:

a) Individuos que carecen de destreza motora fina
b) Niños pequeños , discapacitados o pacientes hospitalizados que necesitan ayuda para su higiene oral
c) Pacientes con aparato de ortodoncia

➢ **TÉCNICA DE USO**

a) Coloque el cepillo en forma horizontal y realiza un suave movimiento de adelante hacia atrás
b) Cepille todas las caras del diente (externas, internas y de masticación) incluyendo la unión de las encías con el diente
c) Manténgalo aproximadamente seis segundos por cada pieza dental.-

F. IRRIGADORES BUCALES

Los irrigadores bucales trabajan dirigiendo un chorro de agua constante o intermitente con alta presión a través de una boquilla hacia la superficie dental. La presión se genera por una bomba interna o conectando el aparato a una llave de agua.

a) Los irrigadores bucales limpian las bacterias no adherentes y restos de la cavidad bucal con mayor eficacia que los cepillos dentales y enjuagues bucales, y en especial son útiles para eliminar los restos no estructuradas de zonas inaccesibles alrededor de los aparatos ortodonticos y prótesis fijas
b) Cuando se usan como auxiliares del cepillo dental tienen un efecto benéfico en la salud periodontal porque retarda la acumulación de placa y cálculo dental, disminuye la inflamación gingival y profundidad de las bolsas periodontales.-

G. ENJUAGUES BUCALES

Inhibidores químicos de placa y cálculo dental.-

El uso de enjuagues ha demostrado ser efectivo tanto para la disminución de la placa como para mejorar la disminución de las heridas después de la cirugía periodontal y enfermedades de la mucosa dental.-
El control mecánico de la placa es necesaria y no se reemplaza por los enjuagues dentales.-
El uso de estos agentes se recomienda si los pacientes reciben beneficios de ellos por ejemplo:

a) Pacientes con altos índices criogénicos
b) Hipersensibilidad dental
c) Pacientes con dificultad para efectuar el cepillado
d) Pacientes con gingivitis.

El tiempo de uso quedara a criterio del especialista u odontólogo general

H. APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR.

Este procedimiento se realiza en la última cita para darle de alta al paciente, y en caso que presente hipersensibilidad dental se efectuará "terapia de flúor" la cual consiste en aplicar el flúor durante cinco días consecutivos.-
La técnica consiste en:

a) Se realizara efectuando previamente la profilaxis de las piezas dentarias con copa de hule y piedra pómez fina
b) Aislar el área con rodetes de algodón
c) aplicar el flúor gel utilizando un hisopo sobre las piezas dentarias
d) dejar actuar el flúor en las piezas el tiempo que indique el fabricante

Posteriormente a la aplicación de flúor se le indicara al paciente no consumir alimentos ni agua por un periodo no menor a treinta minutos.-

Anexo 6. SALUD ORAL DE PACIENTE GESTANTE.

A. INTRODUCCIÓN.

Se debe tener consideraciones especiales en la gestante debido a cambios fisiológicos en el embarazo. Es fundamental que el odontólogo y su equipo de trabajo conozcan la salud oral de la paciente gestante y los riesgos potenciales de los procedimientos odontológicos, para el adecuado tratamiento y un equipo multidisciplinario debe valorar esos riesgos.
La evidencia actual sugiere que la intervención periodontal puede reducir los eventos de asociación entre Enfermedad Periodontal, parto prematuro y bajo peso al nacer
La caries y la enfermedad gingival prevalecen en gran parte de la población y debemos unificar criterios para la prevención, intercepción y tratamiento de la caries y la Enfermedad Periodontal en pacientes gestantes.

B. OBJETIVO GENERAL.

Recomendar basado en evidencia científica, a odontologos para contribuir a la toma de decision en la atención de salud oral, problemas y condiciones específicos y favorecer la equidad, efectividad y calidad de los tratamientos a pacientes gestantes.

C. ALCANCE.

Dirigida a odontólogos que atienden la salud oral de pacientes gestantes en los establecimientos del ISSS que cuentan con esta prestacion.

D. EPIDEMIOLOGÍA.

La Enfermedad Periodontal y la Caries dental son problemas de salud oral de gran prevalencia. Hay gran variación en la atención y suficiente evidencia científica para proveer procedimientos óptimos y apropiados y mejorar la práctica clínica, incluida la promoción de salud oral en mujeres embarazadas.

I. FISIOLOGÍA Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

El Primer trimestre se da la organogénesis y pueden aparecer malformaciones fetales, después de ello el riesgo solo al suministrar tetraciclina a la madre la susceptibilidad a la pigmentacion dental del feto,
El aborto espontáneo es raro que se de por procedimientos odontológicos, es recomendable que la paciente que evite la automedicacion o consumo de medicamentos innecesariamente, por la poca capacidad fetal para metabolizarlos.

Cambios en el embarazo:

- **Endocrinos**. Aumenta la producción de hormonas (maternas e inicio de las placentarias) y causan la mayoría de alteraciones sistémicas del embarazo.
- **Los cambios neurológicos**, fatiga, náuseas y vómitos relacionados con aparecimiento de caries, de mancha blanca en el tercio gingival, por desmineralización debido a reducción del pH en la cavidad oral; tambien hay tendencia al Síncope e Hipotensión Supina y depresión frecuente; Hay pocos síntomas y sensación de bienestar en el segundo trimestre es por eso el mas recomendado para tratamiento odontológico.
- **Los cambios cardiovasculares** importantes por la postura en el tratamiento odontologico; Disnea en reposo; Síndrome de Hipotensión Supina (decenso brusco de la presión arterial, bradicardia, sudoración, náusea, debilidad, reducción de la presión sanguínea, e incluso pérdida de la conciencia). Recostar a la paciente sobre su lado izquierdo como tratamiento de emergencia y reportarla al medico.
- **Cambios hematológicos**: Hay aumento de: volumen sanguíneo, células blancas debido a Neutrofilia, factores de coagulación, especialmente VII, VIII y IX y el fibrinógeno; los cambios plaquetarios son insignificantes, hay anemia y disminución del hematocrito. Reportar Medico tratante.
- **En Nutricion**: El embarazo produce aumento del apetito por comidas inusuales; y si la dieta no es nutritiva ni balanceada y tiene alto contenido de azúcar, afecta severamente la dentición .

II. SALUD ORAL Y EMBARAZO.

➢ FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y CARIES.

A. Susceptibilidad a caries y enfermedad periodontal. En General

Interrogatorio y examen clínico de factores de riesgo predisponentes e investigar: antecedentes médicos, historia familiar de Enfermedades Periodontales, hábitos de higiene oral, factores locales predisponentes de acúmulo de biofilm (obturaciones desadaptadas, aparatología ortodóncica y protésica, dieta rica en carbohidratos), náuseas y vómito.

Cambios en el embarazo: tejidos duros y blandos , malestar matutino y el vómito frecuente, cambios hormonales (xerostomía) y flora periodontal alterada, lo anterior y el acúmulo de placa se favorece la incidencia de caries aunado a ingesta frecuente de alimentos ricos en carbohidratos, que contribuye a erosión del esmalte (en las superficies linguales y cervicales de los dientes), tambien la exposición a ácidos gástricos.

B. Los Factores de Riesgo para Caries y Enfermedad Periodontal son descritos como:

- **Sistémicos**: Hormonales; genéticos; Otros.
- **Locales**: Microbiológicos (placa o biofilm dental); salivales (cambio en composición y flujo salival); dentales (recesión gingival, desmineralización, erosión del esmalte); relacionados con la dieta (Ingesta frecuente, rica en carbohidratos).

- **Poblacionales**: bajo nivel socio-económico; bajo nivel educacional; poco acceso a la atención odontológica.

A. Factores de riesgo hormonal .

En el embarazo hay cambios plasmáticos de estrógeno y progesterona con acciones biológicas significativas. Hormonas con efectos sobre el sistema nervioso y cardiovascular, y la actividad esquelética, y de cavidad oral, incluidos los tejidos periodontales.

B. Diabetes : Las infecciones orales agudas y crónicas contribuyen negativamente al control de la glicemia. La terapia periodontal en Diabetes tipo 2 favorece la reduccion de los niveles de hemoglobina glicosilada.

El pobre control glicémico o medicamentos tricíclico para el dolor neuropático pueden ser causa de La Xerostomía y esto aumenta el desarrollo y progresión de Enfermedad Periodontal y caries, consecuentemente que al no tratarse produce pérdida de dientes.

C. Factores de riesgo genético.

La Periodontitis enfermedad multifactorial: ambientales y genéticos, microorganismos patógenos y factores del huésped, que intervienen. Sujetos con genotipo positivo para IL-1 tienen respuesta inflamatoria aumentada expresada porel aumento en la incidencia y prevalencia de sangrado al sondaje durante el mantenimiento periodontal. hacer acciones preventivas para evitar la Enfermedad Periodontal en ella y el resto de la familia al requerirse asi.

D. Factores de riesgo microbiológico.

Los microorganismos asociados con la Enfermedad Periodontal en pacientes gestantes son los mismos que en otros pacientes. el factor etiológico primario durante el embarazo es el biofilm o placa dental y existen cambios de este en la paciente gestante. Los niveles aumentados de estrógeno y progesterona durante el embarazo crean alteración de las condiciones gingivales, concordando con la proporción de P. gingivalis en el segundo trimestre, se reporta sangrado aumentado y gingivitis.

E. Factores de riesgo salival, dental y de dieta para la salud oral.

La reducción del efecto buffer de la saliva, su pH (cambio fisiologico más específico de la embarazada), el aumento de microorganismos cariogénicos y Factores de riesgo relacionados a los dientes (recesiones gingivales, erosiones dentales, malposiciones, aparatología ortodóntica o protésica, aumento en el apetito, frecuencia en la ingesta y consumo de carbohidratos) facilitan el acúmulo de placa o biofilm dental y aumenta el riesgo de caries o Enfermedad Periodontal. El enfasis debe hacerse una dieta balanceada y control de placa dental con adecuada salud oral y general para la madre y el niño.

C. Hábitos como factores de riesgo para la salud oral en pacientes gestantes: cigarrillo, drogas y alcohol.

Consumir alcohol, tiene alta posibilidad de síndrome alcohólico fetal(defecto congénito prevenible, que presenta retardo de crecimiento, anomalías faciales y afeccion del SNC), drogas, como marihuana y otras, durante el embarazo.

En fumadoras, la morbi-mortalidad perinatal y el riesgo es mayor de partos pretermino y recien nacidos de bajo peso, anomalías neurológicas y muerte súbita. En los dientes hay retraso de la Dentinogénesis y Amelogénesis en molares, el esmalte más afectado que la dentina . En Enfermedad Periodontal la mujer tiene pérdida de dientes, pigmentaciones extrínsecas, Halitosis, Enfermedad Periodontal y cáncer Oral mayor que en no fumadoras, hay complicaciones obstétricas, fetales y del desarrollo (Aborto espontáneo, placenta previa, entre otros), y en los hijos adultos: infertilidad, Diabetes tipo 2, obesidad, Hipertensión, problemas neurocomportamentales y disfunción respiratoria

La exposicion al humo de cigarro despues del nacimiento se asocia a prevalencia de caries en niños y jóvenes por afeccion de la cicatrización. Existe prevalencia de micro-organismos periodontopatógenos, incluso luego del tratamiento y con poca respuesta al tratamiento de fumadores.

D. Enfermedad periodontal en pacientes gestantes como factor de riesgo para parto pretérmino y bajo peso al nacer.

Los partos pre-término causan las tres cuartas partes de la mortalidad neonatal y la mitad de las complicaciones neurológicas de largo plazo en niños y genera altos costos en salud. Entre multiple factores tenemos la Enfermedad Periodontal; se cree que es una causa controvertida pero por el tratamiento periodontal disminuyen eventos (partos pretermino, mortinatos, entre otros) y es seguro para la paciente y el feto, y efectivamente reducen los signos de inflamación local y sistémica en la madre.

E. La edad como factor de riesgo de caries dental y enfermedad periodontal durante la gestación.

Las menores de 19 años, deben recibir tratamiento por un equipo interdisciplinario, para garantizar el adecuado estado post gestacional de ellas y su hijo pues ellass son más susceptibles a eventos perinatales adversos que las de mayor edad.

III. ATENCIÓN EN SALUD ORAL DE LA PACIENTE GESTANTE.

Concientizar a la paciente en la atención prenatal de la salud oral. Informarle su tratamiento en el embarazo.

A. Atención odontológica: historia clínica, promoción y prevención dadas por el odontólogo e higienista oral. Estas actividades son: Examen clínico odontológico, Periodontal y dental según corresponda; valoración del Índice de Placa; Rx en caso necesario; diagnóstico; Educación e Indicaciones sobre práctica de cepillado uso de Seda dental; raspaje coronal supragingival o detartraje; Pulido de la superficie coronal; Sellantes de fosas y fisuras; Topicación con flúor.

Atención de la Gestante por Trimestre

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
- Contreol de placa. - Instrucción en higiene oral - Raspaje coronal supra y subgingival o detartraje. - Evitar tratamiento electivo, solo tratamiento de urgencia.	- Control de placa. - Instrucción en higiene oral. - Raspaje coronal supra y subgingival o detartraje. - Tratamiento electivo.	- Control de placa. - Instrucción en higiene oral - Raspaje coronal supra y subgingival o detartraje. - Tratamiento electivo.

- **Diagnóstico: Historia Clinica:** Antecedentes médicosgenerales (Edad gestacional, enfermedades sistémicas, medicamentos, entre otros), tratamientos previos.

- **Hábitos:** alimentarios, disfuncionales, tabaquismo, consumo de alcohol, drogas recreativas y de higiene oral y antecedentes familiares.

- **Examen clínico odontológico**, físicoextraoral articulación temporomandibular, músculos masticatorios entre otros.

- **Intraoral:** (mucosas, faringe, paladar, lengua, piso de boca y frenillos) y **Examen periodontal.**

B. Procedimiento para examen periodontal.

1. Se empleará el instrumental básico, incluyendo una sonda periodontal WHO cP11.
2. Identifique las marcas establecidas en el instrumento.
3. Debe observar: Sangrado gingival; Cálculos supra o subgingivales; Bolsas periodontales superficiales (0-3.5mm), moderadas (3.5-5.5mm) y profundas (>5.5mm).
4. Divida la boca en 6 sextantes (17 al 14; 13 al 23; 24 al 27 ; 37 al 34; 33 al 43 y del 44 al 47).
5. Examinar todos los dientes elegir como diente índice el que tenga peores condiciones periodontales. evaluará sangrado (Esperando 20 segundos para hacer el registro), cálculos y bolsas.
6. Registrar el dato más alto y asigne código de condición periodontal con los siguientes parámetros:

REGISTRO DE LA CONDICIÓN PERIODONTAL EN LA HISTORIA CLÍNICA

SEXTANTES	PRIMER SEXTANTE (17-14)	SEGUNDO SEXTANTE (12-23)	TERCER SEXTANTE (24-27)	CUARTO SEXTANTE (37-34)	QUINTO SEXTANTE (33-43)	SEXTO SEXTANTE (44-47)
CÓDIGO						

- Registrar, en la historia clínica, los códigos de la condición periodontal asignados a cada sextante.

- Una vez registrados los códigos, homológuelos con la clasificación Internacional de Enfermedades: código 0. código 1. código 2. código 3. código 4.

- Registrar, en la sección de diagnóstico de la historia clínica, el diagnóstico más severo que haya identificado en la paciente. Si existen diagnósticos no relacionados con el exámen periodontal, debe registrar su código, además del código del INTPc.

7. Identifique el código más alto para clasificar las necesidades de tratamiento periodontal y la necesidad de referencia a otros sevicios. Anótelo en la historia clínica, en Examen Periodontal, después de sacar los códigos de condición periodontal por sextante y determine las necesidades de tratamiento así:
   NT _____
   código 0 NT 0: Sano. No requiere tratamiento. control de placa por odontólogo o auxiliar de higiene oral.
   código 1 NT 1: Instrucción en higiene oral por higienista ú odontólogo.
   código 2 NT 2: Detartraje por odontólogo.
   código 3 NT 3: Referencia al servicio de especialidad en periodoncia.
   código 4 NT 3: Referencia al servicio de especialidad en periodoncia.
8. Determine las necesidades de tratamiento por sextante así: Anote en Tratamiento Periodontal los códigos de necesidades de tratamiento para cada sextante, para realizar el plan de tratamiento para cada sextante.

REGISTRO DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO EN LA HISTORIA CLÍNICA.

SEXTANTES	1 (17-14)	2 (12-23)	3 (24-27)	4 (37-34)	5 (33-43)	6 (44-47)
TRATAMIENTO NT						

En los pacientes que presente NT 3, no realice detartraje subgingival, porque puede empeorar el cuadro clínico del paciente; explique las razones para la referencia al servicio especializado en periodoncia; la complejidad del tratamiento que debe incluir alisado radicular y cirugía periodontal.

La solicitud de remisión clínica contendra la información datos generales, motivo de consulta, resumen de historia clínica, diagnóstico, manejo clínico o terapéutico, solicitud de contra referencia. Adjunte ayudas diagnósticas solicitadas: imágenes diagnósticas y exámenes de laboratorio. La paciente debe darsele cita. La gestante de alto riesgo, sera atendida en el servicio de periodoncia.

C. **Evaluación del índice de placa.** Se utilizan los dientes índice y los cuatro últimos molares de cada cuadrante; en ausencia de alguno de ellos, se considera el adyacente hacia mesial o en su ausencia el distal. Se basa en el grosor de la placa bacteriana, no emplea revelador

de placa. La presencia de placa se registra como código 1. Si no hay placa, se registra como código 0. El porcentaje de placa del paciente se calcula contando el número de superficies con placa (código 1) multiplicado por 100 y dividido por el número de superficies evaluadas, 33 si estaban todos los dientes índice.

La interpretación del Índice de Placa se presenta en porcentaje, con fecha de examen:

- Higiene Oral buena, cuando el resultado es de 0-15 % ;
- Higiene Oral Regular, valores entre 16-30 %.;
- Higiene Oral Deficiente, valores superiores a 30 %.

REGISTRO ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA.

INDICE DE PLACA BACTERIANA DE SILNESS & LOE MODIFICADO

Diente	Último molar 1er. Cuadrante _____	11 / 51	23 / 63	Último molar 2° Cuadrante. _____	Último molar 2er Cuadrante. _____	44 / 84	Último molar 2er. Cuadrante. _____
	D V C P M	D V P M	M V P	D M V 0 P	D D V O L	M M V O L	D M V O L D

Fecha: __/__/__
Dia Mes Año

No. de superficies examinadas (33): _____
No. Valores "1" encontrados. _____
Porcentaje de placa: _____

Higiene oral: Buena (1-15%)_____ Regular (16-30%)_____ Deficiente (31-100%) _____

Si el paciente presenta todos los dientes índice, se puede aplicar la siguiente Tabla. Si no, se debe calcular.

CÁLCULO DE PORCENTAJE DE PLACA BACTERIANA.

PORCENTAJE DE PLACA BACTERIANA SEGÚN NUMERO DE SUPERFICIES CON CÓDIGO "1"

No. Valores 1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Porcentaje Equivalente	6	3%	6%	9%	12%	15%	18%	21%	24%	27%	30%	33%	36%	39%	42%	45%	48%
No. Valores 1	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
Porcentaje Equivalente	52%	55%	58%	61%	64%	67%	70%	73%	76%	79%	82%	85%	88%	91%	94%	97%	100%

Valore el Índice de Placa bacteriana en cada paciente y dependiendo del porcentaje se clasifica el grado de higiene oral, buena, regular y deficiente.

- **Examen dental.** Realizar el diagnóstico integral de caries.
- **Examen radiográfico.** La dosis aceptada de radiación ionizante acumulativa durante el embarazo es de 5 Rad (50mgy). Ninguna radiografía odontológica simple supera esta dosis.

la dosis fetal estimada en odontología es de 0.0001 Rad. Se recomienda sólo en casos clínicamente dudosos, donde la radiografía colabore con la decisión terapéutica. Los equipos deben tener tecnología digital directa (no genera radiación dispersa), disminuye el efecto de radiación sobre la paciente gestante, que pudiese ocasionar malformaciones congénitas.

Los beneficios para la salud sobrepasan los riesgos de la exposición a radiación si:

- El examen está clínicamente indicado y justificado.
- Se optimiza la técnica según el equipo disponible, se recomienda el uso de tecnología digital.
- Se protege al paciente con un delantal de plomo y un protector tiroideo.

debe ser usarse en casos de urgencia; de lo contrario, posponer hasta el segundo trimestre de embarazo y ser realizado con las respectivas medidas de protección.

D. Medidas de protección para disminuir la radiación en el feto.

- Usar equipos de tecnología digital, generando mínima radiación disminuyendo tambien la radiación dispersa.
- Mantenimiento periódico al equipo de rayos x para verificar su funcionamiento.
- Usar delantal plomado que cubra desde el cuello hasta las rodillas para reducir la radiación dispersa.
- Si el delantal no cubre el cuello usar protector cervical o tiroideo.
- Los procedimientos dentales, como la radiografía diagnóstica, el tratamiento periodontal, las restauraciones y las extracciones, son seguros y se llevan a cabo preferentemente en el segundo trimestre del embarazo.

E. Promoción en salud oral y prevención de la enfermedad.

La gestante debe recibir información acerca de:

- Hábitos saludables de salud bucal: - Instrucciones en técnicas de uso de seda dental, técnicas de cepillado con crema dental con flúor, uso de enjuague diario con flúor y enjuague de agua con bicarbonato después de episodios de vómito y Educación sobre dieta saludable.
- Reduccion de frecuencia en el consumo de alimentos ricos en carbohidratos y bebidas azucaradas.
- Informar efectos adversos de fumado y exposición al humo de cigarro; consumo de alcohol y drogas recreativas.
- Medidas de autocuidado, hacer referencia a la organogénesis, formación de dientes en el feto, cuidado oral al recién nacido y lactante, y caries de la niñez temprana.

F. La atención odontológica en pacientes gestantes y su relación con los problemas de salud oral en la población infantil.

Es primordial explicar a la gestante la importancia de tratarse las lesiones cariosas, aplicación tópica de fluoruros y dieta saludable con reducción de carbohidratos, para mantener la boca libre de caries y reducir la transmisión de bacterias cariogénicas de madre a hijo.
Incluir educación en hábitos de higiene oral, hábitos nutricionales para la madre y el recién nacido y hábitos de cuidado del niño que incluye no compartir cubiertos en el cuidado y alimentación para evitar la transmisión de microorganismos de la madre o el cuidador al niño, por comportamientos que transmiten directamente saliva.

G. Eficacia de la educación individual versus la educación grupal para el cambio de hábitos en embarazadas:

Los programas de educación individual deberian serlos primeros a realizar para las pacientes gestantes, pues han demostrado ser mejores para generar cambios de hábitos, reduciendo el Índice de Placa, los procesos inflamatorios gingivales y la transmisión de microorganismos al hijo e implementar tambien programas de educación grupal, como complemento a la educación individual una sesión por cada trimestre de embarazo, incluyendo procesos dinámicos de apoyo audiovisual o impresos que faciliten a la gestante la comprensión del cuidado oral.

H. Tratamiento.

La gestación no es una razón para diferir el tratamiento odontológico; éste es seguro y efectivo en la reducción de la inflamación local y sistémica.
Conociendo las posibles asociaciones entre la Enfermedad Periodontal y los eventos adversos del embarazo como parto pretérmino y bajo peso al nacer, los profesionales en salud deben tomar acciones para enfrentar los problemas en salud oral de las pacientes gestantes sin poner en riesgo su salud general o la del feto.

- Realizar citas cortas.
- Evitar los olores desagradables durante la consulta odontológica.
- Mantener una posición cómoda de la paciente gestante en el sillón: colocar una almohada pequeña bajo la cadera derecha, lo que permite el desplazamiento uterino.
- La cabeza no debe estar más baja que los pies durante el procedimiento odontológico.
- La higiene oral adecuada puede prevenir o reducir los cambios orales inflamatorios mediados por hormonas disminuyendo la incidencia de periodontitis y caries en la gestante

IV. TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL EN PACIENTES GESTANTES.

- Motivar a la paciente gestante para mantener una buena salud oral.
- Indicar al paciente los sitios donde puede presentar algún tipo de retención de placa bacteriana para que este realice un buen manejo de higiene oral.
- El control de las enfermedades orales en las mujeres embarazadas tiene un alto potencial para reducir la transmisión de bacterias de la boca de la madre al niño.

- La restauración de las lesiones cariosas, es el primer paso para controlar el proceso de la Caries y restaurar la función al paciente. Programar control en seis meses para nueva valoración de riesgo.

A. Tratamiento endodóntico.

Establecer el diagnóstico correcto de las patologías pulpares en la paciente gestante.
En infección realizar el tratamiento endodóntico preventivo de eventos adversos del embarazo como parto prematuro y bajo peso al nacer.
Disponer de localizadores apicales para el tratamiento endodóntico.
En caso de no disponer de localizadores apicales, tomar radiografías siguiendo las recomendaciones de protección.

Realizar el tratamiento endodóntico durante el segundo trimestre de gestación.
El odontólogo debe tratar los dientes uniradiculares con características como: curvatura radicular no mayor de 15 grados, longitud radicular que no exceda los 25 mm, conductos amplios y visibles radiográficamente, cámara pulpar sin calcificaciones, dientes con ápices completamente formados y con estructura remanente que permita un aislamiento absoluto de campo; Prevenir la contaminación con el sellado coronario, cuando se termina el procedimiento endodóntico.

Restaurar de forma definitiva el diente en el menor tiempo posible para evitar procesos infecciosos posteriores

Previamente el odontólogo evaluará si la cantidad de tejido dentario remanente es el adecuado para restaurar el diente de forma definitiva y si la paciente está comprometida con el tratamiento para que cumpla con las citas y evitar procesos infecciosos posteriores.
Después del parto, se realizará el control radiográfico de la obturación endodóntica.

Primer trimestre:.

Durante el primer trimestre, el tratamiento odontológico debe ser:

- Limitado.
- La atención de urgencias no se debe posponer.
- Se recomienda el manejo de actividades de promoción y prevención.
- Citas cortas evitando que la paciente este mucho tiempo sentada, acostada o en posición supina

El primer trimestre desde la fecundación hasta la implantación, presenta el mayor riesgo para el embrión.

Segundo trimestre:

Durante el segundo trimestre el tratamiento odontológico debe ser: el periodo entre la semana 12 y la semana 20, se caracteriza por el desarrollo del período fetal,

- Citas cortas.
- Brindar frecuente movilidad.
- Manejo preventivo.
- Atención por urgencias no se debe posponer.
- Iniciar tratamientos odontológicos, controlar enfermedad activa.
- Tratamientos invasivos requieren tratamiento después del parto

Tercer trimestre:

Durante el tercer trimestre el tratamiento odontológico debe ser: Procedimientos odontológicos: existe mayor sensibilidad del útero a estímulos externos, por lo tanto, se aumenta el riesgo de parto prematuro.

- Citas cortas.
- Atención por urgencias no se debe posponer.
- Postergar las reconstrucciones extensas y cirugías complejas hasta después del parto.

Durante el tercer trimestre de gestación, la futura madre experimenta fatiga creciente, depresión leve o cambios de humor y dolor de espalda baja, por lo cual le resulta más difícil mantener una posición cómoda. Durante este periodo, se puede presentar el Síndrome de Hipotensión Supina,

- **Periodicidad recomendada para el seguimiento odontológico de las pacientes gestantes.**

Idealmente, la atención en salud oral a la paciente gestante debe iniciar durante el primer trimestre.

La frecuencia de la atención odontológica debe ser individualizada, según la información obtenida durante las consultas iniciales en salud oral. Las citas de mantenimiento se deben programar dependiendo de los factores de riesgo presentes en la paciente gestante. Las pacientes con un deficiente control de placa deben ser citadas con mayor frecuencia para realizar procedimientos de prevención y promoción

- **Efectos adversos relacionados con el uso de anestésicos locales con o sin vasoconstrictor adrenérgico, en la atención dental de embarazadas**

En las pacientes gestantes, está indicado el uso de anestésico con vasoconstrictor, **Lidocaína con epinefrina** 1: 80000, previa aspiración y se realiza infiltración lenta. **La prilocaína** está contraindicada, ya que no existe evidencia concluyente acerca de sus efectos. con felipresina al 3 %, puede causar metahemoglobulinemia en el feto y en la madre.

No se recomienda el uso de **Mepivacaína** ni bupivacaína durante el embarazo y la lactancia, ya que se encuentran en clasificación c, de acuerdo con las categorías de FDA.

El uso de un anestésico de acción prolongado no es recomendable

Los anestésicos locales y vasoconstrictores empleados en odontología son seguros para ser administrados a la paciente embarazada o lactando; es necesario realizar la aspiración para reducir el mínimo riesgo de inyección intravascular.
Los anestésicos locales atraviesan la barrera placentaria por difusión pasiva, pero la mayoría de ellos se considera seguros y no teratogénicos.

El uso de epinefrina en la anestesia local en las dosis utilizadas para el tratamiento dental no se asocia con anormalidades fetales y se considera segura durante el embarazo. La adrenalina no es teratogénica pero se debe tener precaución de no realizar una administración intravenosa.

Durante la administración de un anestésico local con epinefrina, una inyección intravascular puede crear una insuficiencia del flujo sanguíneo útero placentaria. Sin embargo, para una mujer embarazada sana, la concentración de epinefrina 1: 80.000 utilizada en odontología, administrada por una técnica de aspiración adecuada y si se limita a la dosis mínima necesaria, es segura.
La prilocaína es un anestésico local tipo amina secundaria y tiene una acción vasodilatadora menor. En odontología, se utiliza en una solución al 3%, con felipresina o también se puede usar tópicamente en crema para piel y mucosas. Este anestésico, utilizado durante el embarazo, puede causar metahemoglobinemia en el feto, por lo tanto, provoca una disminución de la cantidad de oxígeno disponible para los tejidos del feto.

- **Atención odontológica para el manejo de la ansiedad relacionado con la situación odontológica en mujeres embarazadas.**

Es necesario que el odontólogo realice un trato agradable y de confianza con la paciente, que permita darle toda la seguridad y, así mismo, explicar el tratamiento que será realizado y las posibles complicaciones que puede acarrear dicho procedimiento

Sugieren que los pacientes con ansiedad tienen actitudes negativas hacia el tratamiento y son pacientes difíciles. Las pacientes que experimentan ansiedad en el momento de la consulta odontológica se han relacionado con episodios traumáticos pasados en sus tratamientos dentales, o la falta de ideas preconcebidas sobre lo que se puede esperar. Es necesario que ante estas actitudes el operador este preparado para tener cuidado y tacto durante el procedimiento dental.

- **Medicamentos indicados en las pacientes gestantes.**

Medicamentos	Indicados	Categoría FDA
Antimicrobianos	**Penicilina**	B
	▪ Amoxicilina. ▪ Amoxicilina más ac. Clavulónico.	B B

	▪ Cefalosporina ▪ Clindamicina Eritromicina (excepto el estolato) ▪ Azitromicina. ▪ Metronidazol ▪ Clorhexidina enjuague.	B B B B B B
Analgésicos	▪ Acetaminofen ▪ Oxicodeina ▪ Meperidina Después del primer trimestre por 24 o 72 horas solamente: ▪ Ibuprofeno ▪ Naproxeno	B B B B B
Anestésicos locales	▪ Lidocaína. ▪ Prilocaina. ▪ Etidocaina.	B B B

Síntesis de la evidencia.

Es importante realizar un tratamiento adecuado para el manejo de la infección, del dolor y de la ansiedad en la paciente gestante, el cual no sustituye los procedimientos dentales locales correctos y oportunos.

La FDA ha creado categorías, para las diferentes compañías farmacéuticas, de tal forma que se rotulan los productos de acuerdo con sus efectos en los procesos de embarazo y reproductivos.

Categorías de los medicamentos, según sus efectos en los procesos de embarazo y reproductivos.

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
A	Estudios clínicos adecuados, bien controlados en embarazadas, no han demostrado un aumento en el registro de anormalidades fetales.
B	Estudios clínicos en animales no han revelado daño al feto; sin embargo, no hay estudios adecuados, bien controlados en paciente gestantes. Estudios en animales han mostrado un efecto adverso, pero estudios controlados en mujeres embarazadas, no han demostrado daño fetal.
C	Estudios en animales han revelado efectos adversos, y no existen estudios adecuados, bien controlados en paciente gestantes o no se han realizado estudios en animales; y no existen estudios en embarazadas.
D	Estudios clínicos bien controlados, ú observacionales, en embarazadas, han demostrado riesgo para el feto. Sin embargo, los beneficios de la terapia pueden sobrepasar el riesgo potencial
X	Estudios clínicos bien controlados ú observacionales en animales o paciente gestantes han demostrado evidencias positivas de anormalidades fetales. El uso de este producto está contraindicado en mujeres que están o pueden estar en embarazo.

Anexo 7. ATENCIÓN ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES.

I. INTRODUCCIÓN.

Muchos niños menores de 12 años beneficiarios de derechohabientes del ISSS, requieren atención médica especial. Esta es una visión general de la importancia de la fuerza laboral de salud oral bajo el sistema de salud actual para el paciente pediátrico con necesidades terapéuticas especiales por lo que en este anexo se describe las técnicas necesarias para el éxito del tratamiento dental en estos pacientes. Estos niños son los que tienen o están en mayor riesgo de problemas crónicos físicos, condiciones de desarrollo, de comportamiento o emocionales que requieren atención especialmente diseñada para ellos.

II. OBJETIVO.

Conocer las consideraciones odontológicas que se requieren para cada trastorno.

III. TRASTORNOS Y CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS.

Los niños con necesidades especiales requieren de consideraciones especiales, como los demás, en la planificación de su tratamiento dental.
Habilidades básicas de un odontólogo para tratar a pacientes con discapacidad:

1. Conocer condiciones médicas en los procesos biológicos y terapias que afectan a la atención bucodental.
2. Conocer las implicaciones en la salud oral, de enfermedad periodontal precoz en el síndrome de Down o la hiperplasia gingival en pacientes con trastornos convulsivos.
3. Habilidades esenciales de comunicación, estabilizar y tratar a los pacientes en la atención de la salud.
4. El conocimiento de entorno social, terapéutico y cultural de aquellos con necesidades de cuidado especial.

Deben de estar disponibles algunos enfoques alternativos que no coloquen al niño en situaciones de alto riesgo en caso de enfermedades dentales para niños con discapacidades de desarrollo o condiciones médicas. La salud bucal es importante a cualquier niño y para estos es además un problema social.

Nunca han estado disponibles los productos para el cuidado de la salud oral, adaptado a las necesidades especiales de estos pacientes. Los niños siempre deben ser motivados a cepillarse solos con la asistencia de un adulto.
Algunos niños pueden ser capaces de limpiar sus dientes. Por otro lado, otros que están mental o físicamente incapacitados necesitarán la ayuda de los padres o responsables.

A. DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).

El TDAH es trastorno crónico que requiere que el niño demuestre los síntomas de comportamiento que muestran deterioro funcional. Debe estar presente en dos o más entornos para diagnosticados. Por lo general se presenta en los niños antes de la edad de siete años.

Los síntomas son la falta de atención (distracción), hiperactividad, comportamiento impulsivo que pueden manifestarse solos o combinados.

Consideraciones dentales – Hable con los padres o cuidador del tratamiento dental sobre el mejor manejo de comportamiento que será utilizado. El tratamiento dental debe ser siempre cuando el niño está medicado. El uso de refuerzo positivo es recomendable.

Tratamiento: consiste en terapia farmacológica y de comportamiento. Los efectos secundarios de los medicamentos dentales consisten en la xerostomía y bruxismo. La terapia de comportamiento en la que se da orientación para incrementar una conducta positiva y disminuir los comportamientos negativos.

B. TRASTORNOS CONVULSIVOS.

Son causados por la descarga incontrolable y excesiva de las neuronas cerebrales que dan lugar a un aplazamiento de las funciones motoras, sensoriales, de conducta.

La epilepsia es un nombre dado a los trastornos convulsivos, sin etiología definida. Antes de los dos años, la causa principal es la fiebre, entre 2 – 14 años la etiología es desconocida.

Clasificación:

1. Focales parciales o Locales (40%) experimentan alteraciones del gusto o del olfato. La actividad convulsiva de varias formas. La amnesia y la confusión pueden acompañar este episodio.
2. Generalizada, convulsivos o no convulsivos (40%) involucran todas las extremidades, y la forma más común es la crisis de Grand mal (tónico-clónicas). pierde bruscamente la conciencia. También el Petit Mal, mioclónicas, atónicas, clónicas, tónicas y de ausencia que consiste en que no tienen un episodio convulsivo en naturaleza, dura unos pocos segundos y sin aura y en la mirada se ve un breve aleteo del músculo.
3. No clasificados (20%) – Los ataques que no pueden ser clasificados.

Evaluaciones Orales y Manejo: Una historia clínica detallada antes de tratar a niños con trastornos convulsivos. Determinar el tipo, la frecuencia de las crisis, duración, factores desencadenantes, los medicamentos y la dieta. Es recomendable consultar al Neurólogo para conocer caso. Si tiene control deficiente, se debe someter al paciente a tratamiento bajo anestesia general.

La xilocaína disminuye el umbral convulsivo; se debe formular un programa agresivo de prevención de higiene bucal en estos pacientes.

Cite a los pacientes que estén bien descansados y estar preparado para manejar una crisis que consiste en: Anotar hora de inicio de la convulsión, mantener la calma, no colocar nada en la boca, dejarlo en posición supina, colocar una toalla bajo los hombros después de la convulsión para evitar aspiración aérea y tomar signos vitales.

C. PARÁLISIS CEREBRAL (PC).

Es causada por daño cerebral o lesión cerebral que puede ocurrir de muchas maneras: privación de oxígeno al nacer, abuso del alcohol, abuso de drogas, infección, ictericia y desnutrición, entre otras. Es considerada un trastorno no progresivo resultado del mal funcionamiento del centro motor del cerebro. Caracterizada por debilidad, falta de coordinación y otras anomalías de la función motora. Se produce durante el período prenatal o perinatal.
Si los problemas neurológicos se manejan adecuadamente, los pacientes disfrutan de una vida normal.

Los hallazgos dentales: Se puede manifestar enfermedad periodontal, caries dental, respiración por la boca, aumento de la erosión, bruxismo, maloclusión, trauma, disfagia, aumento de salivación, aumento de reflejo nauseoso, la mordida hiperactiva, entre otros,

Consideraciones odontológicas – Un plan de prevención agresiva debe ponerse en marcha para pacientes con PC. El entorno del área de tratamiento tiene que ser tranquilo con el fin de reducir movimientos musculares. El paciente debe sentirse cómodo sin forzar que las extremidades estén en una posición anormal; A veces se debe tratar al paciente en la silla de ruedas. Si es la silla dental la que se utilizará, asegurarse que la cabeza del paciente se halle estable y debe minimizarse el tiempo de tratamiento. Usar dique de goma para procedimientos de restauración.

D. TRASTORNOS DE LA SANGRE.

Los niños con trastornos de la sangre son considerados con necesidades especiales. Los siguientes trastornos de la sangre más comunes y tomar las consideraciones dentales necesarias para prestar eficazmente el tratamiento dental.

Bajos niveles de neutrófilos causados por medicamentos o que están inmunocomprometidos. La médula ósea no produce adecuada cantidad de células para combatir las infecciones.

Manifestaciones dentales –Enfermedad periodontal, infecciones de candidiasis y úlceras orales que pueden ser muy dolorosas.

Consideraciones Dentales – Se debe recetar antibióticos previos a la cita con el dentista y luego para evitar las infecciones a causa de una infección dental o el tratamiento. Análisis sanguíneos deben ser actualizados y evaluados por el dentista antes de cada cita.

La enfermedad de la médula ósea por aumento anormal del número de células sanguíneas (glóbulos rojos principalmente), los glóbulos blancos y las plaquetas también se incrementan.

Hay alto riesgo de formar coágulos de sangre. Es de comienzo insidioso y es frecuente que se descubre después de un análisis de sangre de rutina con nivel elevado de hemoglobina o hematocrito.

Manifestaciones bucales: Presentan área de color púrpura o rojo en la lengua, mucosa oral, labios y encías. Sangrado de encías, petequias y equimosis de la mucosa bucal.

Consideraciones odontológicas: Se requiere análisis de sangre y manejo medico previo al tratamiento por el riesgo de sangrado excesivo o coágulos de sangre.

Definida por resultados de laboratorio con niveles bajos de hemoglobina en la sangre; Etiología causada principalmente por pérdida de sangre, sobrecarga hídrica, lisis o disminución de la producción de células rojas de la sangre, déficit nutricional o defectos en la molécula de hemoglobina. Los tipos de anemia: por Deficiencia de Hierro, Aplásica, de Células Falciformes, Perniciosa y la talasemia.

Manifestaciones: La mucosa oral pálida y lengua lisa.

Consideraciones odontológicas: La anemia aplásica tiene mayor riesgo de infecciones y debe recetarse antibióticos antes del procedimiento dental también fármaco antifibrinolítico debe ser recetarse para reducir la hemorragia.

En anemia falciforme el tratamiento dental proporcionarlo mientras no hay crisis. Tomar siempre pruebas de laboratorio y evaluación médica previa a procedimiento dental. En anemias crónicas el proceso de curación es más lento de lo normal.

E. ASMA.

Descrita como trastorno inflamatorio crónico de los bronquios manifestado por episodios de opresión en el pecho, tos, dificultad para respirar y silbido. Tiene riesgo de atopia, predisposición hereditaria y propensión a reacciones alérgicas.

Los tratamientos dentales deben darse a pacientes asintomáticos o bien controlados.

Tomar en cuenta que algunos de los materiales dentales (dentífricos, selladores de fisuras, el polvo del esmalte dental, metacrilato de metilo, bandejas de fluoruro y rollos de algodón y los aerosoles) pueden causar ataque de asma por lo que se debe estar preparado para manejar estos casos.

Manifestaciones orales: Hay mayor frecuencia de caries dental y flujo salival reducido, a causa del uso prolongado de agonistas B2, cambios en la mucosa oral por los corticosteroides nebulizados que puede causar irritación en la garganta, sequedad de la boca y a candidiasis orofaríngea. Hay mayor predisposición de enfermedad periodontal por los medicamentos y la respiración bucal. Tienen más cálculo dental en comparación con niños sanos, por el calcio y fósforo presentes en la saliva de glándulas submaxilar y parótida en ellos. Las alteraciones orofaciales su causa principal es por la respiración bucal.

Consideraciones Dentales: Profilaxis antibiótica para prevenir complicaciones post operatorias, pueden ocurrir crisis agudas durante o luego de la anestesia local en el tratamiento dental. Debe usarse un anestésico local sin vasoconstrictor pues los preservantes usados pueden iniciar la reacción alérgica. Tomar Los medicamentos si es posible, justo antes de la cita dental. Broncodilatador listo. Las citas deben ser al final de la mañana o final de la tarde.

Debe haber mayor frecuencia de visitas al dentista, aplicaciones de fluoruro y medidas preventivas de caries, debe enjuagarse la boca con agua luego de la inhalación de esteroides para reducir posibilidad de infecciones por cándida. Evitar Narcóticos y barbitúricos pues ellos podrían conducir a broncoespasmo y potenciar una reacción alérgica.

Conclusión

El profesional dental puede hacer muchas cosas para mejorar la salud y el bienestar de los niños con discapacidades clasificándolos no como "discapacitados", sino como ser humano que recurre para el cuidado de salud.

La comunicación es vital en el tratamiento de pacientes con necesidades especiales se debe:

a. Hablar directamente con la persona con discapacidad, en lugar de a través de un tercero.
b. Hable con los adultos como adultos y los niños como niños.
c. Pregúntele a la persona con discapacidad si requiere ayuda no se debe asumir que se necesita ayuda.
d. Tener en cuenta que estas personas necesitan más tiempo para hablar o actuar.
e. Respete lo que estas personas pueden hacer. Ver la capacidad de la discapacidad.

Es importante que el cuidador o padre supervise el cepillado y el uso del hilo dental los dientes del niño, especialmente antes de acostarse. El uso de pasta de dientes con flúor debe supervisarse por los padres y ser en cantidades muy pequeñas para disminuir el reflejo nauseoso.

Anexo 8. MANEJO ODONTOLÓGICO GENERAL DEL PACIENTES CON DISCAPACIDAD.

INTRODUCCIÓN.

La atención odontológica al paciente discapacitado tiene día más interés en los profesionales de la salud. Para los odontólogos un paciente especial es aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad física, mental o sensorial, y de comportamiento; que para su atención odontológica exige maniobras, equipamiento y personal de ayuda especial; el objetivo está dirigido a elevar el nivel de su salud bucal, promoviendo y previniendo las enfermedades bucodentales, así como garantizando su curación y total recuperación.
Estos pacientes constituyen un serio problema para todos los países y tienden a aumentar, incluso en países muy desarrollados muchas de estas afecciones por factores genéticos, trastornos pro, peri y pos natales. Además del uso y consumo de drogas.
Incluidos individuos con trastornos genéticos que afectan su funcionamiento hematológico, cardiovascular, neurológico, psiquiátrico, auditivo, visual y endocrino y combinación de varias de estas afecciones que hace necesario conocer la mejor forma de su abordaje odontológico.

I. MANEJO DEL PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL (DISCAPACITADO MOTOR):

Constituyen un grupo heterogéneo y diverso de síntomas y signos, los cuales pueden ser consecuencia de distintas etiologías. Las manifestaciones clínicas más frecuentemente observadas son:

a) Trastornos motores: Parálisis cerebral.
b) Trastornos bioeléctricos corticales: epilepsias.
c) Trastornos cognitivos focales o parciales: trastornos del lenguaje y el aprendizaje.
d) Trastornos cognitivos difusos o globales: retraso mental.
e) Trastornos del espectro autista: Autismo y síndrome de Rett.

El odontólogo, debe reconocer que algunos pacientes tienen daño más bien funcional que mental. Para tratar a niños con capacidad diferenciada se debe tener el conocimiento de la función motora, topografía, tonicidad del músculo y severidad del daño. Recientemente se ha dado mucha atención al cuidado de salud, educación y empleo de personas con capacidad diferenciada. El tratamiento dental es una de las más grandes necesidades.

II. TRASTORNOS MOTORES:

Estos trastornos no son causados por problemas en los músculos o nervios. Al contrario, el desarrollo defectuoso o daño en las áreas motoras del cerebro interrumpen la capacidad del cerebro para controlar adecuadamente el movimiento y la postura.

- **MANEJO DEL PACIENTE:**

Realizar una evaluación completa y desarrollar la estrategia de intervención. Este paciente requiere un manejo integral multidisciplinario y orientado a la familia para mejorar su función y promoviendo su independencia; es esencial establecer contacto odontológico en forma precoz.

- **TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO:**

Los niños con PC tienen problemas dentales por dificultad para comer, masticar, higiene dental, susceptibilidad a caries y a gingivitis y los siguientes aspectos:

- Enfermedad periodontal. Es frecuente en personas con parálisis cerebral pues hay correlación entre: gravedad de la enfermedad-- higiene del paciente; dieta-- dificultad para masticar y para deglutir; Fenitoína para control de la actividad convulsiva -- hiperplasia gingival.
- Caries: esto es diferente con el tratamiento dental.
- Maloclusión: doble prevalencia que en la población general.
- Bruxismo. Común en los pacientes con parálisis cerebral atetósica.
- Trastornos de la articulación temporomadibular. Más alta que en otros grupos de población.
- Trauma. Las personas con parálisis cerebral son más susceptibles a los traumatismos, en especial de los dientes anterosuperiores y esto se relaciona con la tendencia a las caídas junto con la disminución del reflejo extensor que amortiguaría esas caídas y la protrusión de los dientes anterosuperiores.
- Hipoplasia del esmalte. La parálisis cerebral cursa, en un porcentaje importante de casos, con alteraciones en la formación del esmalte. En general la hipoplasia es frecuente en niños con bajo coeficiente intelectual y/o alteraciones neurológicas. Incluso, los defectos del esmalte constituyen una ayuda para establecer la cronología de la lesión cerebral en pacientes en los que la causa no esté bien definida.
- Empuje lingual y respiración bucal. Los niños con parálisis cerebral tienen significativamente más estos hábitos que otros grupos.

- **FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD ORAL:**

Dieta, problemas a la succión y masticación, duración de Cada comida (una hora o más), alimentos líquidos o blandos cariogénicos y por la medicación ingieren líquidos azucarados también la función muscular: La hipotonía y la paresia influyen sobre la salivación, babeo, problemas de masticación, retención de comida y reducción de autolimpieza de la cavidad oral.

Problemas con la higiene oral. Lo experimentan los padres de los niños con PC, especialmente los espásticos y con retraso mental.

- **MEDICACIÓN**:

El uso prolongado de medicinas edulcoradas daña los dientes y la Fenitoína cierto grado de hiperplasia gingival.

- **PRIMERA VISITA ODONTOLÓGICA:**

La primera entrevista es muy importante adquirir la historia médica y odontológica completa y entrevistar a padre o tutor antes de cualquier tratamiento, emplear tiempo adecuado para el paciente, tranquilizarlo, hacerle un buen examen (el trato amistoso, voz baja, dulce y acceso delicado facilitará el examen), sistemático identificando aspectos personales, síntomas y conducta y proceder de acuerdo a cada situación y necesidad particular. Se debe:

- Observar al paciente.
- Comentar al paciente, padres o encargado, de importancia del cepillado, hilo dental y dieta.
- El paciente relatará todo lo que le pasa. El odontólogo explicara la función de cada instrumento, de manera simple, según nivel de inteligencia del paciente. Al sentar al paciente en el sillón dental y asegurar su cabeza, antes de colocar algún instrumento en su boca, mostrar la luz, movimientos y ruidos del tratamiento dental producido por la pieza de mano, el eyector, jeringa triples, reclinar y levantar lentamente el sillón.

- **LA HISTORIA DE SALUD CONTENDRÁ:**

- Diagnóstico del daño, cómo lo conocen;
- Nivel educativo, nivel de inteligencia, escolar, problemas en función y comunicación (Daño en el habla, en la vista y en el oído);
- Deformidades dentales u orofacial y faríngea;
- Hábitos orales: respiración bucal o bruxismo; tipo de dieta e Higiene oral;
- Preferencia del control y apoyo en el sillón dental y si Puede estar en él; Tipos de reflejos del paciente y consecuencias que desencadenan;
- Dificultad de comunicación (opinión o comunicación por tableros, frases, palabras, letras y números y señalización con los dedos o moviendo la cabeza, temores especiales del paciente debido a su visita al consultorio dental).

- **MANEJO CONDUCTUAL:**

En el caso pobre respuesta a las instrucciones, comunicación verbal imposible; la mejor opción es por medio visual de la técnica decir-mostrar-hacer.

Si el niño no habla, pero entiende, el sistema de comunicación para su interacción con otros será con tableros con fotografías y sistemas computarizados. Tomarse tiempo para valorar las posibilidades del niño; comunicación verbal aunque requiere paciencia; no cambiar tono de voz, ni lenguaje para dirigirse a estos niños.

La sedación farmacológica, La anestesia general se usará sólo si las otras formas de tratamiento se demuestran imposibles para controlar el paciente y se requiere de tratamientos extensos.

- **CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:**

Por la falta de control muscular en pacientes con excesivos movimientos involuntarios se debe tener precauciones durante el tratamiento odontológico pues pude desencadenar reflejos de extensión de las extremidades al transferir al niño de las sillas de ruedas al sillón dental y al no sujetar bien la cabeza del paciente. Si hay reacción refleja: Elevar el sillón; Inmovilizar la cabeza en la línea media; Colocar los brazos hacia delante y tranquilizar al paciente.

Estos pacientes tienen alterados o disminuidos los reflejos del vómito, la tos, la masticación y la deglución. Emplear abrebocas, ellos corren mayor riesgo de aspiración por los problemas para deglutir. Usar el dique de goma, lo que al aplicar el flúor es imposible, pues debe estar sentado y siempre se debe disponer de una succión potente.

En el reflejo de cierre por estimulación oral debe introducirse los instrumentos de lado, en lugar de hacerlo de frente se debe explorar y presionar ligeramente con el dedo índice el borde anterior de la rama ascendente y en el triángulo retromolar pues eso evita que el paciente muerda el dedo del examinador y estabilizar la cabeza al paciente en todas las fases del tratamiento estomatológico.

Cuando el bruxismo o convulsiones son un problema, las restauraciones deben ser durables y retentivas, se deben realizar tratamientos radicales. Las coronas de acero cromo son preferibles a las amalgamas extensas en los dientes primarios y lo contrario en la dentición permanente, excepto como medida temporal por la alta incidencia de caries marginal y la consecuente pulpitis irreversible. Realizar amalgamas reforzadas con pins o incrustaciones. El uso de aparatología fija o removible valorarlo considerando la alteración motora y cognitiva.
El programa preventivo de salud dental, incluye:

a) Cepillo dental e hilo dental.
b) Aplicaciones tópicas de flúor, enjuagues de flúor o de clorhexidina.
c) Selladores en puntos y fisuras.
d) Consejo dietético.

El odontólogo debe: identificar las necesidades del paciente, formular programa preventivo individualizado al paciente, comunicarlo adecuadamente a los padres y enfatizar en la prevención de las enfermedades orales, para asegurar la buena salud bucal al paciente.

III. RETRASADO MENTAL.

Son retrasados mentales aquellas personas con desarrollo anormal de los problemas psíquicos fundamentales, cognoscitivos superiores, o sea que tienen defectos estables de su actividad

cognoscitiva (la percepción, los procesos voluntarios de la memoria, el pensamiento lógico-verbal, el lenguaje y otros), por lesión orgánica cerebral.

En forma práctica es compleja la atención odontológica a este paciente. En su gran mayoría, son severamente afectados en la función motora (debilidad muscular, espasticidad o flacidez, escasa coordinación vasomotora, temblores o rigidez y afectación de los músculos masticadores y del cuello).
Las alteraciones bucales más frecuentes en estos pacientes:

- Caries Dental.
- Malformaciones de dientes y maxilares.
- Arcos dentales angostos, largos, con paladares profundos en los pacientes con PC, en atetósicos, maloclusión grave, macroglosia, enfermos con Síndrome de Down, Complicaciones de deglución y el habla.
- Dientes y huesos pobremente calcificados.
- Encías hiperplásicas e inflamadas (en respiradores bucales y epilépticos).
- Encías hiperplásicas en pacientes tratados con tratamiento con Fenitoína.
- Bruxismo.
- Cálculo supra y subgingival.
- Periodontopatías severas.
- Terceros molares retenidos y semi retenidos. Infecciones micóticas.
- Sepsis oral generalizada.
- Quistes periodontales y residuales.

El tratamiento estomatológico no convencional, bajo anestesia general, se hará en los servicios hospitalarios, se aplicará a pacientes con RM Severo y profundo, y los de otras categorías que no cooperen. Para la atención estomatológica no convencional pacientes con retraso se debe programar semanalmente según se considere necesarios y factibles en cada lugar.

El tratamiento odontológico para estas personas con RM ajustarlo a la inmadurez social, intelectual y emocional. Estos pacientes tienen reducido tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional errática.

➢ **RETRASO MENTAL LIGERO:**

Estos pacientes pueden ser tratados como cualquier individuo normal. Un aspecto negativo es el exceso de saliva y su intranquilidad, recomendable la cita sea en la mañana pues están frescos y no tienen la agresividad que aparece al cambiar el medio; pedir que sean traídos a la consulta bajo efectos de los medicamentos si toman algún sedante.

➢ **EN RETRASO MENTAL MODERADO, GRAVE O SEVERO.**

El proceder es modulado por la necesidad y posibilidad, a veces es se tratan con abre boca, taco de goma o dedil de acrílico para poder realizar la actividad. Es importante el ingenio sin afectar la calidad del tratamiento, se necesita la ayuda muy eficiente del técnico de atención que asista en la consulta para preparar instrumental y materiales antes de tocar al paciente y que todo fluya adecuadamente.

Entre los materiales obturantes que mejor resultado nos han dado con estos pacientes, están en el siguiente orden:

a) Ionómero vítreo con o sin limalla de plata.
b) Policarboxilato con limalla de plata.

Estos materiales obturantes tienen la ventaja que aunque no podamos hacer las cavidades terapéuticas con todos los requerimientos, podemos hacer los procederes habituales, pero el uso de resinas no es recomendable a causa de la sialorrea, la intranquilidad y la imposibilidad de aislamiento. Quedaría solo para dientes anteriores en determinados casos y preferiblemente la autopolimerizable. Lo más importante es lograr la prevención en estos pacientes desde que nacen, con patrones de higiene bucal establecidos para ellos y para sus padres, dándole reglas de conductas higiénicas como el cepillado, frotación de la superficies de los dientes con una gasa, algodón, o un paño muy limpio que se use para este efecto. Aplicar laca flúor o barnices preventivamente así como flúor en enjuagatorio o dentífrico para prevenir la caries.

Algunos casos hay experiencia, de RM ligeros pueden ser rehabilitados protésicamente.

Aclarando que debe incluir la opinión del psiquiatra. Se ha demostrado eficacia al establecer relaciones paciente-odontólogo armónicas y reducir la ansiedad del paciente acerca de la atención odontológica:

Antes de iniciar el tratamiento, presente al paciente al personal del equipo asistencial eso reducirá el temor del paciente a lo "desconocido".

Hable con lentitud y con términos sencillos, asegurándose que sus explicaciones son comprendidas y pregunte al paciente si tienen alguna duda.

Dé una instrucción cada vez, felicite al paciente al terminar cada procedimiento.

Escuche atentamente al paciente; el odontólogo deberá ser particularmente sensible a gestos y pedidos verbales y hacer sesiones cortas.

Avance gradualmente hacia procedimientos más difíciles luego de que el paciente se haya acostumbrado al ambiente del consultorio, programar la atención a horas tempranas del día, cuando todos están menos fatigados.

IV. SÍNDROME DE DOWN.

Se desconocen causa y se diferencian en dos grupos, los factores hereditarios y ambientales. En familias con antecedentes de síndrome de Down hay un 4% de posibilidades de que se vuelva a presentar con más frecuencia que familias sin esta característica. En factores ambientales se tiene las enfermedades maternas como rubeola, hepatitis en la gestación, déficits vitamínicos, exposición a radiaciones, a agentes químicos y la edad (mujeres mayores de 35 y hombres mayores de 54 años).

➢ CLÍNICA.

A nivel general: Tronco corto, extremidades largas, piel seca, manos pequeñas, ausencia de surco palmar y meñique arqueado hacia dentro.

A nivel extra oral: Cara redonda y aplanada, falta de desarrollo del tercio medio de la cara, perfil cóncavo, nariz plana, surco epicántico pronunciado, ojos separados, inserción baja de orejas, pómulos marcados, labios gruesos. Nivel cognitivo todos presentan RM.

A nivel sistémico: Trastornos cardio-vasculares, el 40% de los afectados tiene alguna alteración a ese nivel, desde soplos asintomáticos hasta cardiopatías importantes, tener siempre presente la premedicación para endocarditis bacteriana.

Alteraciones inmunohematopoyéticas: tienen la inmunidad deteriorada son más susceptibles para enfermedad periodontal. Intraoral tienen maxilar poco desarrollado, paladar ojival y tamaño mandibular normal. Los dientes tienen coronas pequeñas y raíces cortas y fusionadas. Son frecuentes las hipoplasias de esmalte y alteraciones en el número de los dientes, agenesias de incisivos laterales superiores y segundos premolares inferiores. Pueden tener supernumerarios, bruxismo es frecuente.
Dentro de las mal oclusiones tienen clase III con mordida cruzada anterior, por falta de desarrollo del tercio medio de la cara que favorece un maxilar hipoplásico con un tamaño mandibular normal, también son frecuentes las mordidas cruzadas posteriores uní o bilaterales.

➢ MANEJO ODONTOLÓGICO:

El manejo de conducta según el retraso mental que presenta y con las técnicas habituales; profilaxis antibiótica endocarditis bacteriana en el caso indicado; higiene estricta por la aparición y evolución precoz del problema periodontal; férulas para bruxismo y aparatología ortopédica- ortodóntica para tratar la maloclusión.

V. PARALISIS CEREBRAL.

➢ **ETIOLOGÍA:** Factores ambientales que actúan en cualquiera de estas 3 etapas:

A. Prenatal: Infecciones, agentes físicos, fact. Maternos edad.
B. Perinatal: Prematuridad peso menor a 2.5 mg, anoxia neonatal 10-15' en ausencia de oxígeno producen daños a nivel cerebral compatibles con la PC.
C. Postnatal: Meningitis, infecciones y traumatismos.

➢ **DIAGNÓSTICO:**

Primero síntomas aparecen antes de los 3 años de edad, período en el cual el niño debe desarrollar destrezas motoras, y no lo consigue. Hay un desarrollo motor lento, tono muscular irregular y postura irregular.

➢ **TRATAMIENTO:**

No tiene tratamiento curativo actualmente. El plan de tratamiento es individualizado. Lo más importante es la prevención y un diagnóstico precoz.

➢ **MANIFESTACIONES CLÍNICAS ORALES:**

No existe un problema odontológico típico de la PC, pero si manifestaciones.

- Retraso Eruptivo: Se da tanto en dientes temporales como en permanentes.
- Hipoplasias Del Esmalte: Alteraciones en la estructura del esmalte causadas en el momento de actuación de la noxa.
- Caries: prevalencia de caries en Dientes Temporales y Permanentes, y el CAOD, es mayor en pacientes con PC, que en sanos, hay más caries, más dientes extraídos por: Falta de higiene oral adecuada, autolisis insuficiente o nula, Elevado nivel de estreptococos mutans y lactobacilos, Disminución del flujo salival y la capacidad buffer de la misma, Dietas cariogénicas, blanda y pegajosa, uso de antibióticos edulcorados y mal posiciones dentarias.
- Traumatismos Dentales. En los incisivos superiores tiene una alta prevalencia. Por su motricidad alterada le es más fácil caer sin apoyar las manos y además sufren caídas debidas a crisis epilépticas.
- Periodonto: Hay una mayor prevalencia de patología periodontal respecto a la población normal.

- Gingivitis, Pérdida de inserción y pérdida ósea, Hiperplasia gingival y Gingivitis hiperplásica papilar.

La falta de una adecuada higiene oral favorece la aparición la gingivitis, periodontitis, pérdida de inserción y pérdida ósea agravada por el bruxismo. Se desarrollan graves hiperplasias gingivales por los anticonvulsivantes usados en la epilepsia, el estado periodontal, también agravado en pacientes respiradores orales y es frecuente las infecciones por candidiasis.

- Maloclusiones: mordida abierta y resalte; el retrognatismo mandibular, favoreciendo la estrechez maxilar. El alejamiento de las bases óseas genera una sobreerupción de los molares para no perder el contacto, aumentado la altura facial inferior.

- Babeo: No es exclusiva de pacientes con P.C.I, pero sí muy frecuente, por una alteración en la función deglutoria. No tiene control de labios ni la lengua y se ve el antiestético babeo. Las terapias reeducan la función deglutoria, con ejercicios activos y pasivos, refuerzos, para sincronizar los movimientos y mejorar la efectividad, si la mordida abierta es grave no permite el contacto de los maxilares, El tratamiento depende del grado de maloclusión, el inicio precoz para menor deformidad y de la capacidad cognitiva del paciente para su colaboración.

- Bruxismo: en este grupo de pacientes se presenta con una elevada incidencia.

➢ MANEJO ODONTOLOGICO:

Son los pacientes que más difícil es tratar con ellos por muchas complicaciones, grandes maloclusiones, alteraciones respiratorias, posturales y deglutorias.

- Postura: será difícil tratarlos en el sillón, depende de sus deformidades están en sillas o carros adaptados, pero siempre que se pueda acomodar en el sillón, trabajará mejor. Por la tendencia a estirar la cabeza y llevar mentón hacia arriba todo lo que se le introduce en la boca lo sacan con la lengua: Colocar la cabeza a 40° respecto al tronco, los instrumentos pasarlos por debajo y delante, si se hace por arriba volverá a estirar la cabeza.

- Alteración de la Respiración: respiradores orales por lo que se debe trabajar con dique de goma dejando un respiradero, y descansando para disminuir la ansiedad.

- Alteración de la deglución: predomina la musculatura extensora, la cabeza se adelanta y se protruye la lengua, hay un cierre imperfecto del orificio traqueal al deglutir, por lo que con la manipulación aparece la tos, también dificulta impermeabilizar el sistema de obturación de la laringe, ante mucha agua se atragantan, hay que tener extremo cuidado durante la profilaxis. No hay control en el

descenso de los alimento por la faringe, con el peligro de que se traguen cosas debe usarse dique.

Cuando los músculos elevadores se contraen cierran la boca y es imposible abrirla requiriéndose de abrebocas para abrir además relajar los maseteros presionando con el dedo sobre su borde anterior.

La protrusión lingual se evita presionando con el dedo detrás de la mandíbula en el piso de boca, hacia arriba y delante.

La amalgama produce menos posibilidad de filtraciones y hacer todos aquellos tratamientos que el paciente acepte, y sus condiciones físicas y sistémicas lo permitan, instaurando un tratamiento preventivo y control de dieta y programas de reeducación miofuncional con el apoyo de terapeutas.

VI. AUTISMO.

Dificultades para interactuar socialmente, no logran comprender los códigos sociales, el significado de los cambios en el tono de voz, las expresiones faciales, no obtienen información del estudio de nuestra mímica y evitan todo contacto visual por lo que tienen problemas en la comunicación verbal y no verbal y aparición de comportamientos reiterativos o intereses limitados u obsesivos. Presentan tendencias solitarias, buscan el aislamiento y pueden confundirse con timidez, falta de atención y excentricidad, muchos con conductas repetitivas, se mecen, se retuercen, aletean las manos o frotan superficies, caer en conductas autolesivas como morderse o golpearse la cabeza, puede tener baja sensibilidad al dolor, siendo más sensibles a los ruidos, tacto u otros estímulos sensoriales, no les gusta ser acunados o abrazados. Muestran intereses restringidos y un período de atención breve, pudiendo manifestar una conducta hiperactiva o totalmente pasiva.

Los niños autistas tienen riesgo de padecer otro tipo de patologías coexistentes como: síndrome de X frágil (retraso mental), esclerosis tuberosa (crecimiento de tumores cerebrales), convulsiones o epilepsia, síndrome de Tourette (trastorno neurológico caracterizado por movimientos repetitivos, estereotipados e involuntarios), discapacidades de aprendizaje y trastornos de déficit atencional.

➢ MANIFESTACIONES ORALES:

No hay una manifestación oral específica en los pacientes con autismo, presentan: Caries dental aunque como en la población normal, bruxismo, maloclusiones y autolesiones, tanto a nivel intraoral como extraoral.

- **MANEJO ODONTOLÓGICO.**

Los pacientes autistas son los más complicado a nivel de manejo de conducta por la dificultad de comunicación hay que usar el ingenio para que sean capaces de entender y conseguir que confíen en el odontólogo, que colaboren y que no se auto agredan.

Con los objetos reales y las fotografías, con ello se irá desglosando los procesos odontológicos en los pasos necesarios para que entienda todo lo que se hará, sepa cuanto va a durar, por explicarle el tiempo contado de cada acción, y anticipar el siguiente paso. Los procesos se repiten las veces necesarias para que sepa cómo va a transcurrir y lo que va a pasar.

Crear un ambiente libre de ruidos y de distracciones, por la capacidad de atención muy limitada y el flujo de personas en el gabinete debe ser mínimo o nulo, siempre ser atendido por las mismas personas y en el mismo lugar, ya que cualquier cambio genera inseguridad, ansiedad y favorece las conductas evasivas.

No se debe premedicarse vía oral con benzodiacepinas porque muchas veces genera efecto rebote, estar muy pendientes de la cavidad oral por problemas infecciosos o de caries activa.

Establecer visitas rutinarias pues aumenta la confianza del paciente, y favorece la intervención. Es mejor hacer siempre tratamientos preventivos poco complicados y agresivos, que esperar a tener que hacer tratamientos más complicados y complejos.

Respecto al tratamiento farmacológico intentar no dar antibióticos rutinariamente, porque destruyen la flora, lo ideal es combinar su administración con liolactil durante dos meses. Tener cuidado con el Ibuprofeno y el Acetaminofén, se prefiere dar diclofenaco sódico.

VII. PACIENTE SORDO:

Tradicionalmente se pensaba que la sordera evidenciaba estupidez y les negaban derechos fundamentales, incluso en la familia rechazaba al niño. El oír y el hablar están relacionados en el desarrollo del individuo y puede alterar la conducta de éstos. La sordera se ha acompañado por mucho tiempo de falta de habla, y el paciente es desligado del contacto social y oportunidades para el aprendizaje. La comunicación entre el clínico y el paciente es esencial, la audición representa sólo una parte del proceso; mediante la comunicación no verbal, la percepción y agudos poderes de observación, pueden lograrse unos niveles efectivos para el tratamiento odontológico de los pacientes sordos.

- **SORDOS:** Son aquellos a quienes el sentido del oído no les funciona para las actividades cotidianas. Se dividen en dos tipos, que se definen por el tiempo en que se produjo la pérdida de audición:

A. **Sordos congénitos**: nacieron sordos.
B. **Sordos adventicios o adquiridos**: nacieron con oído normal pero éste se lesionó por enfermedad o accidente.
C. **Sordos parciales**: Son aquellos que tienen sentido del oído, que aunque defectuoso, desempeñará su función con o sin aparato especial.

Las personas con pérdidas de audición de leve a moderadas, en el rango de 25-65 decibelios, son incapaces de entender todas las palabras durante los niveles conversacionales normales. En cuanto a la localización de la pérdida, la sordera se puede clasificar en:

A. Conductiva: lesión a nivel del oído medio.
B. Sensoneuronal: se afecta el caracol y las vías centrales.

➢ CAVIDAD ORAL EN EL PACIENTE SORDO:

El paciente sordo tiene alteraciones de su cavidad bucal: hipoplasia y desmineralización dental, con la causa de la deficiencia sensitiva, por ejemplo la rubéola o la prematurez.

Existe una mayor incidencia de bruxismo, sobre todo cuando se une a otra incapacidad (sordo-ciego), en muchos casos este hábito parafuncional aparece durante los momentos de vigilia en los periodos de inactividad para suplir el vacío sensorial dejado por las incapacidades.
Los niños sordos suelen presentar mala higiene bucal.

➢ MANEJO CLÍNICO DEL PACIENTE SORDO:

El manejo clínico debe hacerse con paciencia se hace uso del intérprete que son los padres. Se dice en la historia el déficit auditivo y otras asociaciones físicas o psicológicas.

La atención al sordo en la clínica dental es de equipo: el paciente, el odontólogo, el auxiliar, padres y educadores.

En la primera visita a la clínica mostrar libros y folletos que le de imagen realista de lo que se hará o el modelado para que él lo imite; el auxiliar debe conducirle al sillón dental; el odontólogo, el auxiliar y el intérprete deben ubicarse de tal forma que el paciente pueda verlos con facilidad.

El odontólogo y el auxiliar se comunicarán con el mediante gestos, expresiones faciales y formación lenta de la palabra, para evitar que el paciente se sienta aislado.

Una caricia o un apretón de manos es un refuerzo positivo para el paciente.

Deben explicar lo que sucede, al paciente, los instrumentos y el equipo, le informará de las vibraciones, que debidas al equipo va a sentir, La secuencia de trabajo será siempre mostrar-hacer.
El dique de goma en los procedimientos dentales puede generar un comportamiento negativo, aumentando así el aislamiento y la ansiedad.

Durante las explicaciones es aconsejable no usar mascarillas pues impiden ver los gestos, así como leer los labios.

El lenguaje corporal y la expresión facial juegan un papel muy importante en la comunicación con el paciente sordo.

VIII. PACIENTE CIEGO:

Capacidad visual es individual para cada persona y es la facilidad que se tiene para analizar los estímulos visuales que llegan al cerebro y dan la respuesta correcta.
La ceguera congénita es rara, pero muchos individuos pierden la vista durante la infancia por causas evitables.

➢ ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A DÉBILES VISUALES E HIPOACÚSTICOS:

Debemos ganar la confianza del paciente para lograr que cooperen con el tratamiento estomatológico convencional. Apoyarse en los otros sentidos para llevarlos al convencimiento de aceptar el tratamiento y apoyarse del ser con que ellos se relacionen y que ellos quiera esto es indispensable para la seguridad emocional del paciente pero es más difícil la combinación de tener afectado el oído y la visión. Estos pacientes ocuparan mucho más tiempo sobre todo en la infancia solo con buen entrenamiento y educación, aceptan el tratamiento odontológico. Importante ganar su confianza y no siempre se logra en la primera consulta.

➢ EVALUACIÓN DEL PACIENTE DISCAPACITADO:

El odontólogo que sea capaz de evaluar las necesidades y manejar clínicamente al discapacitado tendrá éxito en el tratamiento. Son necesarios estos requisitos al profesional:

a. Conocer la situación discapacitante en salud general y bucal.

b. Comprender las implicaciones discapacitante sobre el futuro del paciente.

c. Comprender el pronóstico futuro del paciente al evaluar dieta, higiene e historial odontológico y determinar la necesidad del paciente de poseer una dentición funcional y estética.

➢ ATENCIÓN ODONTOLÓGICA AL PACIENTE DISCAPACITADO:

Los factores importantes para el manejo del discapacitado son compresión, compasión y paciencia. El odontólogo debe tener un conocimiento activo de la psicología y mucha experiencia práctica, en la consulta de un paciente con discapacidad, las ansiedades suelen ser mayores, debido a una incapacidad para comunicarse o a un impedimento físico, que las de un paciente normal.

Las metas y objetivos del examen odontológico las mismas que se tienen con un paciente normal. La primera cita es la más importante y preparará el campo para las citas futuras, debe disponer tiempo para hablar con los padres y el paciente antes dela atención dental, disminuirá la ansiedad de ambos y establecerá buena comunicación con ellos.
Los formularios de consentimiento deben estar llenados y firmados por los padres, responsable o tutor. El odontólogo debe dar breve paseo por el consultorio antes del tratamiento para familiarizarlo con el diseño y mobiliario, y reducir el temor a lo desconocido, hablar despacio y con términos sencillos y Asegurarse que las éxplicaciones son entendidas por el paciente, dar solo una instrucción a la vez, Felicitar al finalizar exitosamente una acción, escuchar cuidadosamente al paciente, hacer sesiones cortas con progreso gradual a procedimientos más difíciles, Citar en las primeras horas del día.

En impedimento físico y que el paciente se encuentra en silla de ruedas conviene atenderlo en ella o el odontólogo hará esfuerzo por mantener la cabeza del paciente estabilizada durante todo el tratamiento en algunos casos necesitara sujetadores para evitar movimientos de sacudidas de las extremidades y debe evitar movimientos bruscos, ruidos y luces sin advertir antes al paciente, así minimizar las reacciones reflejas por sorpresa.

➢ EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD:

La prevención en salud bucal es uno de los aspectos más importantes. Existen tres componentes esenciales en un programa preventivo:

- Reclutamiento. Parte del programa que alerta al padre o al supervisor institucional acerca de las necesidades cotidianas en higiene bucal de la persona con discapacidad.
- Educación. hace hincapié en los puntos sobresalientes de la salud bucal y su mantenimiento que posibiliten al encargado realizar las técnicas de fisioterapia bucal particular en el hogar.
- Seguimiento. Para vigilar el estado de salud dental del paciente y la calidad fisioterapéutica hogareña diaria.

En casos que el paciente con discapacidad comprende la importancia de la higiene bucal, la situación incapacitante determinará si será capaz de utilizar un cepillo dental por sus propios medios o no. hay algunos cepillos dentales modificados para facilitar el manejo de los mismos por los discapacitados.

La técnica de cepillado debe ser eficaz pero sencilla, y la más recomendada es el método horizontal.
La dieta es esencial en el programa preventivo, y debe ser evaluada, entendiendo que cada caso en particular necesitará características independientes para cada paciente (por ejemplo, un paciente con dificultades para tragar, como ocurre en parálisis cerebral grave, necesitará una dieta blanda, tipo puré o papilla). Modificar la situación de que los padres dan a sus hijos golosinas y dulces muy frecuentemente, Las terapias con fluoruros se pueden implementar igual que con pacientes normales, la técnicas de sellado de fosas y fisuras en niños. Hay que educar al paciente, si su condición de salud lo permite, o a su familia, en todo lo concerniente al cuidado diario de la boca y al control periódico en un consultorio dental. La educación deberá desarrollarse en forma multidisciplinaria, que todos sus componentes estén relacionados y comprometidos al alcance de todos quienes desean ocuparse, sean de instituciones oficiales o privadas.

Si la prevención es la base de la odontología del futuro, es una apertura a la simplificación del problema de la atención buco-dental y de salud para personas con discapacidad, es una razón para aplicarse en ellos, más que en ningún otro y en toda su magnitud, las diversas técnicas preventivas lo más tempranamente posible.

Anexo 9. SALUD ORAL DE PACIENTE GERIATRICO.

I. EVALUACIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL.

Dentro de la evaluación geriatrica integral, se debe realizar la revisión de la cavidad bucal sistematizada comenzando por los labios, la comisura labial, mejillas, carrillo, dientes, encias, area retromolar, piso de la boca, superficies ventral y dorsal de la lengua, paladar y la orofaringe, esto asegurará se identifiquen lesiones tempranamente. Remover las protesis dentales para evaluar cavidad bucal de mejor manera, buscando estomatistis protesica, úlceras traumáticas o hiperplasia de la mucosa en la periferia de la prtotesis.

La mayor causa de la perdida de dientes en los adultos mayores es caries en la que tiene papel decivo la higiene bucal, se clasificada en: **Caries coronal:** se observa zona de color marrón o café oscura con destrucción, cavitación y presencia de tejido reblandecido en la corona del diente, inica en el esmalte y continúa en la dentina. **Caries radicular**: zona de cavitación y reblandecimiento de color marrón o café, en la raiz del diente, en la linea de unión corona/raiz avanzando hacia la dentina radicular y secundaria a la exposición bucal del cememto por retracción gingival fisiologica, envejecimiento o enfermedad periodontal previa.

Se debe considerar la presencia de los factores de riesgo en ellos: Recesión gingival, exposición radicular, aún cuando ya no exista recesión, bolsas periodontales donde las bacterias tengan contacto directo con superficie radicular del diente, el acumulo de placa bacteriana en la superficie radicular, dieta carigénica, hábitos deficientes de higiene bucal, xerostomía, disminución de habilidaes motoras requeridas para higiene adecuada, factores médicos, psiquiatricos y sociales agregados.

Fomentar la remoción de placa bacteriana en todos los adultos mayores pueden usar cepillo dental adecuado y aditamentos que mejoren la presión del mango del cepillo dental. el uso de clorhexidina por su acción antibacteriana. Enfocarse en medidas preventivas mas que en las curativas.

Los principales padecimientos que son los responsables directa o indirectamente de la perdida de los dientes son: **La caries dental y enfermedad periodontal**. La ausencia de dientes afecta la habilidad de los pacientes para masticar y suele tener alteraciones en el proceso digestico y tener como consecuencia la malnutrición, además puede causar depresión, aislamiento y afectar la calidad de vida del adulto mayor.

Se deb reforzar promover la prevención en grupos mas vulnerables, mejorar acceso a servicios odontologicos al menos 2 veces al año de manera preventiva. Pues hay una alta prevalencia de edentulia sin rehabilitación protesica fomentar medidas educativas y sociales y promover el uso de protesis entre los adultos mayores.

La candidiasis bucal es frecuente en ancianos con trastornos medicos y estados de inmunosupresión, entre los factores de riesgo estan: quimioterapia, radioterapia de cabeza y cuello, leucemia y otros trastornos linfoproliferativo, infección por VIH, uso de corticoesteroides inhalados o sistémicos, diabetes mellitus de larga evolución, malnutrición, uso crónico de antibioticos, protesis bucales desajustadas, xerostomía, entre otros.

Formas de presentacion de Candidiasis:

- **La Candisiasis pseudomebranosa aguda o crónica**, hay placas balnquecinas que se desprenden mediante raspado con la que queda expuesta una base eritematosa, aparecen en mucosa de labios, paladar, lengua y orofaringe, suele ser asintomatica, aunque a veces puede haber sensación de lengua algodonosa, halitosis, dolor ardoroso durante la masticación y disfagia.
- **La candidiasis eritematosa o atrofica aguda o crónica, también llamada estomatitis subprotesica**, se caracterisa por lesiones en mucosa con eritema difuso sin placas blanquecinas, es dolorosa y localizada con frecuencia debajo de la protesisi dental. En la actualidad es la forma mas frecuente de presentación. Suele ser asintomatica y en ocasiones puede producir ardor.
- **La queilitis angular**, enrojecimiento intenso de comisuras labiales, fisuras doloras al abrir la boca y formación de costras. Es mas frecuente por las arrugas, edentulia, xerostomía, deficiencias vitaminicas y hierro, entre otras.

El tratamiento de la candidiasis bucal se basa en: diagnóstico precoz y certero de la infección, corrección de factores predisponentes o enfermedades subyacentes, determinar tipo de infección candidiasica y Empleo de farmacos antifúngicos adecuados.

Se ha asociado con enfermedad cardiovascular, descontrol metabolico de la diabetes mellitus, retraso en la cicatrización de heridas y neumonía por aspiración, de alli la importancia de su detección y tratamiento oportuno con los objetivos reducir y eliminar la inflamación resultante y detener la progresión de la enfermedad y requiere de la eliminación la acumulación bacteriana alrededor de los dientes, el medico dara terapia complementaria en el control de los factores de riesgo como en diabetes, eliminar tabaquismo, uso de antibioticostopicos o sistémicos de acuerdo a severidad de la peridontitis, regular la respuesta del huesped disminuyendo enzimas inflamatorias que causan la resorción osea y de tejido conectivo, medidas de aseo bucal, enjuagues con clorhexidina al 0.12%.

- **Enfermedad periodontal y relación con trastornos cardiobasculares y cerebrovasculares**. Las bacterias peridontales son factores de riesgo para enfermedades como: cardiopatía isquemica crónica, infarto del miocardio, evento cerebrovascular, hipertensión arterial, ateroesclerosis y enfermedad vascular periferica y eventos cerebro-vasculares.

- **Enfermedad periodontal y su relación con diabetes mellitus**. hay cambios por daño microvascular a este organo, proporcional al daño crónico del resto del organismo se

relaciona con enfermedad periodontal como factor de riesgo de no lograr un control metabólico óptimo en estos pacientes, se debe insistir en la importancia del control glucémico y revisión constante de la cavidad bucal.

- **Enfermedad priodontal y su relación con la neumonía intrahospitalaria.**. La principal entrada de los microorganismos al pulmón es la cavidad bucal, factores de riesgo importante son la higiene dental deficiente y la enfermedad periodontal. En la cavidad bucal de un paciente intubado, los microorganismos se encuentran adheridos con mayor frecuencia a la lengua y el paladar. significa que incluso solo la limpieza mecánica de la lengua y el paladar ayuda a prevenir la neumonía por aspiración. El primer paso en la higiene oral consiste en mantener hidratada la cavidad bucal. un trozo de gasa envuelto alrededor del dedo puede ser una herramienta de limpieza, siendo mejor utilizar un pincel de esponja o un cepillo ordinario con la ayuda de agentes antisépticos.

- **Enfermedad priodontal y su relación con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).** Hay unaumento del riesgo de padecer EPOC hasta un 50% mas, por una mala salud periodontal, un cuidado dental deficiente y un pobre conocimiento de la salud oral pues favorecen las exacerbaciones de la EPOC. La profilaxis y el tratamiento periodontal aumentan la eficacia del tratamiento de esta última.

  Sus principales consecuencias negativas son: disminución del sentido del gusto, dificultad en la masticación, alteración de los patrones de alimentación, incapacidad para deglutir, riesgo de desnutrición en el paciente geriatrico, presencia de úlceras bucales, inflamación, caries radicular, candidiasis, dificultad para la permanencia de las protesis dentales y dolor en las glandulas salivales, favorece el crecimiento bacteriano.

  Como parte del del manejo se recomienda: Ingesta de liquidos, sustitutos salivales, estimular la salivación con limón o goma de mascar, evitar irritantes como café, alcohol, tabaco, visitas al odontologo cada 3 meses, reforzar técnicas de higiene bucal: el uso de cepillo dental con cerdas suaves, pastas dentales con fluoruros, uso del hilo dental y enjuagues bucales.

El proceso de envejecimiento, la exposición a factores oncogenenéticos de la cavidad bucal (Ej. Tabaco, alcohol, exposición a radiación ultravileta, virus del papiloma humano, virus Epstein Bar, entre otros) son factores de riesgo para desarrollar lesiones potencialmente malignas o cancer en cavidad bucal y supone el 4% de todos los canceres del organismo. mas común en labio y lengua, el carcinomaepidermoide es el mas frecuente, otros son el carcinoma verrugosos, de celulas fusiformes, melanoma y adenocarcinoma. El cáncer de lengua y labio se son lesiones primarias seven como lesiones ulcerativas o exofiticas dolorosas.
El método mas efectivo para combatir el cáncer bucal es la detección temprana para erradicar lesiones en estadíos tempranos. Correlacionar la historia médico-dental con factores de riesgo y cambios clinicos para identificar oportunamente el cáncer o lesiones

potencialmente malignas. Ante la sospecha o el resultado positivo al **azul de toluidina** se recomiendan enviar al especialista para realizar biopsia.

Con la edad aumentan las enfermedades cronica degenerativas y el uso de fármacos, las reacciones adversas y las complicaciones orales por los medicamentos. Los efectos adversos de la cavidad bucal, incluyen: Xerostomía (80.5%), alteraciones del gusto (47.5%) y estomatitis (33.9%).

- **Fármacos xerostomía**: Analgésicos (tramadol y otros opioides), antihistamínicos (clorfenamina), antihipertensivo (captopril, enalapril), diureticos (tiazidas y furosemide), antineoplásicos ((radiación y quimioterapia), antiparkisionanos (levodopa), agentes antireflujo (omeprazol), ansioliticos (benzodiacepinas) antipsicoticos (haloperidol), anticolinérgicos (imipramina), relajantes musculares. Se recomienda para el tratamiento uso de de saliva artificial, chicles libres de azucar y humectantes de labios y ingesta mayor de liquidos, evitar café, tabaco y alchohol.

- **Fármacos que causan hiperplasia gingival:** Fenitoína, ciclosporina, antihipertensivos (bloqueantes de los canales de calcio (Nifedipina y amlodipino). El único tratamiento para eliminar la hiperplasia gingival inducida por fármacos es la gingivectomía (cirugía), con la eliminación del fármaco se detiene el crecimiento pero no elimina la hiperplasia.

- **Fármacos que causan alteraciones en la mucosa bucal:** Algunos fármacos pueden causar alteraciones en la mucosa oral (carrillos, piso de la boca, lengua, paladar) dentro de las principales lesiones se encuentran:
  - **Las reacciones liquenoides,** caracterizadas pormanchas blancas , estriadas en placa o reticulares y lesiones erosivas o eritematosas, los fármacos que lo pueden desencadenar son: antibioticos (todos), antihipetensívos (verapamilo), anticonvulsionantes (barbituricos), antidepresivos (carbamacepina), diureticos (furosemida), analgésicos (ibuprofeno), antiparkisonianos(levopoda).
  - **Eritema multiforme** efecto adverso mas comun en el anciano, se carateriza por lesiones eritematosas y vesiculo ampollares, algunos de los fármacos que lo causan son: Analgésicos (codeina), anticonvulsivos (barbituricos), antibióticos (eritromicina, sulfas, cirpofloxacino), antihipertensivos (captotril, enalapril), antimicóticos (amfotericina B), hipoglucemiantes (metformina, acarbosa) y antisicóticos.
  - **La mucositis** es una alteración bucal que ocurre como consecuencia del tratamiento antineoplásico (radioterapia, quimioterapia) se caracteriza por una inflamación de la mucosa bucal.
  - **El pénfigo** fármacos que pueden inducir una lesión bucal del tipo penfigo son: antibioticos (penicilina), antihipertensivos (captotril, enalapril), analgésicos (diclofenaco, piroxicam).
  - **Tratamiento** se debe reducir la dosis del fármaco o sustituirlo, remitirlo al médico que prescribe dicho fármaco y utilizar además esteroides sistémicos y tópicos.

Factores etiológicos: alteraciones locales como la inestabilidad provocada por cambios en la oclusión, bruxismo, traumatismos, hiperactividad muscular, enfermedades sistémicas (ej. Artrosis). Signos y síntomas: dolor y sensibilidad a la palpación de la ATM o de los músculos masticatorios, limitación de movimientos mandibulares, sonidos en la ATM y los músculos masticatorios (Crepitación, chasquidos, entre otros), dolor de cabeza, malestar o disfunción auditiva.

El manejo: Excluir enfermedades infecciosas e inflamatorias, reconocer factores agravantes (espasmo, fatiga de los músculos de la masticación, mal oclusión dental, ansiedad, estrés, entre otros), eliminar el bruxismo nocturno con guarda oclusal durante la noche, cuidados odontológicos, ejercicios isométricos mandibulares, tratamiento farmacológico (relajantes musculares, sedantes o antidepresivos tricíclicos al acostarse) y si no hay respuesta son necesarias inyecciones intra-articulares con esteroides y anestésicos o inyecciones de toxina botulínica en los músculos masticatorios. La mayoría de casos de dolor alrededor de la articulación y músculos masticatorios, responden a medidas conservadoras (ejercicios mandibulares, calor local durante 10 a 15 minutos, cuatro veces al día y guardas oclusales nocturnas).

Diversas enfermedades sistémicas pueden provocar un gran número de signos, síntomas y lesiones en la cavidad bucal estas son: enfermedades genéticas, infecciones sistémicas, desordenes inmunológicos, cáncer, trastornos nutricionales, enfermedades del tejido conectivo, gastrointestinales, endocrinas, renales, cardiovasculares, neurológicas, trastornos psicosomáticos y fármacos.

El médico y el odontólogo están obligados a evaluar y disminuir el riesgo de secuelas en la cavidad bucal secundaria o por enfermedades sistémicas, sobre todo en el anciano frágil con reserva homeostática disminuida. Las patologías con mayor énfasis al evaluar la cavidad bucal son: diabetes, enfermedades cardiovasculares, evento vascular cerebral o sus secuelas, sepsis por Gram negativos, endocarditis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica y polifarmacia.

La depresión del adulto mayor contribuye a enfermedad periodontal, caries incluso caries radicular rápidamente progresiva, por el desinterés en esta enfermedad con una higiene bucal ineficiente en muchos caso no realizan un cepillado adecuado o simplemente no lo realizan, además se incrementa el consumo de carbohidratos, disminuyen los niveles de serotonina en sistema nervioso central (SNC), se utilizan antidepresivos tricíclicos o benzodiacepinas relacionados a xerostomía con consecuencias graves. Por lo anterior se debe vigilar la xerostomía, higiene dental y los fármacos que utilicen para evitar agravamiento de problemas bucales con los que cursa el adulto mayor con depresión para un tratamiento integral.

La salud bucal y la nutrición tienen una relación sinérgica bidireccional. La caries puede deberse a una mala nutrición y viceversa, una adecuada respuesta inmune requiere de nutrición adecuada, y las deficiencias de vitamina C, magnesio, folatos y calcio, comprometen la respuesta sistémica y la inflamación del paciente empeorando la enfermedad periodontal. Una enfermedad periodontal no tratada repercute negativamente en el gusto por los alimentos. La inflamación por la enfermedad periodontal causa hiporexia, anorexia y altera las propiedades químicas de la saliva, hay alteración de los requerimientos nutricionales y la misma enfermedad imposibilita al paciente para alimentarse adecuadamente.

Los pacientes con demencia de cualquier tipo el deterioro de la salud bucal es mayor; habiendo relación entre la enfermedad periodontal y Alzheimer y otras demencias. La pérdida dental, por la enfermedad periodontal, se relaciona con el déficit de la memoria reciente o episódica y deterioro cognitivo.

Las alteraciones tiene origen multifactorial: tejidos bucales envejecidos, disminución de las habilidades para proveer un autocuidado adecuado, inadecuada higiene bucal, fármacos que inciden negativamente sobre la función y salud bucal, ignorancia de los cuidadores o personal de salud de la importancia del cuidado bucal en el adulto mayor y problemas sociales (abandono, falta de aporte económico, etc.).

En todo paciente con algún tipo de dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, se recomienda verificar que el cuidado bucal se realice, caso contrario tomar medidas pertinentes para que el cuidador las realice por el paciente.

II. CRITERIOS DE REFERNCIA.

El odontólogo como parte del equipo interdisciplinario de geriatría debe evaluar el estado de salud bucal. El médico debe referir para valoración por odontólogo cada 6 meses a los adultos mayores de 60 años, enfatizando en aquellos con alguna condición médica crónica: diabetes, insuficiencia renal, cáncer, entre otras.

CUADRO 1. ALTERACIONES QUE CONDICIONAN LOS MEDICAMENTOS EN LA CAVIDAD BUCAL.

ANORMALIDAD BUCAL	FARMACO	
Xerostomia	▪ Analgésico de acción central. ▪ IECA. ▪ Antiinflamatorio no esteroideos. ▪ Antiacidos. ▪ Antidiarreicos. ▪ Antirritmicos ▪ Antdepresivos. ▪ Antihistaminicos ▪ Antineoplasicos. ▪ Broncodilatadores.	▪ Diuréticos. ▪ Relajantes musculares. ▪ Analgésicos narcóticos. ▪ Agnetes antitabaco. ▪ Antieméticos. ▪ Agentesd Anti acné. ▪ Ansioliticos. ▪ Anticolinérgicos/Antiespasmódicos. ▪ Antidepresivos. ▪ Sedantes.

	▪ Bloqueadores de canales de calcio. ▪ Descongestionantes.	▪ Anticomisiales. ▪ Anoréxigenos. ▪ Antparkinsonianos. ▪ Antipsicoticos.
Lesiones eritematosas o liquenoides	▪ Fenobarbital. ▪ Carbamazepina. ▪ Fenitoina. ▪ Clorpromida. ▪ Tolbutamida. ▪ Dapsona. ▪ Ibuprofeno. ▪ Fluoresemide. ▪ Captopril.	▪ Hidroclorotiazida. ▪ Quinidina. ▪ Clindamicina. ▪ Sulfonamidas. ▪ Fenilbutazona. ▪ Diflunisal. ▪ Bismuto. ▪ Tetracciclina.
Disgueusia	▪ Anti-inflamatorios no esteroideos. ▪ Medicamentos inhalados (Cromoglicato de sodio). ▪ Agentes cardivasculares (Diltiazem) ▪ Betabloqueadopres (atenol, metoprolol)	▪ Parches de nicotina. ▪ Estimulantes de SNC (dextroanfetamina) ▪ Inhibidores de la anhidrasa carbónica (acetazolamida)
Angioedema	**Inhibidores de la enzima convertidora de angiostensina.** ▪ Captotril, enalapril, lisinopril, moexipril, perindopril, rampiril.	**Antagonistas de los receptores de angiotensina 2.** ▪ Candezartan, irbezartan, telmisartan, valsartan.
Hiperplasia gingival	Antagonista de los canales de calcio. (Nifedipino, Amblodipino)	▪ Anticolvusivantes (Fenitoina). ▪ Cliclosporinas.
Eritema multiforme.	▪ Antibioticos (eritromicina, sulfas, ciprofloxacino, penicilina) ▪ Antinarcóticos (Anfotericina B). ▪ Anticonvulsivos (Carbamacepina). ▪ Barbituricos.	▪ Analgésicos (Codeina). ▪ Clordiazepoxido. ▪ Antihipertensivos (Captotril, enalapril). ▪ Hipoglucemiantess. ▪ Fenibutazona.

Adaptado de: Ciancio SG. Medicatiónsïmpact on oral health J Am Dent Assoc. 2004 Oct;135 (10):1440-8;quiz 1468-9.

SUBDIRECCIÓN DE SALUD

SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD

ENERO - 2017