ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN CLÍNICA EN ODONTOLOGÍA

PUBLICACIÓN 550

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2024

ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN CLÍNICA EN ODONTOLOGÍA

PUBLICACIÓN 550

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2024

NORMA NACIONAL DE ATENCIÓN CLÍNICA EN ODONTOLOGÍA
Programa Nacional de Salud Oral dependiente de la Dirección de Redes de Servicios de Salud, avenida 20 de Octubre, esquina calle Campos Edificio Torre Azul 6° piso, tel/fax 591-2-2434333, http: www.minsalud.gob.bo

R.M.: Nº 0654 de 26 de noviembre de 2024

Depósito Legal: 0-0-0000-00

Elaboración (Anexo Editorial):
Programa Nacional de Salud Oral – Ministerio de Salud y Deportes.

Edición:
PNSO/DGRSS/VGSNS/MSyD

Diseño y Diagramación:
Ministerio de Salud y Deportes.

Revisión:
Dr. Roger Blacutt Paniagua - Responsable PNSO/DGRSS

Revisión Final:
Dr. Yecid Ramiro Humacayo Morales – Director/DGRSS

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones CTRP/DGPPS.
Comité de Identidad Institucional y Publicaciones CIIP/VGSNS.

- Dra. Mariana Camila Ramírez López
- Dr. Juan Marcos Rodríguez Morales
- Dra. Sdenka Maury Fernández
- Dr. Reynaldo Aguilar Álvarez
- Dra. Claudia Reas Mayta.
- Dra. Tania Huanca Uluri
- Téc. Rodrigo Omar Chipana Cortéz
- Téc. Marcelo Martínez Quisbert

La Paz, Programa Nacional de Salud Oral – Comité de Identidad Institucional y Publicación – Viceministro de Promoción Vigilancia Epidemiológica y Vigilancia Epidemiológica – Ministerio de Salud y Deportes – 2024

© Ministerio de Salud y Deportes – 2024

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción, total o parcial, siempre que no sea con fines de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

AUTORIDADES NACIONALES

Maria Renée Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD y DEPORTES

Dr. Max Francisco Enríquez Nava
VICEMINISTRO DE PROMOCIÓN, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y MEDICINA TRADICIONAL

Dra. Mariana Camila Ramirez López
VICEMINISTRA DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD a.i.

Soraya Karen Palenque Gutierrez
VICEMINISTRA DE DEPORTES a.i.

Dr. Yecid Ramiro Humacayo Morales
DIRECTOR GENERAL DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTACIÓN

La atención odontológica, inmersa en el sistema de salud, es un logro en la verdadera atención integral de la persona, familia y comunidad desde un punto de vista netamente fisiológico. Aborda una problemática socioeconómica, disminuyendo el gasto de bolsillo de la población beneficiada, en el cuidado de la salud bucal.

De acuerdo con la Constitución Política del Estado todas las personas tienen derecho a la salud y esto se logra a través del Sistema Único de Salud Universal y Gratuito, sin exclusión ni discriminación alguna, siendo equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social, con los principios de solidaridad, eficiencia integralidad, oportunidad, progresividad y corresponsabilidad, promoviendo un modelo de atención integral de salud.

El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional de Salud Oral, ha realizado la actualización de la Unidad de Enfermedades de la Cavidad Bucal, Glándulas Salivales y Maxilares, creando la “Norma Nacional de Atención Clínica en Odontología” con el propósito de estandarizar el proceso de atención odontológica que se otorga a la población boliviana, reconociendo que la salud bucodental es parte primordial para la salud integral de una persona. Los profesionales odontólogos deben brindar atención odontológica general y especializada, desde la promoción y prevención hasta la atención e inclusive la rehabilitación de la salud oral.

Por todo lo señalado y teniendo en cuenta la prioridad que significa para el Estado Plurinacional de Bolivia la atención en salud bucal, es que, se presenta este documento técnico-normativo como un instrumento operativo, respaldado teórica y científicamente por profesionales expertos e instituciones ligadas al ámbito odontológico académico para la atención integral en todo el territorio boliviano.

María Renée Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Resolución Ministerial Nº 0654

26 NOV 2024

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Parágrafo I del Artículo 35 de la Constitución Política del Estado, dispone que, el Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Que, el Artículo 37 del Texto Constitucional, determina que, el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Que, el numeral 1 del Parágrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías de Descentralización "Andrés Ibáñez", dispone dentro las competencias asignadas al nivel central del Estado elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.

Que, el Artículo 3 del Código de Salud aprobado por Decreto Ley N° 15629, de 18 de julio de 1978, preceptúa que corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

Que, el Artículo 5 del Decreto Supremo N° 29601, de 11 de junio de 2008, establece que el modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

Que, el inciso w) del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo N° 4857, de 06 de enero de 2023 señala como atribución de las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, emitir Resoluciones Ministeriales, así como bi-ministeriales y multiministeriales en coordinación con las Ministras (os) que correspondan, en el marco de sus competencias.

Que, los incisos b) y o) del Artículo 84 del Decreto Supremo N° 4857, determinan como atribuciones de la Ministra (o) de Salud y Deportes, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria del sistema de salud; Elaborar normas y reglamentos para el ejercicio de la profesión en el sector de salud.

Que, mediante Acta de Reunión del Comité de Coordinación Técnica (COCOTEC), de 30 de noviembre de 2023, se valida el documento técnico normativo: "Norma Nacional de Atención Clínica en Odontología".

Que, a través del Acta de Comité de Identidad Institucional y Publicaciones, de 13 de septiembre de 2024, se da la aprobación al documento técnico normativo: "Norma Nacional de Atención Clínica en Odontología", asignando el número de publicación N° 550, dentro la serie Documentos Técnico Normativo.

Que, por Informe Técnico MSyD/VGSNS/DGRSS/PPSON/IT/188/2024, el Programa Nacional de Salud Oral dependiente de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, concluye manifestando que es viable la actualización del documento: "Norma Nacional de Atención Clínica en Odontología"; por lo que, se debe emitir la Resolución Ministerial que permita coadyuvar en la implementación y aplicación del mencionado documento en los Servicios de Odontología de los establecimientos de salud en todo el territorio nacional.

Que, el Informe Legal MSyD/DGAJ/UAJ/IL/1471/2024, de 28 de octubre de 2024, concluye manifestando que es procedente la emisión de la Resolución Ministerial que apruebe el documento técnico normativo: "Norma Nacional de Atención Clínica en Odontología", asignado con el número de publicación N° 550, en cumplimiento a lo dispuesto en los incisos b) y o) del Artículo 84 del Decreto Supremo N° 4857, de 6 de enero de 2023, de Organización del Órgano Ejecutivo; toda vez que, no contraviene a las normas jurídicas vigentes.

POR TANTO:

LA MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 4857 de 06 de enero de 2023, Organización del Órgano Ejecutivo.

R E S U E L V E:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el documento técnico normativo: **"NORMA NACIONAL DE ATENCIÒN CLÌNICA EN ODONTOLOGÌA"**, asignado con el N° 550, que en Anexo forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

ARTÍCULO SEGUNDO.- AUTORIZAR al Programa Nacional de Salud Oral dependiente de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, la impresión del mencionado documento, debiendo depositarse un ejemplar en Archivo Central del Ministerio de Salud y Deportes.

ARTÍCULO TERCERO.- La presente Resolución deberá ser publicada en la Página Web Institucional, http://www.minsalud.gob.bo.

ARTÍCULO CUARTO.- El Viceministerio de Gestión del Sistema Nacional de Salud, a través de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, queda encargado de la ejecución y difusión del mencionado documento.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Abg. Marck M. Salc... Balderrama
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Mariana Camila Ramirez López
VICEMINISTRA DE GESTIÓN
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD a.i.
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Lic. María Renee Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES
Estado Plurinacional de Bolivia

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud, establece dos componentes esenciales para la implementación del Sistema Único de Salud, uno dirigido a la gestión y el otro a la atención, la interrelación armoniosa entre ambos permitirá garantizar la calidad de atención hacia la población boliviana.

Es importante remarcar que los documentos normativos, al ser de cumplimiento obligatorio, no solamente buscan una atención al usuario con equidad y calidad, sino también protección al profesional odontólogo que se acoge en su praxis a este documento y de alguna manera queda vulnerable ante la ocurrencia de eventualidades que estén al margen de la normalidad en la relación causa efecto del proceso salud enfermedad.

Este documento aborda criterios de diagnóstico y de tratamiento, incluye técnicas y procedimientos clínicos, existiendo especificidad y secuencia de los mismos, acorde a la tecnología y avances científicos, que regulan la actuación del equipo de salud de los diferentes establecimientos.

El desarrollo del contenido fue fortalecido por profesionales odontólogos generales y especialistas, representantes de instituciones y organizaciones del área odontológica, a nivel académico y de sociedades científicas.

La primera parte se enfoca al Sistema Nacional de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, desglosando Objetivo General, Alcance, Marco Legal, Alineación Estratégica, Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI, Sistema Único de Salud, Uso de la Clasificacion Internacional de Enfermedades CIE–10, Referencia, Transferencia y Contrarreferencia en el marco de las redes funcionales de servicios de salud, Consentimiento Informado y otros, incorporados en las políticas nacionales que el personal de salud debe conocer ya que son primordiales para comprender hacia dónde se desea avanzar y cómo se pretende abordar la salud y sus determinantes.

La segunda parte comprende los procesos y procedimientos clínicos incluyendo el uso de medicamentos e insumos, los criterios de interconsulta, referencia, transferencia y contrarreferencia en la atención clínica odontológica propiamente dicha, de acuerdo al nivel de atención.

La tercera parte describe fichas técnicas de los procedimientos complementarios para la aplicación de los diferentes tratamientos odontológicos.

CONTENIDO

I. ASPECTOS GENERALES

1. Objetivo general 19
2. Alcance 19
3. Marco legal 19
4. Alineación estratégica 19
5. Política salud familiar comunitaria intercultural - SAFCI 20
6. Sistema Único de Salud 20
7. Uso de la clasificacion internacional de enfermedades CIE – 10 21
8. Referencia, transferencia y contrarreferencia 21
9. Consentimiento informado 21

II. ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, GLÁNDULAS SALIVALES Y MAXILARES

1. Prevención de estilos de vida no saludables 23
1.1. Medidas preventivas relacionadas con estilos de vida no saludables 24
2. Consulta odontológica 25
3. Caries dental 30
4. Caries limitada al esmalte 31
5. Caries de la dentina 33
6. Caries de cemento 35
7. Otras caries dentales 37
8. Pulpitis reversible (Hiperemia pulpar o hipersensibilidad dentinaria) 40
9. Pulpitis irreversible sintomática (pulpitis aguda) 42
10. Pulpitis irreversible asintomática (hiperplásica y ulcerativa) 45
11. Pulpitis irreversible en piezas con epirogénesis incompleta 49
12. Necrosis de la pulpa (gangrena pulpar o necrosis infecciosa)
Degeneraciones de la pulpa (procesos pulpares terminales) 51
13. Periodontitis apical aguda originada en la pulpa (periodontitis perirradicular aguda)
Periodontitis apical crónica (periodontitis perirradicular crónica) 55
14. Absceso periapical agudo sin fístula y absceso periapical crónico con fístula 58
15. Gingivitis asociada y no asociada a placa bacteriana 62
16. Periodontitis crónica y agresiva 66
17. Enfermedad periodontal necrotizante (Gingivitis ulcero necrotizante y
periodontitis ulcero necrotizante) 69
18. Abscesos Periodontales (gingival, periodontal y peri coronal) 72
19. Lesiones Periapicales (granuloma y quiste periapical) 75
20. Retención Dentaria 78
21. Traumatología Buco maxilofacial 82
21.1. Lesiones Traumáticas en Tejidos de Soporte y Estructuras Dentarias 82
21.1.1. Lesiones Traumáticas en Dentición Temporaria 82
21.1.2. Luxaciones en Dentición Temporaria 85
21.1.3. Fracturas Dentarias en Dentición Permanente 87
21.1.4. Luxaciones en Dentición Permanente 89
21.1.5. Avulsión con Ápice Abierto 91
21.1.6. Avulsión con Ápice Cerrado 93

21.2. Fractura Dentoalveolar 96
21.3. Fractura del Tercio Superior del Macizo Facial 99
21.4. Fractura del Tercio Medio del Macizo Facial 102
21.5. Fractura Mandibular 106
21.6. Lesiones Traumáticas de Tejido Blando 109
22. Infecciones Cervicofaciales 112
22.1. Patología Ósea Inflamatoria 112
22.1.1.Alveolitis 112
22.1.2.Osteomielitis Aguda Maxilar y Mandibular 114
22.1.3.Osteomielitis Crónica Maxilar y Mandibular 117
22.2. Infecciones de Origen Dentario 120
22.2.1.Infección Odontogénica 120
22.2.2.Absceso Cervicofacial 123
22.2.3.Complicaciones Infecciosas de Origen Odontogénico 127
22.2.3.1 Celulitis Cervicofacial 127
22.2.3.2 Angina de Ludwing 131
22.3. Infecciones de Origen No Odontogénico 134
22.3.1.Linfadenitis o Adenitis Cervical Dentarias de Dentición Permanente 134
22.3.2.Sialoadenitis Aguda Supurativa o Bacteriana 137
22.3.3.Osteonecrosis por Bifosfonatos 140
23. Patología Bucomaxilofacial 144
23.1. Lesiones Tumorales de Tejido Blando 144
23.1.1.Granuloma Piógeno 144
23.1.2.Granuloma Periférico de Células Gigantes 146
23.1.3.Mucocele y Ránula 149
23.1.4.Papilomas Orales 152
23.1.5.Lesiones Cancerizables Orales 155
23.1.6.Cáncer Oral 157
23.2. Lesiones Tumorales de Tejido Duro 159
23.2.1.Granuloma Central de Células Gigantes 159
23.2.2.Osteoma 161
23.2.3.Displasia Fibrosa Ósea 163
23.2.4.Exostosis 165
23.2.5.Torus 167
23.3. Lesiones Quísticas de los Maxilares 169
23.3.1.Quiste Dentigero 169
23.3.2.Queratoquiste 172
23.4. Tumor Benigno de Origen Odontogénico 174
23.4.1.Odontomas 174
23.4.2.Cementoblastoma 176
23.4.3.Ameloblastoma 178
23.4.4.Mixoma Odontogénico 180
24. Trastornos de la Articulación Temporomandibular 182
24.1. Síndrome de Disfunción Temporomandibular 182
24.2.Luxación de la Articulación Temporomandibular 185
24.3. Anquilosis de la Articulación Temporomandibular 187
24.4.Hiperplasia Condilar 190

24.5. Hipoplasia Condilar 192
25. Malformaciones Dentomaxilares 194
25.1. Fisura Labio Alveolo Palatina (FLAP) 194
25.2. Trastorno del Desarrollo de los Maxilares 197

III. FICHAS TÉCNICAS

1. Profilaxis 199
2. Fluoración tópica 201
3. Sellado de fosas y fisuras 205
4. Tratamiento restaurativo atraumático (TRA) 207
5. Pulpotomía en dientes temporarios 209
6. Pulpotomía en dientes permanentes jóvenes 211
7. Pulpectomía en dientes temporarios sin presencia de procesos infecciosos 213
8. Pulpectomía en dientes temporarios con procesos infecciosos 215
9. Gingivectomía 217
10. Exodoncia 218
11. Acciones en emergencias que se producen durante un tratamiento odontológico 219
12. Instrumental y fármacos para emergencias médicas en el consultorio odontológico 224
13. Principales indicaciones de fármacos para emergencias médicas en el consultorio odontológico 226
14. Radiología dento-maxilofacial 231

ANEXO EDITORIAL 235

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 239

ACRÓNIMOS

AINES	Antiinflamatorios No Esteroideos
AJO	Adecuada, Justificada, Oportuna.
AR	Artritis Reumatoide
AVC	Accidente Vasculo Cerebral
ATM	Articulación Temporo Mandibular
BUN	Nitrógeno Ureico en Sangre (Denominación en ingles)
CC	Circunferencia de Cintura
CIE – 10	Clasificación Internacional de Enfermedades
CPO-D	Cariado Perdido Obturado Dientes
DM	Diabetes Mellitus
EA	Espondiliasis Anquilosante
EDTA	Ácido Etilendiaminotetraacético
EET	Encefalopatía Espongiforme Transmisible
FC	Frecuencia Cardiaca
FLAP	Fisura Labio Alveolo Palatina
FR	Frecuencia Respiratoria
GUN	Gingivitis Ulcerosa Necrotizante
HB	Hepatitis B
HIM	Hipoplasia Incisivo Molar
HTA	Hipertensión Arterial
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IBL	Inhibidores de Beta Lactamasa
I-HOS	Índice de Higiene Oral Simplificado
IM	Intra Muscular
IMC	Índice de Masa Corporal
ITS	Infección de Transmisión Sexual
Kg	Kilogramo
LCR	Líquido Céfalorraquídeo
LES	Lupus Eritematoso Sistémico
LP	Liberación Prolongada
OM	Occipito Mentoniana
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PA	Presión Arterial
PDES	Plan de Desarrollo Estratégico Sectorial
PFH	Prueba Funcional Hepática
ppm	Partes por Millón
PUN	Periodontitis Ulcerosa Necrotizante
RCP	Reanimación Cardio Pulmonar
RX	Radiografía

RVG	Radiovisiografo
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SMV	Submentovertex
SNC	Sistema Nervioso Central
SPECT	Traducción del inglés Single Photon Emissión Computerized Tomography: Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único
SUIS	Sistema Único de Información en Salud
SUS	Sistema Único de Salud
TCSC	Tejido Celular Subcutáneo
TMF	Tornillo de Fijación Intermaxilar
TP	Tiempo de Protrombina
TPTA	Tiempo Parcial Tromboplastina Activada
TRA	Tratamiento Restaurador Atraumático
UI	Unidades Internacionales
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VO	Vía Oral

I. ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO

Proporcionar criterios de diagnóstico, tratamiento y procedimientos estandarizados para la atención clínica en odontología a los profesionales del área, optimizando el tiempo y los recursos para ofrecer una atención de calidad a la población.

2. ALCANCE

La Norma Nacional de Atención Clínica en Odontología, tiene carácter de aplicación obligatoria en todo el Sistema Nacional de Salud, está dirigida a los profesionales odontólogos de los subsectores público, seguridad social de corto plazo y privado, mismos que también deberán regirse y dar cumplimiento al presente documento.

El Programa Nacional de Salud Oral en coordinación con los Servicios Departamentales de Salud, quedan a cargo de la difusión y seguimiento al cumplimiento de la misma.

3. MARCO LEGAL

- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, de 7 de febrero de 2009.
- Ley Nº 15629, de 18 de julio de 1978, Código de Salud.
- Ley N° 1178, de 20 de julio de 1990, de Administración y Control Gubernamentales.
- Ley N° 1737, de 17 de diciembre de 1996, del Medicamento.
- Ley N° 2027, de 27 de octubre de 1999, del Estatuto del Funcionario Público.
- Ley N° 3131, de 8 de agosto de 2005, del Ejercicio Médico.
- Ley N° 004, de 31 de marzo de 2010, de Lucha Contra la Corrupción, Enriquecimiento Ilícito e Investigación de Fortunas “Marcelo Quiroga Santa Cruz”.
- Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y de Descentralización “Andrés Ibáñez”.
- Ley N° 1152, de 20 de febrero de 2019, Modificatoria a la ley Nº 475 de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, modificada por Ley Nº 1069 de 28 de mayo de 2018, “Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito”.
- Decreto Supremo Nº 29601, de 11 de junio de 2008, que establece el “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”.
- Resolución Ministerial N° 0090, de 26 de febrero de 2008, que aprueba los documentos: Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico y Obtención del Consentimiento Informado, entre otros.
- Resolución Ministerial N° 0297, de 29 de julio de 2021, que aprueba la Norma Nacional de Bioseguridad en Odontología.
- Resolución Ministerial N° 0109, de 25 de marzo de 2022, que aprueba la Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.

4. ALINEAMIENTO DE POLÍTICAS, PLANES Y ESTRATEGIAS

La Norma Nacional de Atención Clínica en Odontología, se encuentra alineado al pilar 3 “Salud, Educación y Deportes” del Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES) y al eje 6

del Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES) “Salud y deportes para proteger la vida con cuidado integral en tiempos de pandemia”, con el propósito de estandarizar el proceso de atención odontológica que se otorga a la población boliviana, reconociendo que la salud bucodental es parte primordial para la salud integral de una persona en el marco del Vivir Bien. En este contexto, la “Dirección General de Redes de Servicios de Salud”, a través del Programa Nacional de Salud Oral, contribuyen al Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien (PSDI) Sector Salud 2021- 2025 y al Plan Estratégico Institucional (PEI) 2021-2025 a través de los indicadores “Índice **ceo**” y al “Índice **CPO-D**”, buscando la disminución de los mismos.

5. POLÍTICA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL - SAFCI

La actual Política Sanitaria, Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI, tiene el objetivo principal de contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud, reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud. Brindando servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad, aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina biomédica con la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos.

Bajo los principios de la SAFCI, participación social, interculturalidad, Intersectorialidad e integralidad, se busca mejorar las condiciones de vida de la población, fortaleciendo la estrategia la Promoción de la Salud, con sus mecanismos que son:

- Educación en salud.
- Movilización social.
- Reorientación de los servicios de salud.
- Alianzas estratégicas

En sí la promoción de la salud es un proceso político de movilización social, intersectorial, transformadora de determinantes sociales de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores, para el Vivir Bien.

En el área de salud oral, las actividades asistenciales y la promoción de la salud son complementarias entre si, pues ambos procesos conllevan interrelación y pueden ser desarrollados de manera cotidiana, las actividades de promoción desarrolladas fuera del establecimiento de salud permiten identificar patologías que requieren atención inmediata y realizar el seguimiento correspondiente.

Las actividades clínicas asistenciales, al mismo tiempo de ser desarrolladas, permiten realizar promoción de la salud oral, accediendo al mecanismo de educación.

6. SISTEMA ÚNICO DE SALUD

En Bolivia la salud es un derecho fundamental respaldado en la Constitución Política del Estado, en la búsqueda de disminuir las desigualdades, la exclusión y la inequidad, esta situación se consolida con la promulgación de la Ley N° 1152, hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito.

La atención en salud universal y gratuita, se implementa de manera progresiva desde febrero de la gestión 2019, en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI y protección financiera de salud, de acuerdo a Reglamento específico del Ministerio de Salud y

Deportes R.M. N° 251, toda la aplicación debe responder y regirse a los principios de la Ley N° 1152: Eficacia, Equidad, Gratuidad, Integralidad, Interculturalidad, Intraculturalidad, Intersectorialidad, Oportunidad, Preeminemcia de las personas, Progresividad, Solidaridad, Universalidad y Acceso Universal a los medicamentos y tecnologías en salud.

7. USO DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE–10

La Norma de Atención Clínica en Odontología, al ser un documento que aborda protocolos y procedimientos de atención clínica, acude a la clasificación CIE – 10, para la denominación diagnóstica, pues existe amplia relación con la Historia Clínica Odontológica y en consecuencia con el Expediente Clínico.

La clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10, es un sistema de codificación que permite el registro sistemático de patologías, mediante un proceso de estandarización, convierte los términos diagnósticos de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento para posterior análisis u otro requerimiento.

8. REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL MARCO DE LAS REDES FUNCIONALES DE SERVICIOS DE SALUD

La decisión de referir a otro establecimiento de mayor capacidad resolutiva puede salvar vidas, por ello para el funcionamiento efectivo del componente de “referencia, transferencia y contrarreferencia” se debe fortalecer la interrelación entre el establecimiento de salud y la estructura social, de modo tal que, la comunidad en su totalidad conozca las características y los objetivos de este componente, generando como efecto una actuación sistemática y ordenada. Este componente, se visualiza en toda su magnitud cuando se tiene que derivar un paciente.

En la Norma Nacional de Atención Clínica en Odontología, se describen los criterios de referencia, transferencia y contrarreferencia con la finalidad de facilitar la respuesta efectiva en la atención sanitaria. Los criterios descritos en las normas no son necesariamente estrictos y cerrados, dejando a la ciencia y arte del profesional en salud para la decisión de la referencia o transferencia. El cumplimiento de la contrarreferencia es importante para el seguimiento adecuado de la evolución de la enfermedad y su eficaz resolución, por una parte, pero por otra sirve como una herramienta que ayuda al usuario o usuaria a visibilizar en primera instancia y luego a fortalecer su relación con el establecimiento de salud de primer nivel al que pertenece.

9. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es la potestad que tiene el/la paciente de aceptar libremente y sin presiones, la realización en su propia persona de procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento clínico, de laboratorio, por imágenes, instrumental o quirúrgico, toda vez que hubiera comprendido cabal y libremente los beneficios y eventuales perjuicios de dichos procedimientos, a partir de la explicación previa que debe brindar el respectivo personal de salud que los realizará, al propio paciente, al familiar o tutor responsable en casos de minoridad o incapacidad física, psíquica o mental debidamente comprobada.

El Consentimiento Informado en Odontología.

El formulario de Consentimiento Informado en Odontología, aprobado junto a la Historia Clínica de Odontología mediante Resolución Ministerial N° 253 del 7 de junio de 2022, realizado en coordinación con los Servicios Departamentales de Salud, enmarcado en la normativa y legislación vigente, como la Ley Nº 3131 del Ejercicio Profesional Médico, del 8 de Agosto de 2005, la Norma de la Obtención del Consentimiento Informado, Documento Técnico Normativo N° 65 de la gestión 2008, del Ministerio de Salud y Deportes. Se debe cumplir con algunos requisitos para obtener el consentimiento Informado, los más importantes son: voluntariedad, información y comprensión, tal como se explica en el documento de obtención del consentimiento informado.

El consentimiento informado, debe ser utilizado en los siguientes casos:

- En todo procedimiento clínico odontológico.
- Plan de tratamiento completo.
- Cirugías programadas o de emergencia.
- Procedimientos diagnósticos invasivos.
- Tratamientos odontológicos o quirúrgicos con efectos colaterales que puedan afectar la salud bucal y calidad de vida.
- Administración de anestesia.

II. ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL, GLÁNDULAS SALIVALES Y MAXILARES

1. PREVENCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

La concepción biologista del proceso salud – enfermedad sintetizada en la creencia de que los servicios de salud, la tecnología médica, los medicamentos y los recursos humanos en salud altamente especializados, son la base fundamental del estado de salud de una población ha sido la causante de los constantes fracasos del control de las enfermedades y de la irracional distribución de los muchos o escasos recursos del sector salud.

Los conocimientos científicos actuales sobre la determinación y la causalidad del proceso salud - enfermedad son contundentes al demostrar que las variables sociales poseen mayor importancia que las biológicas. Así, en 1974 se presenta el famoso informe de los ***campos de salud*** presentado por Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar Nacional del Canadá, donde se identifican cuatro determinantes de la salud de la población, que se señalan en el siguiente cuadro:

CAMPOS DE SALUD DE LALONDE

CAMPO DE LA SALUD	INFLUENCIA EN LA SALUD (en porcentajes)
Estilos de vida.	43%
Factores biológicos.	27%
Medio ambiente.	19%
Servicios de salud.	11%
TOTAL	**100%**

Fuente: https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/factores-determinantes-de-la-salud.pdf

Basados en este tipo de evidencias es que la OMS/OPS recomiendan que las políticas de salud a nivel mundial deben dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo, el actual modelo boliviano de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), prioriza las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De ahí que en esta Norma Nacional de Atención Clínica en Odontología se debe también dar énfasis a la prevención de la enfermedad en todas las actividades de atención que realice el equipo de salud, haciendo énfasis en confrontar los estilos de vida no saludables, que también se denominan factores de riesgo personales.

Se entiende por ***estilo de vida*** a la manera o forma como las personas satisfacen una necesidad. En cambio, *la* ***calidad*** *o* ***nivel de vida*** se refiere a la capacidad de compra de un satisfactor que tienen los individuos. En muchos casos los estilos están supeditados a la calidad de vida, pero igualmente en otros casos son independientes de ésta y más bien están condicionados por la educación o información que se posea. Por la importancia de la comprensión de estos dos conceptos se presenta el siguiente ejemplo: una persona tiene una necesidad, hambre, para satisfacerla puede recurrir a ingerir alimentos frescos, naturales y de temporada, o bien puede saciar su hambre consumiendo “comida chatarra”, también puede saciar su hambre adquiriendo “pan blanco” o bien “pan moreno”, ambos del mismo precio. En el primer caso puede o no estar ligada su decisión a su condición económica (calidad de vida); en el segundo caso se observa, más nítidamente, que su decisión alimentaria está ligada a un estilo alimentario condicionado por la información o conocimiento que tenga sobre alimentación saludable, al margen de su calidad o nivel de vida.

Por lo tanto, la educación sobre estilos de vida es determinante para que las personas tengan o no factores de riesgo que incrementen su probabilidad de enfermar o morir, por lo que el equipo de

salud debe interactuar responsablemente con el usuario/usuaria identificando sus estilos de vida no saludables o factores de riesgo individuales con el objeto de modificar conductas negativas para su salud.

En este sentido el equipo de salud debe concientizar y recomendar a los usuarios/usuarias sobre las siguientes medidas preventivas relacionadas con el control de los estilos de vida no saludables más perniciosos.

1.1 MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS CON ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

Los siguientes estilos de vida no saludables, independientemente de la patología o problema, deben ser indefectiblemente tratados en forma rutinaria en cada entrevista o consulta con usuarios/usuarias del Sistema Nacional de Salud:

- No consumir tabaco y evitar consumo de alcohol.
- Realizar ejercicios físicos por lo menos 30 minutos al día, no utilizar medios de transporte para distancias cortas, evitar el uso de ascensores y en lo posible subir y bajar gradas a pie.
- Consumir alimentos frescos y naturales, y cotidianamente frutas y verduras de la temporada.
- Evitar el consumo de grasas de origen animal y comida chatarra.
- Acostumbrarse al consu mo menor a seis gramos de sal al día. No utilizar salero. Los alimentos salados, como charque y otros, deben lavarse en abundante agua antes de la preparación para su consumo.
- Controlarse el peso mensualmente. Existen dos indicadores importantes que se debe enseñar a medir e interpretar a los usuarios/usuarias:

    - El **Índice de Masa Corporal** (IMC), cuyo valor idealmente no debe sobrepasar en rango de 24,9.
      La fórmula para obtener el IMC es la siguiente: **IMC = Peso (Kg.) / Estatura (m)2.**
    - La **Circunferencia de Cintura** (CC), con la que se evalúa el riesgo de enfermar patologías relacionadas con la obesidad como IAM/AVC, HTA, etc.

El exceso de peso incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares como hipertensión y colesterol, además de ocasionar un gran costo social.

Los factores de riesgo son los ambientales, genéticos y psicológicos, sin embargo, hay que tomar en cuenta que el estado nutricional de la población tiene la tendencia epidemiológica de mejora en sus condiciones socioeconómicas lo que favorece la disminución de la desnutrición, pero se observa un incremento de la obesidad.

- Para medir la circunferencia de cintura se localiza el punto superior de la cresta iliaca y alrededor del abdomen se coloca la cinta métrica y paralela al piso. Según el sexo de la persona los datos se interpretan de la siguiente manera:

    - En mujeres existe riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad a partir de los 82 cm, mientras que si sobrepasa los 88 cm el riesgo es muy elevado. En cambio, en hombres hay riesgo a partir de los 94 cm, mientras que éste se convierte en riesgo elevado a partir de los 102 cm.

2. CONSULTA ODONTOLÓGICA	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	Z01.2	I – II – III

DEFINICIÓN

Es la entrevista al usuario/usuaria, al niño/niña y su acompañante, a través de la cual se realizarán actividades de promoción, prevención, diagnóstico y/o tratamiento.

ACCIONES PREVIAS AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Apertura y llenado de la Historia Clínica Odontológica:

- Datos generales
- Datos personales.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Antecedentes patológicos personales.

Examen extraoral:

Valoración del estado general del paciente, cualquiera sea su edad:

- Las articulaciones temporo mandibulares.
- Los ganglios linfáticos pericervicales
- Permeabilidad de las fosas nasales.
- Valoración de cabeza y cuello
- Otros

Examen intraoral:

- Tejidos blandos, incluyendo, labios, mucosa yugal, lengua, piso de boca, paladar, amígdalas y/o orofaringe, encías y reborde alveolar.
- Tejidos duros dentales.
- Estado periodontal.

Antecedentes bucodentales:

- Fecha de la última visita al odontólogo.
- Factores de riesgo (dieta, malos hábitos y costumbres).

Antecedentes de Higiene Oral:

- Uso de accesorios de higiene oral (cepillo, hilo dental, enjuague bucal).

Higiene Bucal:

- Determinar la calidad, buena, regular o mala.

Odontograma:

Registrar el estado de las piezas dentarias, sean temporarias o permanentes, utilizando los criterios de diagnóstico.

Cuadro de Diagnóstico, Tratamiento y Evolución:

- Los signos vitales debe ser registrados por el personal de enfermería del establecimiento de salud, quien debe plasmar su identificación correspondiente, validados por su firma y sello.
- **TOIT, Tratamiento Odontológico Integral Terminado,** corresponde al registro de la fecha de conclusión de los tratamientos odontológicos en el usuario.
- **SOAP. (Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan de Acción)**

S - Desglosar motivo de consulta, incluir el criterio clínico sintomatológico,
O - Descripción semiológica de signos de la patología, motivo de consulta.
A - Análisis para establecer el diagnóstico.
P - Plan de acción y/o tratamiento de la patología, especificando los procedimientos y posología farmacéutica.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE ACUERDO A CRITERIO PROFESIONAL

De acuerdo a la patología en nivel I, II y III.

IMAGENOLOGÍA Y GABINETE

- Radiografías intra y extraorales a criterio profesional. (panorámica dental, oclusal, periapical y otras)
- Tomografía axial.
- Ecografía.
- Resonancia magnética.

ESTUDIO DE MODELOS Y FOTOGRAFÍAS

- Fotografías.
- Modelos de estudio. (Según disponibilidad)

EXÁMENES DE LABORATORIO

- Hemograma completo.
- Glicemia.
- Tiempo de coagulación y sangría.
- Tiempo de protrombina (TP).
- Tiempo parcial de tromboplastina activada (TPTA).
- Prueba rápida de VIH.
- Exámenes histopatológicos.
- Exámenes cito patológicos.
- Exámenes microbiológicos.
- Otros.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Nivel I

- Se desarrolla el procedimiento asistencial de acuerdo a resultados del diagnóstico.
- Se desarrollarán acciones de promoción y prevención a través de:
  - Educación y orientación en salud oral.
  - Técnica de cepillado dental:
    - ▲ Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches.
    - ▲ Tiempo de cepillado tres a cinco minutos y uso de la cinta dental.
    - ▲ Cepillado de lengua
  - Enjuagues bucales con clorhexidina al 0,12% y con fluoruro de sodio al 0,2% o al 0,5% según prescripción del profesional.
  - Terapia de flúor para seguimiento y control, de acuerdo a la presentación del flúor y bajo criterio profesional, evitando consumo de lácteos y derivados por dos horas.
  - Aplicación de sellantes de fosas y fisuras.
  - Controles odontológicos periódicos de acuerdo a valoración de riesgo, mínimo 2 veces al año.
- Realizar referencia y/o interconsulta con la especialidad que requiera.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- De acuerdo al diagnóstico patológico del paciente, el odontólogo determinará su referencia al establecimiento de nivel II o III.

CRITERIOS DE TRANSFERENCIA

- Uso de formulario de transferencia debidamente llenado.
- De acuerdo al diagnóstico patológico del paciente, el odontólogo determinará su transferencia a un establecimiento del mismo nivel, tipo o categoría con capacidades resolutivas diferentes o desde uno de nivel superior a otro inferior.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Solucionada la patología en especialidad el paciente deberá volver al nivel I.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN EL SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendación sobre el consumo de alimentos nutritivos de acuerdo al área geográfica de hábitat, prácticas de higiene y alimentación saludable.
- Debe consumir de preferencia alimentos como: leche, yogurt con probióticos, quesillo, requesón, carnes rojas, pollo, pescado, huevos, verduras ricas en calcio, fósforo y flúor, frutos secos (nueces, almendra, maní, castaña) que tienen importantes componentes para los huesos y los dientes, asimismo es importante el consumo de frutas frescas.
- Evitar el consumo excesivo y descontrolado de alimentos que contengan azúcares.

Niñas/niños menores de 1 año:

En el recién nacido, el primer control puerperal debe incluir la valoración por odontología para diagnosticar patologías correspondientes a la cavidad oral. (perlas de Epstein, Nódulos de Bohn, dientes natales, valoración del frenillo lingual, etc).

En este control orientar a la madre de los beneficios de la lactancia materna en relación a la prevención de enfermedades bucales.

- En la primera consulta odontológica se impartirá orientación higiénica y dietética con el objetivo de preparar un ambiente saludable para la erupción de las primeras piezas dentarias.
- Orientar sobre el perjuicio de algunos malos hábitos (uso del biberón, chupón y otros).
- Demostrar a los padres o tutor, la técnica adecuada de higiene de los rodetes gingivales del bebé que debe realizarse con un dedal de silicona o un trozo de gasa (toalla) humedecida en agua hervida y tibia.
- Enseñar la técnica adecuada de higiene oral mediante el cepillado dental apenas erupcione el primer diente, la misma se deberá realizar con cepillo dedal o dental pediátrico y pasta dental fluorada de 1.000 ppm, con una cantidad de medio grano de arroz crudo, orientar a priorizar esta actividad después de lactar, después de las comidas y especialmente antes de dormir.
- A partir de los de seis meses de edad deberá recibir alimentación suplementaria de micronutrientes que complementa la lactancia materna. No la sustituye.

Niñas/niños de 1 a 2 años:

- Orientación higiénica y dietética.
- Orientar sobre el perjuicio de algunos malos hábitos (uso del biberón y/o chupón, succión del dedo y otros).
- Orientación de retiro paulatino del uso del biberón y sobre todo en horario nocturno.
- Demostrar la técnica de higiene dental a los padres del niño/niña, que debe realizarse con cepillo dental suave y pasta dental de 1.000 ppm de flúor, del tamaño de un arroz, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir, de acuerdo a valoración de riesgo.

Niñas/niños de 3 a 6 años:

- Orientación higiénica, dietética y de deglución.
- Demostrar la técnica de higiene dental del niño/niña a los padres o tutores.
- Utilización del cepillo y pasta dental de 1.000 ppm de flúor, cantidad del tamaño de una arveja, se prevé deglución controlada por parte del adulto.
- Técnica de hilo o cinta dental ejecutada por el adulto.
- Orientación sobre el control de hábitos.
- Control de erupción, secuencias y cronologías favorables.

Niñas/niños de 6 a 10 años:

- Orientar sobre el hábito de higiene bucodental.
- Demostrar la técnica de higiene dental al niño/niña y a los padres o tutores.
- Utilización del cepillo y pasta dental pediátrica (1.450 a 1.500 ppm de flúor) cantidad del tamaño de una arveja.
- Orientación sobre el control de hábitos.
- Uso del hilo o cinta dental.
- La responsabilidad de la higiene bucodental del niño debe estar bajo supervisión y control de padres o tutores.
- Importancia y control de medidas preventivas del primer molar permanente.
- Importancia del mantenimiento de piezas dentarias deciduas hasta periodo de recambio, para una erupción favorable.

Niñas/niños mayores de 11 años:

- Los hábitos higiénicos están bajo la estricta responsabilidad del niño/niña.
- Uso de pasta dental con flúor de 1.450 a 1.500 ppm (cepillo dental, adecuada técnica de cepillado).
- Uso del hilo o cinta dental.
- Importancia y control de medidas sobre el primer molar permanente.
- Importancia del mantenimiento de piezas dentarias deciduas hasta periodo de recambio, para una erupción favorable

Adolescentes:

- Mantener medidas estrictas de higiene.
- Orientación sobre procesos inflamatorios de las encías (gingivitis) relacionados a cambios hormonales en mujeres asociadas al ciclo menstrual.
- Explicar las desventajas del uso de piercing en lengua y labio (alta incidencia de fracturas dentarias, ulceraciones, candidiasis, granulomas piógenos y VIH/SIDA).
- Orientar sobre el consumo compulsivo de dulces, golosinas gaseosas y tabaco.

Embarazadas:

- Identificar la importancia del autocuidado y autoexamen debiendo acudir oportunamente a consulta odontológica (trimestralmente).
- En episodios repetitivos de vómitos, realizar enjuagues con agua, con clorhexidina al 0,12%, bicarbonato de sodio (una cuchara en un vaso de agua), equilibrando el pH del medio bucal. De acuerdo a criterio odontológico.
- Proceder a la remineralización con flúor tópico, de acuerdo a criterio odontológico
- Recomendaciones higiénico dietéticas y de riesgo a caries.
- En embarazadas y en el período de lactancia requerirán aportes nutricionales específicos, proteínas, vitaminas, minerales (hierro, calcio y fibra ver normas unidad nutrición).
- Realizar controles periódicos para evitar procesos inflamatorios de las encías (gingivitis) asociadas al embarazo.
- Los tratamientos serán realizados de acuerdo a edad gestacional y por especialidad.

A las madres de familia, tutores, educadores, niñeras. etc.

- Evitar el contacto boca a boca (madre-bebé) por la transmisión de microorganismos de tejidos blandos y duros. (Evitar soplar la comida del bebé o compartir sus utensilios).
- Controles odontológicos periódicos con la inactivación de procesos cariosos o focos infecciosos.
- Proceder a la profilaxis y remineralización.

Personas adultas mayores:

- Orientación higiénica, dietética y controles periódicos.
- Autoexamen oral en tejidos blandos y duros.
- Control de prótesis, verificar la buena adaptación de las mismas y la presencia de lesiones muco cutáneas por traumatismo.

INDICACIONES PARA LA PRIMERA CONSULTA AL PACIENTE

- Para menores de un año: se dotará e instruirá al padre, madre o tutor sobre el uso adecuado del dedal de silicona.
- Para menores de 1 a 6 años: se instruirá sobre el uso del cepillo dental de cabeza pediátrica, cerdas suaves y pasta dental de 1.000 ppm de flúor, tamaño de arroz. Siendo obligación de los progenitores o tutores realizar el cepillado dental.
- Para menores de 6 a 10 años: pasta dental con concentración de 1.500 ppm más, tamaño de una arveja, cepillo dental cabeza pediátrica de cerdas suaves. Siendo obligación de los progenitores o tutores quienes deben supervisar la higiene bucodental y el cepillado dental
- Para mayores de 11 años y más: la pasta dental de concentración es de 1.450 a 1.500 ppm y cepillo dental de cerda media.

3. CARIES DENTAL	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K02	I – II – III

DEFINICIÓN

La caries es una enfermedad multifactorial, que se caracteriza por la disolución y desmineralización del tejido inorgánico seguida de lisis enzimática de las estructuras orgánicas, lo que da lugar a la formación de una cavidad en la pieza dentaria, actualmente es también considerada una disbiosis debido a que las bacterias que la producen residen en nuestro organismo y potencialmente pueden causar enfermedades.

CLASIFICACIÓN

Factores de Valoración de riesgo de caries
1. Experiencia de caries ceo CPO- D
2. Cantidad de placa bacteriana I- HOS
3. Frecuencia de consumo de hidratos de carbono fermentables.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DE RIESGOS

1.- Riesgo Bajo experiencia de caries: 0-4 lesiones; I- HOS = 1; Frecuencia de consumo de hidratos de carbono: bajo.
2.- Riesgo moderado experiencia de caries: 4-6 lesiones; I-HOS = 2; Frecuencia de consumo hidratos de carbono moderado.
3.- Riesgo Alto Experiencia de caries: más de 6 lesiones; I-HOS = 3; Frecuencia de consumo de hidratos de carbono Alto.

4. CARIES LIMITADA AL ESMALTE	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K02.0	I – II – III

DEFINICIÓN

Es la destrucción de la matriz inorgánica del tejido adamantino debido a procesos bioquímicos de disolución de los cristales de hidroxiapatita, relacionado a la presencia de productos ácidos provenientes del biofilm en contacto con el esmalte, pudiendo llevar a la cavitación o no del mismo.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomático.
- Superficie dental de color blanco lechoso mate a pardo.
- A la inspección se observa el cambio de coloración y pérdida de traslucidez.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Amelogénesis imperfecta.
- Hipoplasia del esmalte.
- Hipoplasia incisivo molar (HIM).
- Fluorosis.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

Nivel I: adultos y niñas/niños

- Consentimiento informado.

Determinar el grado de actividad de la lesión.

- **Mancha blanca activa**: Alternativos de acuerdo a criterio del profesional.
  - Remineralización. Profilaxis: de la superficie del diente con pasta profiláctica y cepillo profiláctico.
    - Aislamiento relativo.
    - Lavado de la superficie, secado
    - Aplicación de barnices fluorados, flúor gel, enjuagues fluorados, ACP – CPP

En niñas/niños

  - Se emplea también el fluoruro diamino de plata (cariostático) a criterio del profesional.

- **Mancha Blanca Inactiva:**

Observación y control de acuerdo al riesgo de caries.

- **Lesión cavitada en esmalte:** Bajo criterio profesional, alternativas restauradoras.
  - Sellante ionomérico (cemento ionómero de restauración)
  - Sellante fotopolimerizable.
  - Resina fluida fotopolimerizable.
  - Resina fotopolimerizable.

RECOMENDACIONES

Para el profesional

Evitar el uso de la sonda exploradora como instrumento diagnóstico.

Contar con buena iluminación para dicho diagnóstico.

Para el paciente

- Continuar con la terapia de flúor, en caso necesario.
- Evitar por dos horas consumo de lácteos y derivados después de la remineralización.

- En caso de la aplicación de flúor barniz evitar el cepillado dental por 24 horas y el consumo de alimentos duros y pegajosos.
- Medidas preventivas de carácter individual.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua, espacio interdental.
  - Uso del hilo o cinta dental.
  - Orientación sobre el uso de enjuagues bucales (bajo criterio del profesional).
- Orientación dietética, aconsejando a los padres la importancia de complementar con micronutrientes esenciales como con la vitamina A, hierro, fósforo, yodo, revalorizando los alimentos nativos o propios del lugar, principalmente dieta fibrosa.
- Asistencia y control periódico acorde al riesgo cariogénico.

A la mujer embarazada

- En episodios repetitivos de vómitos, realizar enjuagues con agua o solución de bicarbonato de sodio (una cucharada en un vaso de agua), evitando el descenso del pH del medio bucal y proceder a la remineralización con flúor tópico.
- En embarazadas y en el período de lactancia requerirán aportes nutricionales específicos, proteínas, vitaminas, minerales, hierro, calcio y fibra.
- Realizar controles periódicos para evitar procesos inflamatorios de las encías (gingivitis) asociadas al embarazo.
- No existe contraindicación en el tratamiento con esta patología en ninguna etapa del embarazo.

5. CARIES DE LA DENTINA	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K02.1	I – II – III

DEFINICIÓN

Lesión con desmineralización del componente inorgánico y desorganización del componente orgánico de la dentina, con presencia o no de cavitación.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Caries de dentina superficial:

- Dolor provocado por estímulos térmicos y químicos, que cesa una vez retirado el estímulo.
- Cambio de coloración a color amarillo oscuro o marrón.

Caries de dentina media:

- Caries activa: tejido reblandecido, desorganizado.
- Caries Inactiva: tejido duro, brilloso, de textura lisa, marrón oscuro, asintomática.

Caries de dentina profunda:

- Sintomático (de mayor intensidad provocado por cambios térmicos, dulces y substancias ácidas).
- El dolor dura después de retirar el estímulo.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Nivel I o II según disponibilidad.

Examen complementario:

- Radiografía periapical (según criterio del profesional).
- Radiografía con aleta de mordida.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

Nivel I: adultos y niñas/niños:

- Consentimiento informado.

Caries de dentina superficial:

- Anestesia si el caso lo requiere.
- Aislamiento relativo o absoluto.
- Remoción del tejido cariado con instrumental de rotación y/o cucharetas de dentina.
- Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2%, alcohol isopropílico al 70%, peróxido de hidrógeno 3%, otros antisépticos de elección profesional.
- Secar la pieza dentaria.
- Uso de bases cavitarias (hidróxido de calcio, ionómero de vidrio de base)
- Restauración definitiva, según criterio del profesional (ionómero, resina).

En niñas/niños: opcionalmente realizar la técnica TRA.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral.
- Técnica de cepillado.

- Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres a cinco minutos.
  - Cepillado de espacios interdentales y la lengua.
  - Uso del hilo o cinta dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales (bajo recomendación del profesional).
- Orientación dietética, aconsejando a los padres la importancia de complementar con micronutrientes esenciales como con la vitamina A, hierro, fósforo, yodo, revalorizando los alimentos nativos o propios del lugar, principalmente dieta fibrosa.
- Asistencia y control periódico acorde al riesgo cariogénico.

A la mujer embarazada:

- En episodios repetitivos de vómitos, realizar enjuagues con agua y bicarbonato, evitando el descenso del pH del medio bucal y proceder a la remineralización con flúor tópico.
- En embarazadas y en el período de lactancia requerirán aportes nutricionales específicos, proteínas, vitaminas, minerales, hierro, calcio y fibra.
- Realizar controles periódicos para evitar procesos inflamatorios de las encías (gingivitis) asociadas al embarazo.
- No existe contraindicación en el tratamiento con esta patología en ninguna etapa del embarazo.

6. CARIES DE CEMENTO	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K02.2	I

DEFINICIÓN

Destrucción de la matriz orgánica del cemento, ocasionada por recesión gingival, mala técnica del cepillado, enfermedades sistémicas, que se presentan con mayor frecuencia en personas mayores de 50 años de edad.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.
- Cavidad con tejido reblandecido y cambio de coloración (cuello del diente).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Atrición.
- Abrasión.
- Erosión.
- Abfracción.
- Pulpitis irreversible.
- Hipersensibilidad dentinaria.

Complicaciones:

- Si no es tratada la pieza dentaria la sintomatología aumentará, dando como resultado pulpitis irreversible.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I o II según disponibilidad.

Gabinete:

- Radiografía periapical.

PROCEDIMIENTO

Nivel I

- Consentimiento informado.
- Anestesia.
- Aislado absoluto o relativo.
- Si el caso lo amerita se puede retraer la encía.
- Remoción de cemento cariado.
- Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2%, alcohol isopropílico al 70%, peróxido de hidrógeno 3%, otros antisépticos de elección profesional.
- Protección pulpar indirecta (hidróxido de calcio, ionómero de vidrio de base cavitaria).
- Restauración definitiva (ionómero de restauración o resina fotopolimerizable).
- Pulido.

OBSERVACIONES

- Seguimiento y control a criterio odontológico.
- Informar al paciente la existencia de pastas dentales especiales para casos de sensibilidad excesiva, a criterio del odontólogo.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendaciones sobre prácticas de higiene dental, técnica adecuada de cepillado.
- Racionar la cantidad de pasta dental (sólo el tamaño de una arveja por ser abrasivo).
- No utilizar cepillos de cerdas extra-duras.
  - Uso del cepillo dental, tres veces al día, por tres a cinco minutos, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Cepillado suave de lengua, encías y paredes de la cavidad bucal.
- Uso del hilo o cinta dental.
- Enjuagues bucales bajo prescripción del odontólogo.
- En caso de que el paciente porte prótesis dental removible, asistir con frecuencia al odontólogo para evitar recesiones gingivales causadas por las mismas, utilizar además utensilios propios para la limpieza de las prótesis.
- Consumir alimentos frescos y ricos en calcio, proteínas y vitamina A: huevo, leche y derivados; carne, verduras, hortalizas, leguminosas (poroto, maní, garbanzo, haba seca, soya), tubérculos (papa, camote, yuca, racacha, oca), revalorizando los alimentos nativos o propios del lugar, principalmente dieta fibrosa, recomendar el uso de sal yodada en su preparación.
- Asistencia y control periódico acorde al riesgo cariogénico.

7. OTRAS CARIES DENTALES	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K02.3 K02.8	I – II – III

DEFINICIÓN DE CARIES

La caries es una enfermedad multifactorial, que se caracteriza por la disolución y desmineralización del tejido inorgánico seguida de lisis enzimática de las estructuras orgánicas, lo que da lugar a la formación de una cavidad en la pieza dentaria, actualmente es también considerada una disbiosis debido a que las bacterias que la producen residen en nuestro organismo y potencialmente pueden causar enfermedades.

CLASIFICACIÓN

- **Caries dentaria detenida:**
  Caries que como consecuencia orgánica detiene su curso patológico.
- **Caries recidivante o secundaria (recurrente, residual):**
  Caries que se localiza adyacente de restauraciones o sellantes, con presencia de pigmentación y brecha marginal, filtración y/o iatrogenia al momento de restaurar.
- **Caries de la infancia temprana (rampante o de biberón):**
  Es un tipo de caries agresiva de aparición súbita, que afecta los dientes temporarios en lactantes y en niños a edades tempranas, por falta o deficiencia del hábito de higiene dental, práctica de hábitos de transmisión bacteriana y uso prolongado del biberón durante el horario de sueño.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Caries dentaria detenida:

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

Caries recidivante:

- De evolución rápida.
- Sintomático, dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.
- Cambio de coloración y olor.
- Cavitación con tejido reblandecido.

Caries de infancia temprana (rampante o de biberón):

- Sintomático, dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos.
- De evolución rápida que afecta en primera instancia a los dientes antero superiores y luego a los dientes posteriores.
- Cavidad con tejido reblandecido, cambio de coloración y destrucción coronaria.

COMPLICACIONES

- Patologías pulpares (pulpitis, necrosis).
- Abscesos periapicales.
- Fractura coronaria.
- Perdida de la pieza dentaria.
- Dolor agudo permanente sin presencia de estímulo.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS A CRITERIO PROFESIONAL

Nivel I o II según disponibilidad.

Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía con aleta de mordida.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

En caries detenida y recidivante

Nivel I y II:

- Consentimiento informado.
- El tratamiento se realiza según norma en:
- Caries de esmalte:
- Caries de dentina.
- Tratamiento de caries detenida y recidivante.
- Exodoncia indicada según grado de afección.

Nivel I en niñas/niños:

- Consentimiento informado.
- Procesos pulpares tratamiento endodóntico.
- En caso de **caries de infancia temprana (rampante o de biberón)** avanzada, realizar el tratamiento ambulatorio de acuerdo a diagnóstico siempre y cuando exista la cooperación del paciente.
- En caso de **caries de infancia temprana (rampante o de biberón)** avanzada en niños de conducta negativa, realizar el tratamiento odontológico integral bajo anestesia general, de acuerdo a diagnóstico, refiriendo al nivel de atención correspondiente (II y III).
- También deberán ser tratados bajo anestesia general los niños con discapacidad cognitiva y motriz moderada, severa y acorde a su grado de cooperación.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Nivel I

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- En caries rampante: procesos pulpares referir al Nivel II o III de acuerdo a capacidad resolutiva.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Controles periódicos odontológicos.
- Implementar medidas de prevención referente a hábitos de higiene y de alimentación, esquema de aplicación de flúor en base al riesgo de caries del paciente.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Orientación higiénica dietética.
  - Adecuada técnica de cepillado dental e interdental.
  - Frecuencia del cepillado: tres veces al día, de tres a cinco minutos, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.

    - Cepillado suave de lengua, encías y pared de la boca.
- Uso del hilo o cinta dental.
- Enjuagues bucales según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en nutrientes como: proteínas, grasas, carbohidratos, minerales y vitaminas, consumo de alimentación variada (cereales, verduras, frutas, todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente, recomendar el uso de sal yodada en su preparación). Evitar en lo posible alimentos azucarados.
- Orientación de cómo evitar hábitos de transmisión bacteriana, como ser besos en la boca, soplar alimentos para enfriarlos, compartir utensilios y otros.
- Controles periódicos según criterio odontológico.
- Orientar sobre el no consumo de alimentos por el tiempo necesario después de recibir tratamiento odontológico.
- Indicar en caso de exodoncia, cumplir con los cuidados necesarios, el tratamiento medicamentoso analgésico y/o antibiótico, según requerimiento.

8. PULPITIS REVERSIBLE (HIPEREMIA PULPAR O HIPERSENSIBILIDAD DENTINARIA)	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K04.00	I – II

DEFINICIÓN

Primera respuesta inflamatoria pulpar frente a diversos estímulos externos (irritantes), resultado de una congestión vascular, misma que una vez diagnosticada y tratada vuelve a su estado normal.

ETIOLOGÍA

Procesos cariosos, traumatismos, oclusiones atípicas, preparaciones cavitarias sin refrigeración, irritación de la dentina por contacto con sustancias de obturación y otros (bruxismo, atrición, abrasión y abfracción).

DIAGNÓSTICO CRITERIOS CLÍNICOS

- Sintomático, al estímulo físico y químico, el dolor dura mientras se mantiene el estímulo, es un dolor provocado.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

Nivel I y II

Adultos y niñas/niños:

- Consentimiento informado
- Diagnóstico clínico.
- Interpretación radiográfica.
- Anestesia si fuese necesario.
- Aislado absoluto y/o relativo de la pieza dentaria.
- Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2%, alcohol isopropílico al 70%, peróxido de hidrógeno 3%, otros antisépticos de elección profesional.

En caso de **caries de dentina profunda:**

1° sesión: Protección pulpar indirecta con cemento a base de hidróxido de calcio y cemento de ionómero de base o cemento de oxifosfato de zinc y cemento provisional libre de eugenol.

2° sesión: Obturación definitiva de acuerdo a evolución.

Tratamiento medicamentoso:

De acuerdo a criterio profesional se medicarán antiinflamatorios y/o analgésicos.

- Paracetamol 500 mg vía oral cada 6 a 8 horas no mayor a 5 días.
- Ibuprofeno 400 mg vía oral 1 comprimido cada ocho horas no mayores a 5 días.
- Diclofenaco 50 mg vía oral 1 comprimido cada ocho horas no mayores a 5 días

OBSERVACIONES

(Posibles complicaciones)

Una vez que han desaparecido los síntomas, es necesario comprobar la vitalidad del diente para descartar una necrosis. Si el dolor persiste, la inflamación pulpar debe ser considerada irreversible. Existe la posibilidad de que una pulpitis reversible se convierta en pulpitis irreversible por motivos extrínsecos e intrínsecos que pueden llevar a una pulpectomía, es por esa razón la atención en dos sesiones.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I o II

De acuerdo a criterio profesional y según disponibilidad.

Gabinete:

- Radiografía periapical.

INDICACIONES

- Informar cualquier molestia.
- No exponer la pieza tratada a cambios bruscos de temperatura.
- No comer en una hora.
- Continuar tratamiento hasta la obturación definitiva.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Orientación higiénica dietética.
  - Adecuada técnica de cepillado dental e interdental.
  - Frecuencia del cepillado: tres veces al día, de tres a cinco minutos, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Cepillado suave de lengua, encías y pared de la boca.
- Uso del hilo o cinta dental.
- Enjuagues bucales según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en nutrientes como: proteínas, grasas, carbohidratos, minerales y vitaminas, consumo de alimentación variada (cereales, verduras, frutas, todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente, recomendar el uso de sal yodada en su preparación).
- Controles periódicos según criterio odontológico.
- Orientar sobre el no consumo de alimentos por el tiempo necesario después de recibir tratamiento odontológico.
- Indicar en caso de exodoncia, cumplir con los cuidados necesarios, el tratamiento medicamentoso analgésico y/o antibiótico, según prescripción.

9. PULPITIS IRREVERSIBLE SINTOMÁTICA (PULPITIS AGUDA)	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K04.01	I – II

DEFINICIÓN

Es la inflamación de curso rápido de la pulpa, pertenece a las pulpitis a cavidad cerrada, no tiene capacidad de recuperación a pesar de que cesan los estímulos externos que han provocado el estado inflamatorio, suele ser también una secuela y/o consecuencia de la progresión de una pulpitis reversible no tratada.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Sintomático agudo (dolor intenso, espontáneo y de mayor duración de lo que dura el estímulo con exacerbaciones intermitentes).

No asociado a:

- Edema gingival alrededor de la pieza dentaria.
- Aumento de volumen extra oral.
- Exudado purulento.
- Malestar general.
- Dolor continuo, pulsátil e irradiado.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II según disponibilidad.

Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía RVG

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

Nivel I y II: adultos y niñas/niños

Tratamiento odontológico general de urgencia, para piezas permanentes unirradiculares, bi y multirradiculares: (con ápice cerrado)

- Consentimiento informado.
- Diagnóstico clínico.
- Toma e interpretación radiográfica.
- Aplicación de anestesia tópica.
- Administración de anestesia local.
- Aislamiento relativo y/o absoluto.
- Remoción de tejido cariado.
- Acceso cameral.
- Irrigación.
- Medicación intermedia (analgésico pulpar).
- Obturación provisional.
- Referencia al nivel II de especialidad.

Tratamiento de diente permanente joven que no completó su cierre apical
El éxito del tratamiento endodóntico es un ápice cerrado.
Por lo tanto, debe provocarse la apicoformación, por una técnica de pulpotomía.

Tratamiento odontológico general de urgencia, para dientes temporarios uni y multirradiculares:
- Consentimiento informado.
- Diagnóstico clínico.
- Toma e interpretación radiográfica.
- Aplicación de anestesia tópica.
- Administración de anestesia local.
- Aislamiento relativo y/o absoluto.
- Remoción de tejido cariado.
- Apertura de cámara.
- Eliminación del paquete vasculonervioso.
- Lavado (irrigación) con suero fisiológico de acuerdo a criterio profesional.
- Medicación intermedia.
- Obturación provisional de acuerdo a criterio profesional.

Nivel I: piezas dentarias unirradiculares.
Nivel II: piezas uní, bi y multirradiculares.

Tratamiento endodóntico
Primera sesión:
- Consentimiento informado
- Interpretación radiológica.
- Aplicación de anestesia tópica.
- Administración de anestesia local.
- Aislado relativo y/o absoluto.
- Retiro de obturación provisional.
- Apertura de cámara, acceso a conductos radiculares.
- Extirpación de paquete vásculo-nervioso.
- Conductometría.
- Irrigación de conductos radiculares: hipoclorito de sodio 2,5% a 5% o clorhexidina al 2% o EDTA AL 17%, Peróxido de Hidrogeno al 3% y suero fisiológico.
- Preparación biomecánica.
- Irrigación y Aspiración post instrumentación biomecánica.
- Secado de conducto radicular.
- Medicación intermedia.
- Obturación con cemento provisional.

Tratamiento medicamentoso
Medicación analgésica – antiinflamatoria:
- Paracetamol 500 mg vía oral cada 6 a 8 horas no mayor a 5 días.
- Ibuprofeno 400 mg vía oral 1 comprimido cada ocho horas no mayor a 5 días.
- Diclofenaco 50 mg vía oral 1 comprimido cada ocho horas no mayor a 5 días

Tratamiento en dientes temporarios anteriores y posteriores:
- Biopulpectomía.

- Tiempo de duración 1-3 sesiones. (Según criterio del profesional)
- Durante todo el procedimiento se recomienda irrigación abundante con hipoclorito de sodio al 2,5% al 5%.
- De acuerdo a la pieza dentaria, complejidad y sintomatología se pueden extender el número de sesiones.
- Controles clínico radiológicos periódicos cada tres meses durante el primer año, post- tratamiento.
- En la mujer gestante el tratamiento endodóntico se realizará según criterio del profesional y previa interconsulta médica.

OBSERVACIONES

- Los tratamientos endodónticos de piezas dentarias unirradiculares permanentes podrán ser atendidas por el nivel I.
- Las piezas dentarias unirradiculares, birradiculares y multirradiculares serán atendidas en establecimientos de salud de nivel II.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene y alimentación saludable.
- El cuidado de los dientes y las encías con un buen aseo de la boca, cambiando el cepillo cada tres meses.
  - Uso del cepillo dental e interdental.
  - Adecuada técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Uso del hilo dental.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en nutrientes como ser: proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, B, C, D); consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones). Aconsejar también alimentos propios de la región.
- Orientar el consumo de alimentos de consistencia blanda durante el tratamiento para evitar fracturas o reagudizaciones como periodontitis apical aguda.

En la mujer embarazada:

- Las mujeres gestantes están más propensas a tener caries por los cambios hormonales propios del embarazo, por lo cual se recomienda a la futura mamá una alimentación rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, D, B), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada), disminuir el consumo de alimentos con alta concentración de azúcar.
- Se debe evitar la administración de anestesia local con vasoconstrictor en el primer trimestre.
- No realizar toma radiográfica.
- Sólo se debe eliminar el tejido reblandecido y la posterior aplicación de analgésicos pulpares, controles periódicos.

10. **PULPITIS IRREVERSIBLE ASINTOMÁTICA (HIPERPLÁSICA Y ULCERATIVA)**	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K04.05 KO4.04	I – II

DEFINICIÓN

Inflamación progresiva y lenta de la pulpa producida inicialmente como consecuencia de una lesión dentinaria profunda, misma que por el proceso infeccioso afecta primero a la parte más externa de la pulpa, de sintomatología dolorosa a estímulos directos, muy similar a la hiperemia pulpar, pero de larga duración al retirar el estímulo. También puede ser de origen traumático debido a fractura de la corona.

CLASIFICACIÓN

Pulpitis irreversible asintomática propiamente dicha:

Lesión pulpar con ausencia de sintomatología, generalmente presente en caries dentinarias profundas; en estos casos debe realizarse el tratamiento endodóntico lo antes posible.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Pulpitis ulcerosa: es la exposición pulpar, pudiendo ser traumática o accidental (fractura coronaria complicada) y no traumática (infecciosa) que es la ulceración crónica de la pulpa expuesta debido a la progresión de la cavidad cariosa.

Pulpitis hiperplásica: la pulpitis crónica hiperplásica o pólipo pulpar se produce por una proliferación de tejido de granulación en una pulpa joven con lesión crónica, ampliamente expuesta por una caries extensa.

Pulpitis irreversible asintomática:

- Caries profundas.

Complicaciones:

En niñas/niños: se presenta como:

- Lesiones cariosas amplias y profundas.
- Sintomatología a estímulos.
- Dolor al empaquetamiento.
- Dolor a agentes ácidos, dulces y térmicos.
- Exacerbado al frío y mitigante al calor.

Pulpitis ulcerosa:

- Sintomática a la exploración.
- Dolor a estímulos físicos y químicos.
- Hemorragia a la exploración.
- Dolor a la presión directa exploración y masticación.
- Dolor moderado a estímulos químicos.

Pulpitis hiperplásica:

- Caries extensa.
- Sintomática y hemorrágica a la exploración.

- Dolor a estímulos físicos y químicos.
- Determinar mediante la inspección el pedículo de inserción

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- Hiperplasia gingival o pólipo gingival.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS A CRITERIO PROFESIONAL
Nivel I o II según disponibilidad.
Gabinete:
- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía RVG.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
PROCEDIMIENTO
Nivel I y II
Pulpitis ulcerosa:

Traumática:
- Diagnóstico clínico.
- Análisis radiográfico.
- Consentimiento informado.
- Administración de anestesia.
- Aislado absoluto.
- Limpieza de la cavidad con clorhexidina al 2% y/o hipoclorito al 2,0 al 2,5%. suero fisiológico.
- Protección directa con hidróxido de calcio (si el paciente acudió dentro de las 24 horas post-trauma).
- Control clínico radiográfico periódico y si amerita pulpectomía.
- Obturación temporal con ionómero de vidrio y/o definitiva.

En dientes temporales que hayan sufrido una pulpitis ulcerosa traumática realizar la pulpectomía.

No traumática:
- Remoción de tejido cariado y pulpotomía provisional.
- Medicación intermedia (tricresol y formocresol).
- Obturación provisional.
- Pulpectomía según protocolo de endodoncia de pulpitis irreversible.
- En caso de que exista apicogénesis incompleta realizar la pulpotomía (en piezas permanentes jóvenes), luego de completar la apexificación, realizar la pulpectomía.
- En dientes temporales que hayan sufrido una pulpitis ulcerosa realizar la pulpectomía.

Nivel I y II
Pulpitis hiperplásica en piezas dentarias permanentes jóvenes:
- Diagnóstico clínico.
- Lectura radiográfica.
- Consentimiento informado.
- Administración de anestesia.
- Aislado absoluto.
- Eliminación del pólipo.

- Eliminación de tejido reblandecido.
- Pulpotomía.
  - En caso de que exista apicogénesis incompleta realizar la pulpotomía (en piezas permanentes jóvenes), luego de completar la apexificación, realizar la pulpectomía.

Pulpitis hiperplásica en piezas dentarias temporarias:

- En esta patología antes de plantear tratamiento se deberá tomar en cuenta la edad de la pieza dentaria, grado de destrucción de la misma y sobre todo riesgo estratégico para intentar su tratamiento endodóntico o la exodoncia.
- Orientar sobre la confección de mantenedor de espacio.

Nivel I y II

En pulpitis crónica inicial en niños/niñas se procederá a realizar pulpotomía:

- Consentimiento informado.
- Lectura radiográfica.
- Control del dolor (anestesia imprescindible).
- Pulpotomía (técnica endodóntica parcial).
- Una sola sesión.
- Aislado absoluto imprescindible.
- Eliminación del tejido carioso (márgenes, paredes y piso).
- Desinfección de la preparación previa apertura de la cámara.
- Eliminación de la pulpa cameral con cureta de dentina o fresa redonda a baja rotación hasta la entrada de los conductos.
- Lavado con solución salina en torundas.
- Secado de la preparación.
- Fijación de los remanentes pulpares vitales con: opcional (formocresol dilución al 50%, por tres minutos, torunda embebida y exprimida; alternativa, puede ser torunda de sulfato férrico por 1 minuto, glutaraldehído en torunda por dos minutos, o en casos debidamente controlados y diagnosticados, hidróxido de calcio).
- Retirar la torunda con la medicación empleada y colocar base de óxido de zinc y eugenol en pasta, cemento protector.
- Obturación final, devolviendo la funcionalidad a las piezas dentarias.

Pulpitis ulcerosa:

- **Tratamiento endodóntico**

Pulpitis hiperplásica:

- **Tratamiento endodóntico:**
  - En adultos
  - En niñas/niños: en esta patología antes de plantear tratamiento se deberá tomar en cuenta la edad de la pieza dentaria, grado de destrucción de la misma y sobre todo riesgo estratégico para decidir su tratamiento endodóntico o exodoncia.

RECOMENDACIONES

- Control clínico-radiográfico cada tres meses durante el primer año.
- Evitar alimentos por vía oral durante las dos primeras horas post tratamiento.
- En niños/niñas: la obturación final se determina de acuerdo al grado de destrucción coronaria.

OBSERVACIONES

- En niños/niñas la referencia del paciente con este diagnóstico no es requisito para que el tratamiento integral sea bajo anestesia general, quedando esta acción a criterio del especialista.
- Las endodoncias en piezas dentarias unirradiculares deben ser atendidas en nivel I y las bi y multirradiculares en nivel II.
- Las endodoncias en piezas dentarias temporarias deberán ser resueltas en odontopediatría.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo o cinta dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser saludable y rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, D, B), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Visitas periódicas al odontólogo sobre educación en salud oral.
- Evitar alimentos de consistencia dura mientras no se concluya el tratamiento para evitar fracturas.

11. **PULPITIS IRREVERSIBLE ASINTOMÁTICA EN PIEZAS CON APICOGÉNESIS INCOMPLETA**	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K04.08	I – II

DEFINICIÓN

Inflamación crónica de la pulpa producida por microorganismos infecciosos, lesión sin capacidad de recuperación a pesar de que cesen los estímulos externos que han provocado el estado inflamatorio en piezas dentarias que no han completado su apicogénesis.

DIAGNÓSTICO

CRxITERIOS CLÍNICOS

- Lesiones cariosas amplias y profundas.
- Al examen radiológico edad joven biológica de la pulpa dentaria (apicogénesis incompleta).
- Sintomático (sólo a estímulos).
- Radiográficamente presencia de comunicación pulpar.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

Nivel I y II, en niños y jóvenes:

- Diagnóstico clínico (importante el test de vitalidad).
- Diagnóstico radiográfico.
- Consentimiento informado.

Pulpotomía en una sola sesión:

- Control del dolor (técnica anestésica acorde a la pieza a tratar).
- Aislamiento absoluto.
- Remoción de caries con fresa redonda de carburo (alta o baja velocidad).
- Desinfección de la superficie con clorhexidina al 2% antes de realizar la exposición pulpar.
- Destechado con fresa redonda de carburo de alta o baja velocidad.
- Eliminación de la pulpa cameral con cuchareta de dentina desde las paredes hacia el centro.
- Lavado profuso con suero fisiológico.
- Secado con motas de algodón estériles.
- Verificar ausencia de sangrado profuso a nivel de los muñones remanentes en la entrada de los conductos (en caso de presentar sangrado verificar que no exista presencia de algún trozo de pulpa sin eliminar)
- Aplicación de pasta de hidróxido de calcio en la entrada de los conductos.
- Colocación de pasta de óxido de zinc – eugenol en la cámara pulpar
- Colocación de ionómero de vidrio para un sellado hermético.
- Verificar la ausencia de signos y síntomas clínicos.
- Restauración definitiva.

RECOMENDACIONES

- Control clínico-radiográfico cada tres meses durante el primer año.
- Evitar alimentos por vía oral durante las dos primeras horas post tratamiento.
- En niñas/niños: la obturación final se determina de acuerdo al grado de destrucción coronaria.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II según disponibilidad.

Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía RVG.
- Rx post tratamiento.

Terapéutica analgésico antiinflamatoria (ibuprofeno 400 mg cada ocho horas por cinco días).

- Control radiográfico periódico hasta que se verifique el cierre apical.
- No consumir alimentos por el lapso de 1 a 2 horas concluido el tratamiento odontológico.

OBSERVACIONES

- En caso de que el diagnóstico sea pulpitis irreversible, gangrena pulpar o patología perirradicular en estas piezas dentarias jóvenes, debe referirse al nivel II, especialista para realizar el tratamiento endodóntico y obturar con hidróxido de calcio para inducir la apicoformación y luego realizar la obturación radicular convencional.
- Las endodoncias en piezas dentarias unirradiculares deben ser atendidas en nivel I y las bi y multirradiculares en nivel II.
- Las endodoncias en piezas dentarias temporarias deberán ser resueltas en odontopediatría.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGI ÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo o cinta dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, D, B), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Se debe cuidar la pieza dentaria, evitando cualquier tipo de trauma (golpes, caídas).

12. NECROSIS DE LA PULPA (GANGRENA PULPAR O NECROSIS INFECCIOSA) DEGENERACIONES DE LA PULPA (PROCESOS PULPARES TERMINALES)	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K04.1 K04.2	I – II

DEFINICIÓN

Muerte pulpar con formación de materia purulenta y/o serosanguinolenta, desprende olor fétido, debido a que la patología infecciosa llega a degenerar la totalidad del paquete vásculo-nervioso.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

En adultos:

- Sintomatología aguda o reagudización del proceso:
- Dolor espontáneo pulsátil, irradiado y prolongado, exacerbado al calor y mitigante al frío, debido a la elaboración de gases producto de la descomposición pulpar; éste llega a estimular al tejido periapical donde todavía existe vitalidad.
- Acumulación de pus y exudado.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I o II según disponibilidad.

Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía RVG.

En niñas/niños:

- Dolor espontaneo pulsátil, irradiado y prolongado exacerbado al calor y mitigante al frío
- Dolor nocturno, con posterior aumento de movilidad dentaria sensible a la oclusión.
- A cavidad abierta el dolor disminuye, se incrementa con empaquetamiento de comida.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

Nivel I y II en piezas permanentes:

Gangrena pulpar:

Tratamiento Odontológico General de urgencia:

Primera sesión:

- Diagnóstico clínico.
- Consentimiento informado.
- Interpretación radiográfica.
- Aislado absoluto y/o relativo
- Irrigación abundante con hipoclorito de sodio al 5,25%
- Instrumentación e irrigación.
- Conductometria
- Secado.
- Medicación intermedia con hidróxido de calcio.
- Obturación con cemento provisional.

Tratamiento de endodoncia:

- Según protocolo de pulpitis irreversible

Primera sesión:

- Si existe exudado purulento se aconseja irrigar con hipoclorito de sodio al 2,5%, secar y dejar abierta la cavidad sin ninguna medicación con una torunda de algodón para evitar empaquetamiento de alimentos.
- Terapéutica farmacológica, si el caso lo requiere.

Segunda sesión:

- Aislado absoluto y /o relativo.
- Retiro de obturación provisional.
- Preparación mecánica del conducto radicular.
- Irrigación del conducto radicular.
- Secado de conducto radicular.
- Medicación intrarradicular con hidróxido de calcio no menor a siete días.
- Obturación con cemento provisional.
- Terapéutica farmacológica, si el caso lo requiere.

Tercera sesión:

- Aislado absoluto y/o relativo.
- Retiro de obturación provisional.
- Irrigación del conducto radicular.
- Secado de conducto radicular.
- Conometría.
- Obturación de conducto radicular, conos de gutapercha y sellador endodóntico (cemento endodóntico)
- Control radiográfico.
- Obturación con cemento provisional.
- Contrarreferencia a odontología general.

Nivel I y II

Tratamiento odontológico de urgencia en piezas temporarias:

Primera sesión:

- Diagnóstico clínico.
- Consentimiento informado.
- Interpretación radiográfica.
- Apertura de la cámara pulpar para aliviar la presión.
- Dejar una torunda de algodón en la cámara pulpar para evitar empaquetamiento de alimentos.
- Si existiese exudado purulento se aconseja irrigar con hipoclorito de sodio al 2,5%, secar y dejar abierta la cavidad sin ninguna medicación con una torunda de algodón para evitar empaquetamiento de alimentos.
- Terapéutica farmacológica.

Segunda sesión:

- Aislado absoluto y/o relativo.
- Retiro de la obturación provisional.

- Preparación biomecánica del conducto radicular.
- Irrigación del conducto radicular.
- Secado de conducto radicular.
- Medicación intrarradicular con hidróxido de calcio por siete días.
- Obturación con cemento provisional
- Terapéutica farmacológica.
- Si el caso lo requiere: antibioticoterapia.

Tercera sesión:

- Aislado absoluto y/o relativo.
- Retiro del hidróxido de calcio.
- Irrigación del conducto radicular.
- Secado de conducto radicular.
- Conometría.
- Obturación de conducto radicular.
- Control radiográfico.

RECOMENDACIONES

- Durante todo el procedimiento se recomienda irrigación abundante con hipoclorito de sodio al 2,5% al 5%.
- De acuerdo a la pieza dentaria, complejidad y sintomatología se pueden extender el número de sesiones.
- Controles clínico radiológicos periódicos cada tres meses durante el primer año, post- tratamiento.
- En la mujer gestante el tratamiento endodóntico se realizará según criterio del profesional y previa interconsulta médica.
- En caso de exodoncia: el paciente deberá cumplir con los cuidados y recomendaciones que indica el odontólogo.
- En caso de exodoncia a temprana edad sugerir la interconsulta con el ortodoncista para mantener el espacio.

Tratamiento endodóntico según protocolo de pulpectomía en dientes temporarios:

- Se tratarán **endodónticamente** sólo tomando en cuenta las siguientes consideraciones:
  - Grado de reabsorción radicular.
  - Grado de destrucción coronaria.
  - Edad del paciente.
  - Edad de la pieza dentaria.
  - Grado de cooperación del paciente.
  - Riesgo estratégico de la pieza a tratar.
- Tratamiento radical **exodoncia:** que deberá ser seguido de un manejo adecuado del espacio, explicar al paciente la importancia de la interconsulta con ortodoncia.

OBSERVACIONES

- Las endodoncias de piezas dentarias unirradiculares deben ser atendidas por el nivel I.
- Las piezas dentarias unirradicular, birradicular y multirradiculares serán atendidas en nivel II.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional. En caso de exodoncia:
  - Morder el algodón por el tiempo que le indique el odontólogo.
  - No ingerir alimentos durante tres horas o más.
  - Dieta blanca y blanda.
  - No ingerir bebidas gaseosas.
  - No ingerir bebidas alcohólicas ni fumar durante las primeras 48 horas.
  - Cumplir con la terapia farmacológica.

13. PERIODONTITIS APICAL AGUDA ORIGINADA EN LA PULPA (PERIODONTITIS PERIRRADICULAR AGUDA) – PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA (PERIODONTITIS PERIRRADICULAR CRÓNICA)	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K04.4 K04.5	I – II

DEFINICIÓN

Periodontitis apical aguda originada en la pulpa o periodontitis perirradicular aguda: es la inflamación del ligamento periodontal apical producida por los irritantes locales provenientes de la pulpa inflamada irreversiblemente.

Periodontitis apical crónica o periodontitis perirradicular crónica: es una lesión de larga duración, "latente" asintomática o levemente sintomática, que suele acompañarse de reabsorción ósea apical.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Periodontitis apical aguda:

La sintomatología varía de moderada a intensa en la masticación y la percusión:

- El paciente refiere que su "diente ha crecido".
- Radiográficamente muchas veces no se observan cambios o se puede observar un engrosamiento del espacio periodontal en el tercio apical.

No asociado a:

- Malestar general.
- Formación de edema en tejidos blandos circundantes a la pieza dentaria.
- Persistencia de los síntomas, dolor pulsátil.

Periodontitis apical crónica:

- El paciente no manifiesta dolor significativo.
- A la percusión vertical el paciente refiere una "sensación extraña".
- Las pruebas de vitalidad tienden a ser negativas.
- Radiográficamente las imágenes que varían desde el engrosamiento del espacio periodontal y reabsorción de la lámina dura, hasta la destrucción del hueso periapical con francas lesiones perirradiculares radiolúcidas.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II: según disponibilidad.

Gabinete:

- Radiografía periapical.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Nivel I y II

Periodontitis apical aguda y crónica en piezas permanentes:

- Consentimiento informado.
- Diagnóstico clínico.
- Toma de Rx inicial.
- Aplicación de anestesia local si hay sintomatología.
- Aislamiento absoluto y/o relativo.

- Remoción de tejido cariado, apertura de la cámara pulpar.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 2,5 al 5,25%.
- Secado.
- Medicación intermedia con hidróxido de calcio y obturación con cemento provisional.
- Terapéutica farmacológica, si el caso lo requiere.

Periodontitis apical aguda y crónica en piezas temporarias:

- Diagnóstico clínico.
- Consentimiento informado.
- Toma de Rx inicial.
- Valorar el grado de rizólisis de la pieza temporaria.
- Radiovisiografía RVG.
- Aislamiento absoluto y/o relativo.
- Remoción de tejido cariado, apertura de la cámara pulpar.
- Irrigación con hipoclorito de sodio al 2,5 al 5,25%.
- Secado.
- Medicación intermedia con hidróxido de calcio y obturación con cemento provisional.
- Terapéutica farmacológica, si el caso lo requiere.

Tratamiento endodóntico:

- Según tratamiento de necrosis pulpar.
- Terapéutica farmacológica, si el caso lo requiere.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado y radiografía previa.
- Si el/la paciente post endodoncia requiere cirugía referir a la especialidad de cirugía.

RECOMENDACIONES

- Control clínico-radiográfico cada tres meses durante el primer año.
- Evitar ingestión de alimentos durante las dos primeras horas post tratamiento.
- En niños/niñas: la obturación final se determina de acuerdo al grado de destrucción coronaria.
- Si los síntomas y signos no ceden pese al tratamiento endodóntico realizado durante un determinado tiempo, se realizará una interconsulta con cirugía odontológica.
- En caso de **piezas dentarias temporarias** si los síntomas y signos no ceden pese al tratamiento endodóntico realizado durante un determinado tiempo, se procederá a realizar la exodoncia de la pieza.
- Valorar la presencia de lesión de furca.
- Valorar si la pieza es restaurable
- Aplicación de anestesia local si hay sintomatología.
- Aislamiento absoluto.
- Remoción de tejido cariado, trepanación de la cámara pulpar y eliminación de paquete vásculo nervioso o de restos pulpares necróticos.
- Irrigación abundante de conductos radiculares con hipoclorito de sodio al 2,0 ó 2,5% (sin ejercer presión apical durante la irrigación).
- Aspiración y secado de conducto radicular (conos de papel).
- Medicación intermedia, hidróxido de calcio y obturación provisional
- Tratamiento endodóntico de la pieza (necropulpectomías en piezas dentarias temporarias).
- Terapéutica analgésica y/o antibiótica en caso de ser necesario.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Una vez concluido el tratamiento el paciente debe regresar al consultorio de origen.

OBSERVACIONES

- Se debe hacer notar que, una vez concluido el tratamiento endodóntico, el paciente no estará con alta definitiva hasta que desaparezca la lesión radiolúcida periapical visible radiográficamente, de ahí la importancia de los controles radiográficos ambulatorios periódicos.
- Las endodoncias de piezas dentarias unirradiculares deben ser atendidas por el nivel I.
- Las piezas dentarias unirradicular, birradicular y multirradiculares serán atendidas en nivel II.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre visitas periódicas al odontólogo.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Aprovechar los alimentos producidos en la zona geográfica donde habita, consumiendo de preferencia alimentos que contengan calcio, fósforo y flúor.
- En el caso de periodontitis aguda consumir alimentación blanda por la sintomatología.
- Evitar fumar durante el tratamiento.

14. **ABSCESO PERIAPICAL AGUDO SIN FÍSTULA ABSCESO PERIAPICAL CRÓNICO CON FÍSTULA**	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K04.7 K04.6	I – II

DEFINICIÓN

Concentración circunscrita, localizada de pus en el ápice de una pieza dentaria, que se debe a una infección de la pulpa a través de la caries dental o una lesión que produce necrosis de la pulpa.

CLASIFICACIÓN

Absceso periapical agudo sin fístula: es una lesión formada por licuefacción localizada o difusa, de origen pulpar que destruye los tejidos perirradiculares debido a la presencia de irritantes bacterianos.

Absceso periapical crónico con fístula: es un trastorno inflamatorio de origen pulpar que se caracteriza por la presencia de una lesión antigua que ha dado paso a un absceso que drena por un trayecto fistuloso hacia una superficie mucosa o cutánea, también puede drenar a través del surco gingival del diente afectado imitando una lesión periodontal con bolsa.
El absceso apical crónico se asocia con un trayecto fistuloso que drena en forma continua o intermitente, lesión conocida también como **periodontitis apical crónica supurativa.**

DIAGNÓSTICO

Absceso periapical agudo sin fístula:

- De evolución rápida.
- Dolor espontáneo, muchas veces pulsátil.
- Dolor que aumenta con el calor y disminuye con el frío.
- Dolor agudo al menor contacto de la pieza.
- Dolor a la palpación de tejidos blandos.
- Presencia de tumefacción fondo del vestíbulo.
- Movilidad dental aumentada no fisiológica.
- Hipertermia, malestar general.

Absceso periapical crónico con fístula:

- Ausencia de sintomatología dolorosa (pruebas de vitalidad son negativas).
- A la percusión vertical el paciente refiere una “sensación extraña”, se percibe un sonido mate u opaco.
- Presencia de halitosis y sabor amargo en la boca.
- El examen radiográfico revelará pérdida ósea a nivel del ápice desde un simple engrosamiento hasta una zona radiolúcida de dimensiones considerables.
- Presencia de estoma o fístula a nivel de los tejidos blandos circundantes a la pieza dentaria.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel I ó II según disponibilidad.

Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía RVG.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
PROCEDIMIENTO
Nivel I y II
Absceso periapical agudo:

- Ver tratamiento de emergencia odontológica de periodontitis apical aguda y crónica.
- Apertura de cámara pulpar de la pieza dentaria y dejar la cavidad abierta
- Dejar una torunda de algodón seca en la cámara pulpar para evitar empaquetamiento de alimentos.

Terapéutica farmacológica:

- Amoxicilina de 500mg cada 8 horas durante 7 días.
- Amoxilina 1 g cada 12 horas durante siete días.
- Amoxicilina y ácido clavulánico 1 g cada 12 horas durante siete días.
- Eritromicina 500 mg cada 6 horas durante siete días
- Azitromicina 500 mg cada 24 horas durante cinco días.
- Diclofenaco 50 mg cada 8 horas durante 3 días.
- Ibuprofeno 400 mg cada ocho horas durante dos días.

En piezas temporarias:

- Apertura de cámara pulpar y dejar la cavidad abierta.
- Dejar una torunda de algodón seca en la cámara pulpar para evitar empaquetamiento de alimentos.

Terapéutica farmacológica:

- Amoxicilina 50 mg/Kg. peso cada ocho horas por siete días.
- Segunda opción: amoxicilina más inhibidor betalactamasa 50 mg/Kg./peso cada ocho horas por siete días.
- Ibuprofeno 30 mg/Kg. /peso cada ocho horas por dos días, de acuerdo a criterio del profesional.

Nivel I y II
Absceso periapical crónico:
Tratamiento endodóntico:

- En caso de resolución total del edema: medicación intermedia (formocresol o tricresol), obturación provisional (terapéutica farmacológica: amoxicilina 500 mg cada ocho horas por siete días y metronidazol 500 mg cada ocho horas por siete días).
- En caso de persistencia del edema, dejar una torunda de algodón seca en la cavidad abierta.
- Cuando el edema desaparezca medicar con una pasta de hidróxido de calcio y propilenglicol o glicerina por un período mínimo de siete días.
- Cuando la pieza dentaria se encuentra asintomática, los conductos secos y hay ausencia de olor fétido, se procede a obturar los conductos radiculares.
- Control radiográfico post operatorio.

Nivel II
Tratamiento endodóntico en piezas temporarias:

- Valorar el grado de rizólisis de la pieza temporaria.
- Valorar la presencia de lesión de furca.
- Valorar si la pieza es restaurable.
- Según protocolo de manejo pulpectomia.

En caso de absceso periapical con fístula (en piezas permanentes):

- Realizado el diagnóstico:
  - **En nivel I y II** realizar en cada sesión medicación intermedia (intrarradicular) con hidróxido de calcio mínimo por siete días, obturándola provisionalmente después de cada sesión.

En caso de absceso periapical con fístula (en piezas temporarias):

- Realizado el diagnóstico:
  - En caso de que la pieza sea restaurable se procede a realizar el tratamiento endodoncia.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Si el/la paciente presenta un signo de alarma debe ser referido al cirujano maxilofacial.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de referencia y contrarreferencia debidamente llenado.
- Una vez concluido el tratamiento el paciente debe regresar al consultorio de origen para control clínico radiográfico.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de signos y síntomas.

RECOMENDACIONES

- Recomendar también visitas periódicas al odontólogo para el control radiográfico.
- Solamente en casos excepcionales se programará una solución endodóntico quirúrgica inmediata.

OBSERVACIONES

- Una vez concluido el tratamiento endodóntico, el paciente no estará con alta definitiva hasta que desaparezca la lesión radiolúcida periapical visible radiográficamente, de ahí la importancia de los controles radiográficos periódicos.
- En caso de que no exista respuesta favorable al tratamiento de la patología se recomienda realizar cultivo y antibiograma en establecimientos de salud de nivel II o III según disponibilidad.
- Si los síntomas y signos no ceden pese al tratamiento endodóntico realizado durante un determinado tiempo, se realizará una interconsulta con cirugía odontológica.
- Las endodoncias de piezas dentarias unirradiculares deben ser atendidas en el nivel I, las bi y multirradiculares deben ser atendidas en el nivel II.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Evitar la masticación con fuerzas excesivas con la pieza dentaria durante el tratamiento.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.

- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

15. **GINGIVITIS ASOCIADA Y NO ASOCIADA A PLACA BACTERIANA**	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K05.10 K05.18	I – II

DEFINICIÓN

Inflamación del tejido gingival sin pérdida de inserción del tejido conectivo, ni pérdida de soporte óseo, manifestándose con diferentes trastornos clínicos, fisiológicos y microscópicos.

ETIOLOGÍA

Gingivitis aguda asociada a placa bacteriana:

- Presencia de placa bacteriana, en las superficies dentarias o protésicas.

Gingivitis asociada a placa bacteriana y trastornos hormonales

- Embarazo.
- Pubertad.
- Ciclo menstrual.
- Anticonceptivos.

Gingivitis aguda no asociada a placa bacteriana:

- Se presenta en enfermedades de tipo:
  - Bacteriano específico (treponema palidium, estreptococos).
  - Viral (herpes, gingivoestomatitis).
  - Micóticas (cándida albicans).
  - Genético (fibromatosis gingival).
  - Sistémico (lesiones mucocutáneas, alérgicas).
  - Traumático.

CLASIFICACIÓN

Gingivitis asociada a placa bacteriana:

- Gingivitis modificada por fármacos: por ciclosporina A, bloqueadores de canales de calcio y el nifedipino (agrandamiento gingival).
- **Agrandamiento gingival:** aumento de tejido gingival ya sea en el número o tamaño de las células.

Gingivitis no asociada a placa bacteriana:

- Gingivoestomatitis herpética primaria: afección viral aguda (frecuente en la mucosa bucal de los niños/niñas), se da generalmente en pacientes inmunodeprimidos, inmunodependientes, estrés, traumas mecánicos, intoxicación alimentaria.

FACTORES DE RIESGO

Gingivitis asociada a placa bacteriana:

- Recesiones o retracciones gingivales, caries, restos radiculares, mal posición dentaria.
- Tabaco.
- Prótesis mal adaptadas o sin ajuste cervical, etc.
- Ortodoncia.

Gingivitis modificada por fármacos:

- Causada por la ingesta de fármacos.

Gingivitis no asociada a placa bacteriana:

- Enfermedades sistémicas (hemofilia, diabetes, arteriosclerosis, poliglobulia, pacientes con endocarditis bacteriana, paciente con cirugías cardíacas, enfisema pulmonar, alteraciones gástricas o hepatobiliares, etc.).

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Gingivitis

- Se presenta en cualquier edad o sexo del paciente.
- Encía inflamada con aumento progresivo del volumen (edema).
- Aumento del fluido crevicular o gingival.
- Sangrado provocado o espo ntáneo.
- Eritema, cambio del tono de color de la encía a rojo azulado o violáceo.
- Textura lisa, blanda, brillante, depresible de contorno irregular.
- Halitosis.
- Ausencia de bolsas periodontales.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel III

Laboratorio:

- Histopatológico.
- Antibiograma.

Gingivoestomatitis herpética primaria:

- Presencia de vesículas y ulceras en mucosa bucal y labios.
- Fiebre.
- Malestar general.
- Irritabilidad.
- Sialorrea.
- Linfoadenopatía regional bilateral.
- Contagioso.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

Nivel I

Gingivitis asociada a placa bacteriana:

- Consentimiento informado.
- Detartraje supra y sub gingival:
  - Manual
  - Ultrasonido de acuerdo al paciente (contraindicado en pacientes con marcapaso, con VIH, hipersensibilidad dentinaria), previo enjuague con clorhexidina al 0,12%.
- Eliminación de irritantes locales (caries, obturaciones desbordantes, coronas sin ajuste, etc.).
- Despigmentación, con la utilización de chorro de bicarbonato.
- Pulido de coronas con gomas y pastas.
- Uso de antisépticos, colutorios (clorhexidina).

En niños/niñas:

- Control de la placa bacteriana (profilaxis).

- Tratamiento de obturaciones desbordantes.
- Detartraje supragingival según criterio profesional.

Gingivitis modificada por fármacos (agrandamiento gingival):
- Interconsulta con el médico tratante y/o quirúrgico.

Nivel II

Gingivitis no asociada a placa bacteriana:
- Consentimiento informado.
- Origen bacteriano específico:
  • Antibioticoterapia: amoxicilina 500 mg cada ocho horas durante 7 días.
- De origen viral:
  - Aciclovir 200 mg comprimido o pomada al 3% tres veces al día.
  - Paracetamol 120 ó 125 mg cada 6 a 8 horas.
  - Lidocaína tópica:
- Por hongos:
  - Metronidazol 500 mg cada ocho horas por 7 días.
- Origen genético:
  - Tratamiento quirúrgico – gingivectomía.
- Alivio del dolor (AINES).
  - Ibuprofeno 400 mg cada ocho horas o paracetamol 500 mg cada 6 u 8 horas de acuerdo criterio del especialista.
- Control dos veces por semana hasta la resolución de la enfermedad.

COMPLICACIONES

Gingivitis asociada a placa bacteriana:
- Periodontitis.
- Gingivitis ulceronecrotizante (GUN).
- Reagudización del caso.
- Gingivitis no asociada a placa bacteriana: malestar general.

CRITERIOS DE REFERENCIA
- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- A periodoncia en nivel II o interconsultas con otros especialistas por enfermedades sistémicas.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA
- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Una vez resuelta la patología el paciente podrá volver a su respectivo centro de atención odontológica.

RECOMENDACIONES

Gingivitis aguda asociada a placa bacteriana:
- Instrucciones de higiene oral, técnica de cepillado.
- Visitas periódicas de 6 a 12 meses.
- Evitar alimentos irritantes.
- No fumar ni consumir bebidas alcohólicas.
- En caso de mal posición dentaria y respiradores bucales, consultar con ortodoncista y otorrinolaringólogo.

Gingivoestomatitis herpética primaria:

- Reagudización del cuadro viral con manifestaciones regionales o sistémicas.

Gingivitis aguda no asociada a placa bacteriana:

- Control dos veces por semana hasta la resolución de la enfermedad.
- Cumplir con la prescripción terapéutica.
- No hacer uso de los dispositivos ultrasónicos (ultrasonido, ni chorro).
- No fumar, ni consumir bebidas alcohólicas.

Gingivoestomatitis herpética primaria:

- Ingesta de líquidos fríos en gran cantidad.
- Enjuagues de clorhexidina al 0,12% dos veces al día por 15 días.

En niñas/niños:

- Prescribir enjuagues bucales sin alcohol.

OBSERVACIONES

- Controlar el estado emocional y psicológico del paciente, estrés.
- Pacientes que no tienen el control psicomotor, aplicación de enjuagues bucales con hisopos y cepillos eléctricos.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Uso de cepillos interdentales.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% o triclosan, según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), Omega 3 consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

16. **PERIODONTITIS CRÓNICA Y AGRESIVA**	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K05.3	I – II

DEFINICIÓN

Periodontitis crónica y periodontitis agresiva: enfermedad infecciosa producida por la pérdida de la inserción conectiva, ligamento periodontal, hueso y cemento radicular.

ETIOLOGÍA

- Placa bacteriana, calculo supragingival y subgingival

-bolsa periodontal

- Agentes causales: porfiromonas gingivales, prevotella intermedia, actinobacillus (agregaty bacter), actinomycentemcomitas, espiroquetas, fusubacterium, entre otros.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Periodontitis crónica:

- Comprendida en sus tres estadios:
  - Leve.
  - Moderada.
  - Avanzada.

- **Pudiendo ser localizada o generalizada:**
  - Inflamación gingival (edema, eritema, aumento del fluido crevicular, hemorragia).
  - Recesión gingival.
  - Pérdida de inserción con formación de bolsas periodontales.
  - Pérdida ósea (horizontal principalmente).
  - Movilidad dentaria (en sus tres grados).
  - Compromiso de furcación (I, II y III).
  - Halitosis.
  - Supuración.
  - Complicaciones:
    - ▲Mayor movilidad dentaria.
    - ▲Pérdida dentaria.

Periodontitis agresiva:

- Comprendida en sus tres estadios:
  - Leve.
  - Moderada.
  - Avanzada.

- **Pudiendo ser localizada o generalizada:**
  - Predominancia de lactobacilos actinomycetemcomitans.
  - Poca inflamación gingival.
  - Pérdida osea vertical.
  - Bolsas profundas.
  - Generalmente sin presencia de cálculo.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Radiográfico seriada.
- Exámenes microbiológicos (antibiograma, cultivos microbiológicos).
- Tomografía computarizada.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

Nivel I

Periodontitis crónica:

- Consentimiento informado.
- Periodontograma.

Tratamiento no quirúrgico:

- Alisado radicular.
- Antibioticoterapia:
  - Amoxicilina de 500 mg y metronidazol de 250 o 500 mg. Cada 8 Hrs por 7 a 14 días. (en casos de periodontitis crónica moderada y avanzada)

Tratamiento quirúrgico:

- Consentimiento informado.
- Colgajos periodontales.
- Cirugías óseas (Resectivas).
- Gingivectomías.
- Drenajes, raspado y alisado (también en abscesos periodontales).
- Extracción del diente.

Nivel II

Periodontitis agresiva:

Tratamiento no quirúrgico:

- Alisado radicular.
- Antibioticoterapia:
  - Doxiciclina cápsulas de 100 mg cada ocho horas por siete días, o eritromicina 500 mg cada ocho horas de 7 a 10 días.

Reevaluación del paciente para realizar:

Tratamiento quirúrgico:

- Consentimiento informado.
- Colgajos periodontales.
- Cirugías óseas (Resectivas).
- Gingivectomías.
- Drenajes, raspado y alisado (también en abscesos periodontales).
- Extracción del diente.

El profesional podrá aconsejar al paciente sobre:

- **Medidas regenerativas:**
  - Regeneración ósea guiada.
  - Regeneración tisular guiada.

- **Medidas restaurativas:**
  - Implante dentario.
  - Prótesis fija y/o removible.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Referir a la especialidad de Periodoncia.
- Interconsulta con otras especialidades por enfermedades sistémicas.

RECOMENDACIONES

- Cumplir con la terapia de soporte periodontal según indicación del especialista.
- Cumplir con controles cada 1,2 y 3 meses según criterio del profesional.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Estabilidad clínica periodontal para la terapia de soporte periodontal con su odontólogo general.

OBSERVACIONES

- Paciente deberá estar informado de posibles alternativas restauradoras (implantes-prótesis).

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Cepillo interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación en uso de enjuagues bucales o pastas dentales con clorhexidina al 0,12% o triclosan, bajo prescripción del especialista.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), Omega 3, consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

17. ENFERMEDAD PERIODONTAL NECROTIZANTE (GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE Y PERIODONTITIS ULCERONECROTIZANTE)	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K04.7 K04.6	I – II

DEFINICIÓN

Enfermedad infecciosa destructiva de la encía y hueso.

ETIOLOGÍA

- Agentes causales: microorganismos espiroquetales y fusiformes (prevotella intermedia, selenomonas)
- Gingivitis marginal crónica
- Periodontitis con bolsas profundas
- Pericoronaritis
- Áreas traumatizadas por agentes físicos y químicos
- Consumo de tabaco
- Leucemia
- Inmunodeficiencia
- Estrés

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Gingivitis ulceronecrotizante (GUN)

- Dolor.
- Halitosis.
- Áreas sangrantes.
- Adenopatías.
- Malestar.
- Fiebre.
- Gusto metálico.
- Zonas eritematosas.
- Anorexia.
- Necrosis en la encía marginal e insertada.
- Pseudomembrana blanca grisácea.

Complicaciones (de GUN a PUN):

- Recidivas.
- Periodontitis.

Periodontitis ulceronecrotizante:

- Dolor.
- Halitosis.
- Áreas sangrantes.
- Adenopatías.
- Malestar.
- Fiebre.
- Gusto metálico.
- Zonas eritematosas.

- Anorexia.
- Necrosis en la encía marginal e insertada.
- Pseudomembrana blanca grisácea.
- Perdida ósea.
- Bolsas periodontales.
- Presencia de candidiasis.
- Asociada a VIH.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel II y III

Gabinete:

- Radiográfico seriado.

Laboratorio:

- Exámenes histopatológicos.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

Nivel I

- Controlar el estado emocional y psicológico del paciente, estrés.

Tratamiento no quirúrgico:

- Realizar sólo el tratamiento de la norma de gingivitis asociada a placa bacteriana.

Nivel II

Tratamiento quirúrgico:

- Consentimiento informado.
- Hospitalización, de acuerdo a la gravedad.
- Gingivectomías.
- Gingivoplastías.
- Colgajos periodontales.
- Antibioticoterapia:
  - En GUN, uso de antimicrobianos sistémicos acorde a la gravedad: amoxicilina VO 500 mg + metronidazol 250 mg cada ocho horas por siete días.
  - Enjuagues con clorhexidina al 0.12%.
  - Controles día por medio hasta su remisión.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Diagnóstico clínico de GUN o PUN, se referirá a la especialidad de periodoncia.

CRITERIOS DE ALTA

- Control dos veces por semana, después cada cinco días y trimestral.
- Terapia de soporte periodontal: 3 a 6 meses según el diagnóstico periodontal.

RECOMENDACIONES

GUN y PUN:

- Evitar en lo posible el uso del ultrasonido.
- No fumar ni consumir bebidas alcohólicas.
- Dieta blanca y tibia.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Infección y hemorragias gingivales.
- Compromiso sistémico deteriorado.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Una vez resuelta la patología el paciente podrá volver a su respectivo centro de atención odontológica.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Cepillo interdental.
- Uso del hilo o cinta dental.
- Orientación en uso de enjuagues bucales o pastas dentales con clorhexidina al 0,12% o triclosan, bajo prescripción del especialista.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

18. **ABSCESOS PERIODONTALES (GINGIVAL, PERIODONTAL Y PERICORONAL)**	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K05.20 K05.21 K05.22	I – II

DEFINICIÓN

Absceso periodontal: colecciones purulentas localizadas en tejido periodontal.

ETIOLOGÍA

- Placa bacteriana.
- Elementos extraños dentro del surco.
- Bolsas periodontales que se cierran.
- Conductos accesorios.
- Caries recidivante.
- Caries profundas.
- Trauma de oclusión.
- Fractura dentaria o radicular.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Absceso gingival:

- Localizado próximo a margen gingival.
- Sintomático.
- Edematización y cambio de coloración de la encía.
- Hemorragia gingival.
- Supuración.
- Fistulización.
- Infartación ganglionar.

Absceso periodontal:

- Localizado a nivel de tercio medio radicular, o en zonas de furcación.
- Sintomático.
- Edematización y cambio de coloración de la encía.
- Dolor a la percusión e irradiado.
- Hemorragia gingival.
- Pérdida de inserción con formación de bolsas o sacos profundos o infra óseos.
- Supuración.
- Infartación ganglionar.
- Pérdida ósea provocando movilidad dentaria.
- Decaimiento.
- Radiográfico.
- Exámenes microbiológicos (antibiograma, cultivos microbiológicos).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
Nivel II
Absceso periodontal
Gabinete:
- Radiográfico seriado.

Laboratorio:
- Exámenes histopatológicos (antibiograma, cultivos microbiológicos).

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
PROCEDIMIENTO
Nivel I
Absceso gingival
Tratamiento no quirúrgico:
- Drenaje
- Amoxicilina de 500 mg cada 8 Hrs. duran te 7 días
- Enjuague con clorhexidina de 0,12% 2 veces al día por 5 días.

Absceso periodontal
Tratamiento no quirúrgico:
- Según norma de gingivitis asociada a placa bacteriana.
- En **PUN** el detartraje supra y sub gingival se lo realizará sólo manualmente (en ningún caso ultrasonido).
- Recetar antibióticos sistémicos o locales acorde al diagnóstico periodontal (amoxicilina 500 mg – metronidazol 250 mg cada ocho horas por 7 días).

Nivel II
- Reevaluación del paciente para realizar:

Tratamiento quirúrgico:
- Consentimiento informado.
- Colgajos periodontales.
- Cirugías óseas.
- Gingivectomías.
- Drenajes, raspado y alisado (también en abscesos periodontales).
- Extracción del diente.

El profesional podrá aconsejar al paciente sobre:
- **Medidas regenerativas:**
  - Regeneración ósea guiada.
  - Regeneración tisular guiada.
- **Medidas restaurativas:**
  - Implante dentario.
  - Prótesis fija y/o removible.

Control y seguimiento:
- A criterio del profesional que puede ser**:** control dos veces por semana, después cada cinco días y trimestral, durante la cicatrización.

- Terapia de soporte periodontal: cada 3 ó 6 meses, sujeto a diagnóstico periodontal.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- A la especialidad de Periodoncia.
- Interconsultas con otros especialistas por enfermedades sistémicas.

RECOMENDACIONES

- Evitar en lo posible el uso del ultrasonido.
- No fumar ni consumir bebidas alcohólicas.
- Dieta blanca y tibia.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Estabilidad clínica periodontal para la terapia de soporte periodontal con su odontólogo general.

OBSERVACIONES

- El paciente deberá estar informado de posibles alternativas restauradoras (implantes-prótesis).

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
  - Cepillo interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación en uso de enjuagues bucales o pastas dentales con clorhexidina al 0,12% o triclosan, bajo prescripción del especialista.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

19. LESIONES PERIAPICALES (GRANULOMA Y QUISTE PERIAPICAL)	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K04.5 K04.8	II – III

DEFINICIÓN

Las lesiones periapicales son las patologías más frecuentes de origen odontogénico, resultado de la necrosis de la pulpa dental, producto de respuestas inflamatorias inespecíficas en los tejidos perirradiculares.

Granuloma: La periodontitis periapical crónica (granuloma periapical), son lesiones periapicales compuesta por tejido de granulación, principalmente macrófagos, linfocitos y células plasmáticas, en piezas desvitalizadas.

El quiste apical o radicular: Son quistes que derivan de los restos epiteliales de Malassez, que se localizan en la parte lateral o apical de la pieza dentaria, que inician su actividad al ser estimulados por un proceso inflamatorio, generalmente después de una necrosis pulpar.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Son lesiones asintomáticas salvo que exista una agudización del proceso
- Se presenta en piezas dentarias con caries profunda, desvitalizada o restauración extensa con resina.
- Obturación de conductos deficiente o por causas traumáticas.
- Se diagnostica bajo hallazgo radiográfico, que se manifiesta como una lesión radiolúcida de tamaño variable. Se diferencia del quiste por una cortical más definida, muchas veces difícil de diferenciar.
- La reagudización inflamatoria en un granuloma previo puede causar dolor.
- Dolor en caso de infección.
- También puede ir acompañado de presencia fistulosa con secreción purulenta en el área periapical de la pieza causante, sea por vestibular o palatino - lingual.

COMPLICACIONES

- Fístula con exudado purulento.
- Aumento de volumen intraoral.
- Dolor continuo, pulsátil e irradiado.
- Reagudizaciones.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

De acuerdo al criterio clínico, se solicitará los siguientes exámenes imagenológicos.

- Radiografía Periapical
- Radiografía Panorámica Dental
- Tomografía Cone Beam.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.

- Proteína C reactiva cuantitativa.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Cultivo y antibiograma.

Interconsulta medica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de someterse a procedimiento quirúrgico bajo anestesia general.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

Nivel I

- Diagnóstico clínico e interpretación radiológica y se refiere al nivel II o III.

Nivel II y/o III

- En algunos casos y con un adecuado manejo por el especialista en endodoncia, estos procesos pueden remitir a curar adecuadamente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Consentimiento informado.
- Se realiza en un 90% de los casos en forma ambulatoria.
- Ambiente aséptico, en quirófano ambulatorio especializado.
- Asepsia antisepsia adecuada
- Administración de anestesia local/o troncular.
- Incisión.
- Colgajo mucoperióstico.
- Osteotomía u ostectomía con irrigación permanente.
- Apicectomía y/o curetaje periapical o lateral.
- Lavado el lecho quirúrgico.
- Sutura.
- Consulta de control para el retiro de puntos de 5 a 7 días.

* Es muy importante que la pieza causante reciba el tratamiento endodóntico previo al tratamiento quirúrgico.
* En caso de imposibilidad de realizar la endodoncia convencional se deberá realizar la obturación retrograda una vez realizada la apicectomía.

MEDICACIÓN

Antibioticoterapia:

- Amoxicilina 500 mg comprimidos cada 8 horas. Niños: Amoxicilina 250 - 500 mg/5 ml, dosis 20-40 mg/Kg/día, por siete días.
- Eritromicina 500 mg comprimidos VO cada 6 horas (Pacientes alérgicos). Niños 250 mg/5 ml, dosis 15-50 mg/Kg cada 6 horas.

Terapia de soporte:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120-125 / 5ml, dosis 10-15 mg/Kg./dosis cada 6-8 horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/kg/peso/dosis, cada 6-8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas en adultos.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

- Dieta blanca y blanda por 5 días.
- Enjuagues no enérgicos con Clorhexidina 0,12% tres veces al día.
- Colocar hielo en la zona afectada por 24 a 48 horas.
- Realizar consulta de control.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Transferencia a la especialidad de cirugía maxilofacial, nivel III en caso de dolor agudo, imposibilidad de realizar la apicectomía.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso del formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología el paciente deberá volver a su centro de origen.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
- Técnica de cepillado.
- Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
- Tiempo de cepillado: tres minutos.
- Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

20. **RETENCIÓN DENTARIA**	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K01.0 K01.1	II – III

DEFINICIÓN

La pieza dentaria queda alojada en el interior de los maxilares después de haber pasado la época promedio normal de su erupción.

- Dientes retenidos: Pieza dentaria que no ha perforado la mucosa bucal y por lo tanto **no** ha adquirido una posición normal en el maxilar.
- Diente Impactado: Pieza dentaria no erupcionado en la época esperada debido a impedimentos mecánicos.
- Diente incluido: Diente que ha perdido la fuerza de erupción y se encuentra sumergido en el maxilar con o sin patología asociada.
- Retención Ectópica: Diente retenido que se allá en posición anormal pero cerca de su lugar de habitual.
- Retención heteróptica: diente retenido alejado de su posición habitual de erupción.
- Diente supernumerario: Dientes accesorios de forma y tamaño variados, que pueden erupcionar o mantenerse retenidos.
- Los terceros molares inferiores y los caninos superiores, son las piezas que con mayor frecuencia se retienen.

*Excepcionalmente cualquier pieza dentaria es susceptible de quedar retenida.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomáticos.
- Pueden provocar cefaleas.
- Caries en la pieza retenida o en piezas vecinas.
- En erupciones parciales de los terceros molares pueden producir severos cuadros inflamatorios agudos (pericoronaritis) e infecciosos (abscesos y flemones).
- Desplazamiento de piezas dentarias contiguas, provocando mal posición dentaria.
- En el caso de caninos y piezas dentarias retenidas, ocasiona odontalgia por compresión a la pieza dentaría vecina, provocando reabsorción de la raíz, con la consiguiente pérdida del soporte dentario.

COMPLICACIONES

- Infecciones severas que involucren la región cervicofacial.
- Daño del nervio, si la pieza está cerca al conducto del nervio dentario inferior, que pueden causar dolores locales o referidos.
- Presencia de lesión quística o tumoral asociado.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete: De acuerdo a criterio de profesional se solicitará los exámenes imagenológicos

- Radiografía Periapical
- Panorámica Dental.
- Radiografía Lateral de Cráneo
- Radiografía Oclusal
- Tomografía Cone Beam

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta medica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de procedimiento bajo anestesia general.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PROCEDIMIENTO

Nivel I

- Análisis e interpretación radiográfica, referir a nivel II y III.

Nivel II y/o III

- Consentimiento informado.

TRATAMIENTO PRE QUIRÚRGICO

- Se inicia tratamiento con antibióticos, especialmente si ha existido un cuadro infeccioso como complicación de la erupción.
- Se prescribirá otra medicación de acuerdo al resultado del laboratorio clínico o a criterio de cada profesional (antiinflamatorio, analgésico, corticoide, coagulante).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Consentimiento informado.
- Se realiza en un 90% de los casos en forma ambulatoria
- Ambiente séptico en quirófano ambulatorio especializado.
- Anestesia local/troncular
- Incisión de acuerdo a técnica adecuada para levantamiento de colgajo mucoperiostico
- Osteotomía u ostectomia de la zona, con irrigación permanente
- Odontosección si es necesario (retirando la pieza en fragmentos de acuerdo a su posición)
- Exodoncia propiamente dicha
- Limpieza del área quirúrgica
- Lavado de lecho quirúrgico
- Sutura
- Retorno para el retiro de puntos de 5 a 7 días.

*En caso de caninos retenidos por palatino se confeccionará la férula de contención de acrílico.

MEDICACIÓN

Antibioticoterapia:

- Amoxicilina 500 mg comprimidos cada 8 horas. Niños: Amoxicilina 250-500 mg/5 ml, dosis 20-40 mg/Kg/día, por siete días.
- Eritromicina 500 mg comprimidos VO cada 6 horas (Pacientes alérgicos). Niños 250mg/5 ml, dosis 15-50 mg/Kg cada 6 horas.

Terapia de soporte:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120-125 / 5ml, dosis 10-15 mg/Kg/dosis cada 6-8 horas.

- Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/Kg/peso/dosis, cada 6-8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas en adultos.

INDICACIONES POST OPERATORIAS

- Mantener la gasa en el área operatoria por 30 min. Si tras su retiro se aprecia sangrado apretar una nueva gasa durante 20 min más.
- Reposo, no exponerse al sol, ni fuentes de calor.
- No escupir, ni realizar enjuagues de ningún tipo, por el lapso de 24 horas
- Enjuagues no enérgicos con Clorhexidina 0.12% tres veces al día.
- Colocar hielo en la zona afectada por 24 a 48 horas.
- Dieta licuada o blanda, el tiempo establecido por el profesional de acuerdo a procedimiento quirúrgico.
- No gaseosas, ni bebidas calientes durante las 24 a 48 horas.
- No fumar, no consumir bebidas alcohólicas.
- Mantener buena higiene, cepillado de los dientes, con cuidado en la zona operatoria.
- Ante cualquier problema o dudas consulte con su odontólogo
- Control a las 24 horas y retiro de puntos a los 5 a 7 días para el retiro de puntos.

COMPLICACIONES

- Hemorragias
- Equimosis
- Dolor en región operatoria
- Alveolitis
- Dehiscencia de puntos
- Retención de fragmentos apicales
- Daño a dientes vecinos.
- Edema post operatorio de la región vecina a la zona quirúrgica, en cirugías de canino edema según su ubicación: palatino o lingual y por vestibular existirá edema importante en región vestibular y geniana, muchas veces con compromiso palpebral.
- Comunicación buco nasal o bucoantral en caso de piezas retenidas superiores.
- Fracturas mandibular, fractura de tuberosidad.
- Parestesia temporal o permanente por daño a los nervios linguales o alveolar inferior.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- En caso de solicitar la extracción dental bajo anestesia general.
- En caso de complicaciones como infecciones severas o hemorragias postextracción.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la complicación suscitada.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.

- Resuelta la infección el paciente debe retornar a su centro de salud para rehabilitación oral y control de 1 mes.

RECOMENDACIONES

- Seguir indicaciones postquirúrgicas.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Realizar consulta odontológica de manera periódica, más aún ante la ausencia de piezas dentarias permanentes en boca pasado el tiempo de erupción.
- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir, con cuidado en el área operatoria.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo o cinta dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

21.TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL 21.1. LESIONES TRAUMÁTICAS EN TEJIDOS DE SOPORTE Y ESTRUCTURAS DENTARIAS 21.1.1 LESIONES TRAUMÁTICAS EN DENTICIÓN TEMPORARIA	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	S02.51 S02.52 S02.53 S02.54 S02.40 S02.60 S00.5 S03.20 S03.21 S03.22	II – III

DEFINICIÓN

Lesión provocada por un impacto directo en la pieza dentaria que causa ruptura de vasos sanguíneos, fibras del ligamento periodontal, hemorragia del surco gingival, pudiendo alcanzar la corona dental, el ápice y la tabla ósea vestibular.

El tratamiento de los traumatismos dentoalveolares en niños/niñas tiene un enfoque diferente al tratamiento de los adultos y esto es debido fundamentalmente a que presentan dos tipos de dentición, inestabilidad oclusal, una dentición en evolución y un constante proceso de crecimiento y desarrollo maxilofacial.

Debe ser examinado de manera urgente por un Odontopediatria o un cirujano bucal o maxilofacial para diagnosticar y pronosticar lesiones de los dientes primarios y permanentes.

Es importante explicar a los padres que la dentición permanente puede sufrir consecuencias de largo plazo que se pueden manifestar muchos años más tarde, en el momento de la erupción de los incisivos permanentes.

Preguntar:

- ¿Dónde ocurrió el traumatismo?
- ¿Cuándo ocurrió el traumatismo?
- ¿Cómo sucedió el traumatismo?

Descartar:

- Pérdida de conciencia.
- Vómitos.
- Otorragia.
- Epistaxis.
- Dolor cervical.
- Dolor articular (ATM).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete: De acuerdo a criterio de profesional se solicitará los exámenes imagenológicos

- Radiografía Periapical
- Panorámica Dental.
- Tomografía Cone Beam

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia)
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

PROCEDIMIENTO

Verificar la zona:

- Estado de tejidos blandos.
- Tipo de diente y el número de dientes afectados.
- Tipo de fractura y/o de luxación.
- Si existe o no movilidad, cuantificarla en milímetros.
- Si existe o no exposición pulpar.
- Si existe o no vitalidad pulpar.
- Si se ha producido intrusión en el alvéolo dentario.
- Análisis oclusal y del estado de la ATM.

CRITERIOS DE FERULIZACIÓN

- Ferulizar la pieza dentaria afectada para permitir que las fibras periodontales afectadas vuelvan a reinsertarse y la pieza dentaria logre reafirmarse.
- Existen ciertos criterios que se deben respetar para lograr una buena ferulización:
- La férula debe estar alejada del margen gingival.
- La férula debe extenderse un diente más allá del afectado.
- Férula semiflexible por dos semanas: luxaciones, avulsión.
- Férula rígida por ocho semanas: fractura radicular, fractura alveolar.

TIPO DE TRAUMATISMO	DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO
	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	
Fractura coronaria no complicada	Fractura de esmalte o fractura de esmalte - dentina (E/D), La pulpa no se encuentra expuesta	Se observa la relación entre la fractura y la cámara pulpar.	Suavizar ángulos filosos. Si es posible, restaurar el diente con ionómero de vidrio, obturación de composite.
Fractura coronaria complicada	La fractura involucra esmalte, dentina y la pulpa está expuesta.	La radiografía puede determinar la extensión de la fractura y muestra el grado de rizólisis.	Si la pieza no se encuentra todavía en etapa de rizólisis y aún presenta 2/3 o más de raíz, se debe intentar mantener la pieza en boca realizando una biopulpectomía.
Fractura corono radicular	La fractura involucra esmalte, dentina y estructura radicular; la pulpa puede o no estar expuesta. Pueden existir fragmentos dentarios sueltos, pero aún adheridos por la encía.	En fracturas posicionadas lateralmente, se puede apreciar la extensión en relación al margen gingival	La exodoncia es el tratamiento recomendado. Se debe evitar un trauma a los gérmenes de los dientes permanentes subyacentes.
Fractura radicular	El fragmento coronario esta móvil y puede estar desplazado.	La radiografía ayuda a ubica la línea de fractura que puede ser en tercio medio, apical o cervical de la raíz.	Si la fractura es a nivel de tercio medio o apical y si existe cooperación del paciente, se puede reubicar el fragmento y ferulizar. Si la línea de fractura es a nivel cervical y el fragmento se encuentra desplazado, extraer solo esta porción del diente.
Fractura Alveolar	La fractura involucra el hueso alveolar y puede extenderse al hueso adyacente. Movilidad del segmento y dislocación son hallazgos comunes. Se observa un cambio oclusal debido a la desalineación del segmento alveolar fracturado. El test de sensibilidad pulpar puede o no dar positivo.	Las líneas de fractura pueden ubicarse a cualquier nivel, desde el hueso marginal hasta el ápice radicular. La radiografía panorámica es de gran ayuda para determinar el curso y posición de las líneas de fractura.	Reposicionar cualquier fragmento y ferulizar. Estabilizar el segmento por cuatro semanas.

21.1.2 LUXACIONES EN DENTICIÓN TEMPORARIA

CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
S02.51 S02.52 S02.53 S02.54 S02.40 S02.60 S00.5 S03.20 S03.21 S03.22	II – III

TIPO DE TRAUMATISMO	DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO
	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	
Concusión	Diente sensible al tacto o al golpe ligero, no ha sido desplazado y no tiene movilidad aumentada. Test de sensibilidad comúnmente da resultado positivo.	No se observa anomalías en la radiografía	No se necesita tratamiento Se debe monitorizar la condición pulpar por lo menos un año
Subluxación	Al tacto o al golpe ligero tiene movilidad aumentada; no ha sido desplazado. Se puede observar hemorragia del surco gingival. El test de sensibilidad puede ser negativo inicialmente, indicando daño pulpar transitorio. Monitorear la respuesta pulpar hasta que se pueda obtener el diagnóstico definitivo de la pulpa.	Por lo general, no se encuentran anomalías en la radiografía.	Una férula flexible para estabilizar el diente, por comodidad del paciente, puede usarse hasta por dos semanas.
Luxación lateral	El diente está desplazado, generalmente en una dirección palatina/lingual o vestibular. Estará inmóvil, y el test de percusión frecuentemente da un sonido alto, metálico (Tono de anquilosis). Los test de sensibilidad darán resultados negativos. En dientes inmaduros que no han completado su desarrollo, la re vascularización pulpar, por lo general, ocurre.	El espacio periodontal ensanchado se aprecia mejoren las radiografías oclusales o excéntricas.	Reposicionar el diente con fórceps para soltarlo de su traba ósea y reposicionarlo suavemente en su ubicación original. Estabilizar el diente con una férula flexible por cuatro semanas. Monitorear la condición pulpar. Si la pulpa se necrosa, el tratamiento de conducto está indicado para prevenir la reabsorción radicular. En dientes inmaduros, en desarrollo, la revascularización puede confirmarse radiográficamente por la evidencia de continuación de formación radicular y posiblemente En dientes completamente formados, una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad indica necrosis pulpar, junto con rarefacción periapical y algunas veces decoloración de la corona.

Luxación intrusiva	El diente está desplazado axialmente dentro del hueso alveolar. Esta inmóvil y el test de percusión pueden dar un sonido alto, metálico (tono de anquilosis). El test de sensibilidad probablemente dará resultados negativos. En dientes maduros, que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar, por lo general, ocurre.	Las radiografías no son siempre concluyentes. El espacio del ligamento periodontal puede estar ausente de toda o parte de la raíz.	1. Dientes con formación radicular incompleta: permitir que ocurra la reposición espontanea. Si no se observa movimiento dentro de tres semanas, se recomienda una reposición ortodóntica rápida. 2. Dientes con formación radicular completa: el diente debe ser reposicionado ortodóncico o quirúrgicamente, tan pronto como sea posible. La pulpa probablemente estará necrótica, por lo que el tratamiento del conducto radicular usando un relleno temporal con hidróxido de calcio, es recomendado para conservar el diente.
Luxación extrusiva	El diente aparece elongado y está excesivamente móvil. Los test de sensibilidad probablemente darán resultado negativo. En dientes maduros la revascularización de la pulpa algunas veces ocurre. En dientes inmaduros que no han completado su desarrollo la revascularización pulpar por lo general ocurre.	Espacio periodontal aumentado en apical.	Reposicionar el diente reinsertándolo suavemente en su alveolo. Estabilizar el diente con una férula flexible por dos semanas. Es esencial monitorear la condición pulpar para diagnosticar reabsorción radicular. En dientes inmaduros la revascularización puede ser confirmada radiográficamente, por la evidencia de continuación del desarrollo radicular y la obliteración del conducto. Por lo general la respuesta al test de sensibilidad retorna a positivo. En dientes completamente desarrollados, una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad debe ser tomada como evidencia de necrosis pulpar junto con rarefacción periapical y algunas veces decoloración de la corona.
Avulsión	El diente esta fuera del alveolo	El examen radiográfico es esencial para comprobar que el diente perdido no este intruido.	Los dientes temporales no deben ser reimplantados.

RECOMENDACIONES

- Cepillado diario, después de cada comida principal, con cepillo suave.
- Aplicar clorhexidina tópica (0,1%) en la zona afectada con un cotonete de algodón dos veces al día, durante una semana.
- En luxaciones severas, se indica la exodoncia.
- No se reimplantan los dientes temporales avulsionados.
- Se recalca la importancia de realizar un seguimiento clínico y radiográfico de los dientes afectados hasta la erupción del sucesor permanente, especialmente en luxaciones intrusivas y avulsión en niños de edades tempranas (0 a 3 años).

21.1.3 FRACTURAS DENTARIAS DE DENTICIÓN PERMANENTE	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	S02.51 S02.52 S02.53 S02.54 S02.40 S02.60 S00.5 S03.20 S03.21 S03.22	II – III

TIPO DE TRAUMATISMO	DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO
	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	
Fractura coronaria no complicada	Fractura de esmalte o fractura de esmalte dentina. La pulpa no se encuentra expuesta. El test de sensibilidad puede ser negativo inicialmente indicando daño pulpar transitorio Se debe monitorear la respuesta pulpar hasta que pueda realizarse un diagnostico pulpar definitivo	Tomar radiografías periapicales para confirmar diagnóstico y busca lesiones concomitantes en raíz y tejido periodontal Tomar radiografía de laceraciones de tejidos blandos en busca de fragmentos dentarios u otros cuerpos extraños.	Si el fragmento dentario esta disponible, este puede reposicionarse común sistema de adhesión La opción de urgencia es cubrir la dentina expuesta con ionómero de vidrio en forma temporal o como una restauración permanente, usando un agente adhesivo y resina compuesta. El tratamiento definitivo para una corona fracturada es la restauración con material de restauración aceptada.
Fractura coronaria complicada	La fractura Involucra esmalte, dentina y la pulpa está expuesta.	La radiografía puede determinar la extensión de la fractura y muestra el grado de rizólisis.	Si la pieza no se encuentra todavía en etapa de rizólisis, y aún presenta 2/3 o más de raíz, se debe intentar mantener la pieza en boca realizando una biopulpectomía.
Fractura coronoradicular	La fractura involucra esmalte, dentina y estructura radicular; la pulpa puede o no estar expuesta. Hallazgos adicionales pueden incluir: segmentos móviles, pero aún adheridos. El test de sensibilidad generalmente es positivo.	Como en las fracturas radiculares, más de una angulación radiográfica pueden ser necesarias para detectar las líneas de fractura en la raíz. Se recomiendan cuatro radiografías: oclusal, periapical en posición orto radial, periapical mesioradial y periapical distoradial.	Las recomendaciones de tratamiento son las mismas que para las fracturas complicadas de corona. En suma, puede ser conveniente intentar estabilizar segmentos móviles del diente uniéndolos con resina, al menos como medida temporal hasta que se pueda proponer un tratamiento definitivo.

Fractura radicular	El fragmento coronario puede estar móvil y desplazado, el diente puede estar sensible a la percusión, el test de sensibilidad puede dar resultados negativos te, indicando un daño pulpar transitorio o permanente. Se recomienda monitorear el estado pulpar. Puede aparecer una decoloración transitoria de la corona (rojo o gris).	La fractura involucra a la raíz del diente en un plano horizontal o diagonal. Las fracturas que son en el plano horizontal pueden ser detectadas generalmente en la radiografía de 90° con el rayo central a través del diente. Este es el caso de las fracturas del tercio cervical de la raíz. Si el plano de la fractura es más diagonal, lo que es común en fracturas del tercio apical, una vista oclusal es más adecua para mostrar la fractura, incluyendo aquellas ubicadas en el tercio medio.	Reposicionar, si está desplazado, el segmento coronario tan pronto como sea posible. Verificar posición radiográficamente. Estabilizar el diente con una férula flexible por cuatro semanas. Si la fractura radicular está cerca de la zona cervical, la estabilización es beneficiosa por un período más largo de tiempo (hasta cuatro meses). Es aconsejable controlar la cicatrización por al menos un año para determinar el estado de la pulpa. Si ocurre necrosis pulpar, se indica tratamiento de conducto radicular del segmento coronario, hasta la línea de fractura, para conservar el diente.
Fractura Alveolar	La fractura involucra el hueso alveolar y puede extenderse al hueso adyacente. Movilidad del segmento y dislocación son hallazgos comunes. Se observa un cambio oclusal debido a la desalineación del segmento alveolar fracturado. El test de sensibilidad pulpar puede o no dar positivo.	Las líneas de fractura pueden ubicarse a cualquier nivel, desde el hueso marginal hasta el ápice radicular. La radiografía panorámica es de gran ayuda para determinar el curso y posición de las líneas de fractura.	Reposicionar cualquier fragmento y ferulizar. Estabilizar el segmento por cuatro semanas.

21.1.4 LUXACIONES EN DENTICIÓN PERMANENTE	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	S02.51 S02.52 S02.53 S02.54 S02.40 S02.60 S00.5 S03.20 S03.21 S03.22	II – III

TIPO DE TRAUMATISMO	DIAGNÓSTICO		TRATAMIENTO
	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	
Concusión	Diente sensible al tacto o al golpe ligero, no ha sido desplazado y no tiene movilidad aumentada. Test de sensibilidad comúnmente da resultado positivo.	No se observa anomalías en la radiografía	No se necesita tratamiento Se debe monitorizar la condición pulpar por lo menos un año
Subluxación	Diente sensible al tacto o al golpe ligero tiene movilidad aumentada; no ha sido desplazado. Se puede observar hemorragia del surco gingival. El test de sensibilidad puede ser negativo inicialmente, indicando daño pulpar transitorio. Controlar la respuesta pulpar hasta que se pueda obtener el diagnóstico definitivo de la pulpa.	Por lo general, no se encuentran anomalías en la radiografía.	Una férula flexible para estabilizar el diente, por comodidad del paciente, puede usarse hasta por dos semanas.
Luxación lateral	El diente está desplazado, generalmente en una dirección palatina/lingual o vestibular. Estará inmóvil, y el test de percusión frecuentemente da un sonido alto, metálico (Tono de anquilosis). Los test de sensibilidad darán resultados negativos. En dientes inmaduros que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar, por lo general, ocurre.	El espacio periodontal ensanchado se aprecia mejoren las radiografías oclusales o excéntricas.	Reposicionar el diente con fórceps para soltarlo de su traba ósea y reposicionarlo suavemente en su ubicación original. Estabilizar el diente con una férula flexible por cuatro semanas. Monitorear la condición pulpar. Si la pulpa se necrosa, el tratamiento de conducto está indicado para prevenir la reabsorción radicular. En dientes inmaduros, en desarrollo, la revascularización puede confirmarse radiográficamente por la evidencia de continuación de formación radicular y posiblemente En dientes completamente formados, una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad indica necrosis pulpar, junto con rarefacción periapical y algunas veces decoloración de la corona.

Luxación intrusiva	El diente está desplazado axialmente dentro del hueso alveolar. Esta inmóvil y el test de percusión pueden dar un sonido alto, metálico (tono de anquilosis). El test de sensibilidad probablemente dará resultados negativos.	Las radiografías no son siempre concluyentes. El espacio del ligamento periodontal puede estar ausente de toda o parte de la raíz.	1. Dientes con formación radicular incompleta: permitir que ocurra la reposición espontanea. Si no se observa movimiento dentro de tres semanas, se recomienda una reposición ortodóntica rápida. 2. Dientes con formación radicular completa: el diente debe ser reposicionado ortodóncico o quirúrgicamente, tan pronto como sea posible. La pulpa probablemente estará necrótica, por lo que el tratamiento del conducto radicular usando un relleno temporal con hidróxido de calcio, es recomendado para conservar el diente.
Luxación extrusiva	El diente aparece elongado y está excesivamente móvil. Los test de sensibilidad probablemente darán resultados negativos. En dientes maduros la revascularización de la pulpa algunas veces ocurre. En dientes inmaduros que no han completado su desarrollo la revascularización pulpar por lo general ocurre.	Espacio periodontal aumentado en apical.	Reposicionar el diente reinsertándolo suavemente en su alveolo. Estabilizar el diente con una férula flexible por dos semanas. Es esencial monitorear la condición pulpar para diagnosticar reabsorción radicular. En dientes inmaduros la revascularización puede ser confirmada radiográficamente, por la evidencia de continuación del desarrollo radicular y la obliteración del conducto. Por lo general la respuesta al test de sensibilidad retorna a positivo. En dientes completamente desarrollados, una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad debe ser tomada como evidencia de necrosis pulpar junto con rarefacción periapical y algunas veces decoloración de la corona.

21.1.5. AVULSIÓN CON ÁPICE ABIERTO	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	S02.51 S02.52 S02.53 S02.54 S02.40 S02.60 S00.5 S03.20 S03.21 S03.22	II – III

SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
Ápice abierto El diente ya ha sido reimplantado antes de que el paciente llegue a consulta	Limpiar área afectada con spray de agua, suero o clorhexidina. No extraer el diente. Suturar laceraciones gingivales si existen, verificar clínica y radiográficamente la posición normal del diente reimplantado; indicar al paciente que se debe colocar una férula flexible hasta por dos semanas. Administrar antibioticoterapia sistémica. Para niños de 12 años y menores: indicar al paciente tomar fenoximetilpenicilina (penicilina V) en dosis apropiadas para la edad y el peso del paciente. Para los niños mayores de 12 años, donde el riesgo de decoloración por tetraciclina es bajo: tetraciclina (doxiciclina 2 por día por siete días en dosis apropiadas para la edad y peso del paciente). Interconsulta con el médico para evaluar la necesidad de vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección del tétanos es incierta. El objetivo del reimplante de dientes todavía en desarrollo (inmaduros), es permitir la posible revascularización de la pulpa dental. Si eso no ocurre puede recomendarse tratamiento de conducto radicular (ver: Procedimientos de seguimiento para dientes permanentes avulsionados, más abajo). Instrucciones al paciente: dieta semisólida por hasta dos semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida, usar colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día, por una semana.
Ápice abierto El diente ya ha sido mantenido en un medio de conservación especial, leche, suero o saliva. El tiempo extra oral seco es menor de 60 minutos	Si el diente está contaminado, limpiar la superficie radicular y el foramen apical con un chorro de suero y colocar el diente en suero. Remover el coagulo del alveolo con un chorro de suero y luego reimplantar el diente, si está disponible, indicar al paciente la compra de clorhidrato de minociclina cubriendo la superficie radicular antes de reimplantar. Examinar el alveolo, si hay fractura en la pared del alveolo, reposicionarla con un instrumento adecuado, reimplantar el diente lentamente con suave presión digital, suturar laceraciones gingivales, especialmente en la zona cervical, verificar clínica y radiográficamente la posición normal del diente reimplantado. Indicar al paciente la importancia de la instalación de una férula flexible hasta por dos semanas, para su compra. Administrar antibioterapia sistémica al igual que el anterior caso. Interconsulta con medicina para evaluar necesidad de vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección del tétanos es incierta. El objetivo del reimplante de dientes todavía en desarrollo, es permitir la posible revascularización de la pulpa dental, si eso no ocurre puede recomendarse tratamiento de conducto radicular. Instrucciones al paciente: dieta semisólida por hasta dos semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida. Usar colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día.

Ápice abierto Tiempo extra oral seco mayor de 60 minutos	Ápice abierto El reimplante tardío tiene un pobre pronóstico a largo plazo. El ligamento periodontal estará necrótico Tiempo extra y no se espera que cicatrice. El objetivo de realizar reimplante tardío de dientes inmaduros en niños, es mantener el nivel de contorno del reborde alveolar. El consiguiente resultado se espera que sea oral seco anquilosis y reabsorción de la raíz. Es importante reconocer que, si se ha realizado reimplante tardío mayor de 60 minutos en un niño, la futura planificación de tratamiento deberá considerar la ocurrencia de anquilosis efecto de ésta en el desarrollo de la cresta alveolar. Si ocurre anquilosis y cuando la infra posición de la corona del diente es mas de 1 mm, se recomienda realizar una decoronación para mantener el contorno del reborde alveolar. La técnica de reimplante tardío es: 1. Remover tejido necrótico adherido con una gasa. 2. El tratamiento de conducto radicular puede realizarse previo al reimplante a través del ápice abierto. 3. Remover el coagulo del alveolo con un chorro de suero, examinar si hay fractura de la pared del alveolo, reposicionarla con un instrumento adecuado. 4. Sumergir el diente en una solución de fluoruro de sodio al 2%, por 20 minutos. 5. Reimplantar el diente lentamente, con suave presión digital, suturar laceraciones gingivales, verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente; Estabilizar el diente por cuatro semanas usando férula flexible 6. Administrar antibioticoterapia sistémica, como ya fue descrito, referir al médico para evaluar necesidad de vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección del tétanos es incierta. Instrucciones al paciente: Dieta semisólida por hasta dos semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida. Usar colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día, por una semana.

21.1.6 AVULSIÓN CON ÁPICE CERRADO	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	S02.51 S02.52 S02.53 S02.54 S02.40 S02.60 S00.5 S03.20 S03.21 S03.22	II – III

SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
Ápice cerrado El diente ya ha sido reimplantado antes de que el paciente llegue a consulta	Limpiar área afectada con spray de agua, suero o clorhexidina. No extraer el diente. Suturar laceraciones gingivales si existen, verificar clínica y radiográficamente la posición normal del diente reimplantado; indicar al paciente que se debe colocar una férula flexible hasta por dos semanas. Administrar Antibioticoterapia sistémica, referir al médico como se indicó anteriormente. Iniciar el tratamiento pulpar 7 a 10 días post implantación y antes de la remoción de la férula. Colocar hidróxido de calcio como medicación en el conducto hasta el sellado definitivo. Instrucciones al paciente: Dieta blanda hasta por 2 semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida. Usar colutorios de clorhexidina0.12% dos veces al día, por una semana.
Ápice cerrado El diente ya ha sido mantenido en un medio de conservación	Si el diente está contaminado, limpiar la superficie radicular y el foramen apical con un chorro de suero y colocar el diente en suero. Remover el coagulo del alveolo con un chorro de suero y luego reimplantar el diente, si está disponible, indicar al paciente la compra de clorhidrato de clorhexidina 0.12% cubriendo la superficie radicular antes de reimplantar. Iniciar el tratamiento pulpar de 7 a 10 días y antes de la remoción de la férula. Colocar hidróxido de calcio como medicación del conducto hasta el sellado definitivo. Instrucciones al paciente: Dieta blanda hasta por 2 semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida. Usar colutorios de clorhexidina 0.12% por una semana.

Ápice cerrado Tiempo extra oral seco mayor de 60 minutos	Reimplante tardío tiene un pobre pronóstico a largo plazo. El ligamento periodontal estará necrótico y no se espera que cicatrice. El objetivo de realizar reimplante tardío es promover el crecimiento del hueso alveolar para encapsular el diente reimplantado. El consiguiente resultado se espera que sea anquilosis y reabsorción de la raíz. En niños/niñas menores de 15 años, si la anquilosis ocurre y cuando la infra posición de la corona es más de 1 mm, se recomienda realizar una decoronación para preservar el contorno del reborde alveolar. La técnica de reimplante tardío es: 1. Remover tejido necrótico adherido con una gasa. 2. El tratamiento de conducto radicular puede realizarse previo al reimplante o puede realizarse 7-10 días después, como en otras reimplantaciones. 3. Remover el coagulo del alveolo con un chorro de suero. Examinar el alveolo, si hay fractura de la pared, reposicionarla, con un instrumento adecuado. 4. Sumergir el diente en una solución de fluoruro de sodio al 2%, por 20 minutos. 5. Reimplantar el diente lentamente, con suave presión digital. Suturar laceraciones gingivales. Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. 6. Estabilizar el diente por cuatro semanas usando férula flexible. 7. Administrar antibioticoterapia sistémica, como ya fue descrito y a consulta médica. **Instrucciones al paciente:** dieta blanda hasta por dos semanas, cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida. Usar colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día, por una semana. Una buena cicatrización después de una lesión depende en gran parte de una buena higiene oral. Los padres deben ser aconsejados en como brindar los mejores cuidados a los dientes temporales de sus hijos: ■ Cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida. ■ Aplicar clorhexidina tópica (0,1%) en la zona afectada con un cotonete de algodón dos veces al día, durante una semana. ■ Dieta blanda por 10 a 14 días. ■ Uso de bálsamo labial durante el período de cicatrización, en caso de lesiones labiales. ■ Indicar y aclarar al paciente la compra de férulas y algunos medicamentos que no cubre el seguro, mismos que no se encuentran en las prestaciones.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- En el caso de que el odontólogo no conozca el procedimiento adecuado de urgencia, o no cuente con el material adecuado, referir a especialista en trauma dental, odontopediatría, cirugía maxilofacial. Nivel II-III.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Seguimiento con estudios radiológicos según norma.

RECOMENDACIONES

- Controles radiográficos regulares cada tres meses, según norma.
- Dieta blanda por dos semanas.
- Controles regulares a criterio del odontólogo.

OBSERVACIONES

- Derivar al especialista en trauma dentoalveolar infantil en caso de sospecha de complicación o duda.

- Derivar al odontólogo forense si el caso así lo amerite.
- Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene y alimentación saludable.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación en uso de enjuagues bucales como la clorhexidina al 0,12% bajo prescripción del profesional.
- La dieta deberá ser blanda por lo menos por dos semanas.
- Disminuir la ingesta de alimentos ricos en azúcares.

21.2. FRACTURA DENTOALVEOLAR	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	S02.5 S02.8	II – III

DEFINICIÓN
Pérdida de la continuidad del reborde óseo alveolar y dental.

DIAGNÓSTICO
CRITERIOS CLÍNICOS
- Movilidad del fragmento dentoalveolar.
- Inoclusión dentaria.
- Dolor localizado.
- Laceraciones de tejido blando.
- Crepitación de la fractura.
- Hemorragia.
- Edema.
- Equimosis.

COMPLICACIONES
- Movilidad del fragmento dentoalveolar, post tratamiento
- Dolor persistente.
- Hemorragia.
- Impotencia funcional (trismus).
- Infección.
- Maloclusión.
- Cambio de color de las piezas dentarias comprometidas.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
Nivel II - III
Gabinete:
- Radiografía panorámica dental
- Radiografía periapical.
- Radiovisiografía.

Laboratorio:
- Hemograma completo.
- Coagulograma.
- Glicemia.
- Creatinina.

Otros exámenes:
- Valoración cardiológica pre anestesia (en caso de anestesia general).

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
PROCEDIMIENTO
Nivel II - III
- Consentimiento informado.

- Control del dolor y ansiedad: aplicar anestésico local y/o troncular (anestesia general, según requerimiento).
- Reducción y fijación del fragmento (alámbrica, arcos de Erich, alambre de media caña de ortodoncia, brackets, férulas acrílicas), por cuatro semanas en niños/niñas y adultos por seis semanas.
- Sutura de planos comprometidos (en caso de compromiso de tejidos blandos).
- Valoración de la pieza dentaria posterior al retiro de la fijación, para establecer si requiere tratamiento endodóntico.
- Control de la oclusión.
- Mantenimiento de una vigilancia adecuada.
- Higiene oral estricta, colutorios con gluconato de clorhexidina al 0,12%.

Medicación:

- Paracetamol jarabe 125 mg para niños y de 10 a 15 mg/Kg/peso/dosis, cada seis horas.
- Paracetamol comprimido: 500 mg de 10 a 15 mg/Kg/peso/dosis.
- Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas

Antibióticos:

- Amoxicilina suspensión 500 mg de 20 a 40 mg/Kg/peso/día, cada ocho horas por siete días.
- Amoxicilina comprimido 500 mg de 20 a 40 mg/Kg/peso/día, cada ocho horas por siete días.
- Eritromicina comprimido de 500 mg cada seis horas
- Eritromicina suspensión de 250 mg/5 ml de 30 a 50 mg/Kg/peso/día, cada seis horas por siete días.
- Azitromicina suspensión de 250 mg/5ml de 10 a 50 mg/Kgpeso/dia, cada 24 horas por 3 dias.
- Azitromicina comprimidos 500 mg cada 24 horas por 5 dias

- Sutura de planos comprometidos (en caso de compromiso de tejidos blandos).

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Fracturas dentoalveolares con signos de alarma referir a III nivel de atención.
- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Concluido el tratamiento, acudir al centro de origen para controles periódicos clínico radiológicos.

CRITERIOS DE ALTA

- Desaparición de signos y síntomas clínicos corroborados por pruebas de gabinete.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteíca e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Interconsulta con endodoncia en caso de ser necesario.
- En caso de pérdida de piezas dentarias rehabilitación protésica.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICA Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Dieta blanda o líquida.
- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta y alimentación saludable.
- Educación y orientación en salud oral:

- Técnica de cepillado.
- Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
- Tiempo de cepillado: tres minutos.
- Cepillado de lengua e interdental.

- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

21.3 FRACTURA DEL TERCIO SUPERIOR DEL MACIZO FACIAL	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	S02.2 S02.4 S02.8	III

DEFINICIÓN

Solución de continuidad localizada en el hueso frontal, que puede afectar al seno frontal y conducto fronto – nasal.

CLASIFICACIÓN

- Fractura de región fronto – orbitaria.
- Fractura de región frontal media.
- Fractura de región fronto – parietal.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLINICOS

- Equimosis facial.
- Otorragia.
- Otolicuorrea.
- Rinolicuorrea.
- Solución de continuidad en tejidos blandos.
- Edema facial.
- Epistaxis anterior o posterior.
- Dolor al examen clínico.
- Asimetría en región frontal
- Parestesia.
- Crepitación en la zona.
- Movilidad de segmentos fracturados.

Complicaciones

- Edema persistente.
- Dolor persistente.
- Infección.
- Déficit neurológico.
- Descompensación hemodinámica.
- Compromiso de la órbita y/o agudeza visual.
- Compromiso de otros órganos y tejidos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete

- Tomografía axial computarizada, axial y coronal con ventana ósea, reconstrucción 3D.
- Radiografía lateral de cráneo

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.

- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Beta 2 Transferrina (En caso de sospecha de salida de LCR).

Interconsultas médicas:
- Cardiología.
- Neurocirugía.

TRATAMIENTO

Manejo por centros de salud Nivel I, II
- El profesional deberá referir directamente al nivel III con la especialidad de Maxilofacial..

Nivel III
- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente a requerimiento
- Interconsulta con otras especialidades a requerimiento.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterápia:
- Bencilpenicilina G sódica IV de 100.000 a 400.000 UI/Kg/ día, hasta 30.000.000 UI día en adulto fraccionada cada cuatro a seis horas a criterio del profesional.
- Cloxacilina IV de 50 a 100 mg/Kg/día, hasta 4 gr. /día en adulto, fraccionado cada seis horas.
- Clindamicina IV de 20 a 40mg/Kg/día 2.4 gr./día en adulto, fraccionado cada 6 – 8 horas.
- Amoxicilina VO de 50 mg/Kg/día, 1 gr en adulto, cada ocho horas por siete días mínimo.
- Amoxicilina VO de 50 mg/Kg/día + ácido clavulánico, fraccionada cada ocho horas por 7 a 10 días.
- Dicloxacilina VO 50m/Kg/día, hasta 4 gr/día en adultos, fraccionado cada seis horas por 7 días mínimo.
- Clindamicina VO 300mg en adulto cada seis a ocho horas por 7 días mínimo.

Terapia de soporte
- Ketoprofeno IV 100 mg cada 8 horas.
- Diclofenaco sódico IV 2 a 3 mg/Kg/día fraccionado cada 6 a 8 horas.
- Metamizol 1 g IV 10 a 30 mg/Kg/peso/día, fraccionado cada seis horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5-10 mg/Kg/dosis cada 6-8 horas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
- Reducción y fijación cruenta con anestesia general.
- Alternativas de materiales a ser utilizados.
- Cemento de metilmetacrilato.
- Alambre de osteosíntesis.
- Placas y tornillos de titanio.
- Malla de titanio.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS
- Manejo hospitalario.
- Evaluación constante de signos vitales.
- Evaluación constante del estado neurológico.
- Marcha asistida.

- Uso de descongestionante nasal en caso de compromiso de seno frontal y conducto fronto – nasal.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- En caso de compromiso neurológico.
- En caso de procedimiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de cuadro clínico.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelto el trauma paciente debe acudir a control de 3 a 6 meses.

RECOMENDACIONES

- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
- Técnica de cepillado.
- Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
  - Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

21.4. FRACTURA DEL TERCIO MEDIO DEL MACIZO FACIAL	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	S02.2 S02.4 S02.8	III

DEFINICIÓN

Solución de continuidad localizada en los huesos que conforman el tercio medio facial.

CLASIFICACIÓN

- Fractura Le Fort I o Guerin.
- Fractura Le Fort II o piramidal.
- Fractura Le Fort III o disyunción craneofacial.
- Fractura de complejo órbito – cigomático – maxilar
- Fractura Naso – órbito - etmoidal

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLINICOS

- Equimosis facial.
- Otorragia.
- Otolicuorrea.
- Rinolicuorrea.
- Diplopía
- Solución de continuidad en tejidos blandos.
- Epistaxis anterior o posterior
- Telecanto traumático
- Edema facial.
- Inoclusión
- Impotencia funcional
- Epistaxis anterior o posterior.
- Dolor al examen clínico.
- Asimetría facial
- Parestesia.
- Crepitación en la zona.
- Movilidad de segmentos fracturados.
- Epífora
- Anosmia
- Signo de Battle (Equimosis retroauricular)

Complicaciones

- Edema persistente.
- Dolor persistente.
- Infección.
- Déficit neurológico.
- Descompensación hemodinámica.
- Compromiso de la órbita y/o agudeza visual.
- Compromiso de vía aérea.
- Compromiso de otros órganos y tejidos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete

- Tomografía axial computarizada, axial y coronal con ventana ósea, reconstrucción 3D.
- Panorámica dental.
- Radiografía de Hirtz.
- Radiografía de Waters.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Beta 2 Transferrina (En caso de sospecha de salida de LCR).

Interconsulta médica:

- Especialidad de Cardiología y/o Medicina Interna.
- Especialidad de Neurocirugía.
- Especialidad de Oftalmología.
- Especialidad de Otorrinolaringología
- Especialidad de Pediatra (en el caso de ser menor de edad)

TRATAMIENTO

Manejo por centros de salud Nivel I, II

- El profesional deberá referir directamente a la especialidad de Cirugía Maxilofacial - III nivel.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente a requerimiento
- Interconsulta con otras especialidades a requerimiento.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterapia:

- Bencilpenicilina G sódica IV de 100.000 a 400.000 UI/Kg/ día, hasta 30.000.000 UI día en adulto fraccionada cada cuatro a seis horas. A criterio del profesional
- Cloxacilina IV de 50 a 100 mg/Kg/día, hasta 4 gr. /día en adulto, fraccionado cada seis horas
- Clindamicina IV de 20 a 40mg/Kg/día 2.4 gr./día en adulto, fraccionado cada 6 – 8 horas
- Amoxicilina VO de 50 mg/Kg/día, 1 gr en adulto, cada ocho horas por siete días mínimo.
- Amoxicilina VO de 50 mg/Kg/día + ácido clavulánico, fraccionada cada ocho horas por 7 a 10 días.
- Dicloxacilina VO 50m/Kg/día, hasta 4 gr/día en adultos, fraccionado cada seis horas por 7 días mínimo.
- Clindamicina VO 300mg en adulto cada seis a ocho horas por 7 días mínimo.

Terapia de soporte

- Ketoprofeno IV 100 mg cada 8 horas
- Diclofenaco sódico IV 2 a 3 mg/Kg/día fraccionado cada 6 a 8 horas.
- Metamizol 1 g IV 10 a 30 mg/Kg/peso/día, fraccionado cada seis horas

- Ibuprofeno 400 mg VO 5-10 mg/Kg/dosis cada 6-8 horas.
- Cloxacilina IV de 50 a 100 mg/Kg/día, hasta 4 gr. /día en adulto, fraccionado cada seis horas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Reducción y fijación cruenta con anestesia general.
- Alternativas de materiales a ser utilizados.
- Cemento de metilmetacrilato.
- Alambre de osteosíntesis.
- Placas y tornillos de titanio.
- Malla de titanio.
- Malla de polipropileno.
- Férula nasal termoplástica
- Tornillos IMF.
- Arcos de Erich.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

- Manejo hospitalario.
- Evaluación constante de signos vitales.
- Evaluación constante del estado neurológico.
- Marcha asistida.
- Uso de descongestionante nasal en caso de compromiso de senos paranasales.
- Dieta hiperproteica, hipercalórica, líquida/pastosa.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- En caso de compromiso neurológico.
- En caso de procedimiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de cuadro clínico.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelto el trauma paciente debe acudir a control de 3 a 6 meses.

RECOMENDACIONES

- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
- Técnica de cepillado.
- Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.

- Tiempo de cepillado: tres minutos.
- Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.

- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

21.5. FRACTURA MANDIBULAR	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	S02.6	III

DEFINICIÓN
Solución de continuidad localizada en la mandíbula

CLASIFICACIÓN
- Fractura de sínfisis
- Fractura de parasínfisis
- Fractura de cuerpo mandibular
- Fractura de ángulo mandibular
- Fractura de rama ascendente
- Fractura de apófisis coronoides
- Fractura de cóndilo o cabeza de la mandíbula

DIAGNÓSTICO
CRITERIOS CLÍNICOS
- Equimosis facial.
- Solución de continuidad en tejidos blandos.
- Edema facial.
- Inoclusión.
- Impotencia funcional
- Dolor al examen clínico.
- Asimetría facial
- Parestesia labial inferior
- Crepitación en la zona.
- Movilidad de segmentos fracturados.
- Halitosis.
- Abertura bucal con desvío.
- Abertura bucal disminuida.
- Glosoptosis.
- Sialorrea.
- Hemorragia.

Complicaciones
- Edema persistente.
- Dolor persistente.
- Infección.
- Déficit neurológico.
- Descompensación hemodinámica.
- Compromiso de la órbita y/o agudeza visual.
- Compromiso de vía aérea.
- Compromiso de otros órganos y tejidos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
Gabinete
- Tomografía axial computarizada, axial y coronal con ventana ósea, reconstrucción 3D.

- Panorámica Dental.
- Radiografía Cadwell.
- Radiografía Antero – Posterior de Towne.
- Radiografía Oclusal.
- Radiografía Lateral Oblicua Mandibular.

Laboratorio:
- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:
- Especialidad de Cardiología y/o Medicina Interna.
- Especialidad de Neurocirugía..

TRATAMIENTO

Manejo por centros de salud - Nivel I, II
- El profesional deberá referir directamente a la especialidad de Cirugía Maxilofacial - III nivel.

Nivel III
- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente a requerimiento
- Interconsulta con otras especialidades a requerimiento.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterapia:
- Bencilpenicilina G sódica IV de 100.000 a 400.000 UI/Kg/ día, hasta 30.000.000 UI día en adulto fraccionada cada cuatro a seis horas. a criterio del profesional
- Cloxacilina IV de 50 a 100 mg/Kg/día, hasta 4 gr. /día en adulto, fraccionado cada seis horas
- Clindamicina IV de 20 a 40 mg/Kg/día 2.4 gr./día en adulto, fraccionado cada 6 – 8 horas
- Amoxicilina VO de 50 mg/Kg/día, 1 gr en adulto, cada ocho horas por siete días mínimo.
- Amoxicilina VO de 50 mg/Kg/día + ácido clavulánico, fraccionada cada ocho horas por 7 a 10 días
- Dicloxacilina VO 50 mg/Kg/día, hasta 4 gr/día en adultos, fraccionado cada seis horas por 7 días mínimo.
- Clindamicina VO 300 mg en adulto cada seis a ocho horas por 7 días mínimo.

Terapia de soporte
- Ketoprofeno IV 100 mg cada 8 horas.
- Diclofenaco sódico IV 2 a 3 mg/Kg/día fraccionado cada 6 a 8 horas.
- Metamizol 1 g IV 10 a 30 mg/Kg/peso/día, fraccionado cada seis horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5-10 mg/Kg/dosis cada 6-8 horas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
- Reducción y fijación cruenta con anestesia general.
- Tratamiento no quirúrgico o conservador.
- Alternativas de materiales a ser utilizados.
- Cemento de metilmetacrilato.

- Alambre de osteosíntesis.
- Placas y tornillos de titanio.
- Malla de titanio.
- Malla de polipropileno
- Férula nasal termoplástica.
- Tornillos IMF.
- Arcos de Erich.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

- Manejo hospitalario.
- Evaluación constante de signos vitales.
- Dieta hiperproteica, hipercalórica, líquida / pastosa.
- Rehabilitación con fisioterapia, a criterio profesional.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- En caso de compromiso neurológico.
- En caso de procedimiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de cuadro clínico.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelto el trauma paciente debe acudir a control de 3 a 6 meses.

RECOMENDACIONES

- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral.
- Técnica de cepillado.
- Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
  - Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

21.6. LESIONES TRAUMÁTICAS DE TEJIDO BLANDO	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	S02.51 S02.52 S02.53 S02.54 S02.40 S02.60 S00.5 S03.20 S03.21 S03.22	III

DEFINICIÓN
Solución de continuidad localizada en tejidos blandos faciales.

CLASIFICACIÓN
- Laceraciones simples.
- Laceraciones por contusión.
- Lesiones por avulsión de tejido blando.

DIAGNÓSTICO
CRITERIOS CLÍNICOS
- Equimosis facial.
- Edema facial.
- Impotencia funcional.
- Dolor al examen clínico.
- Parestesia.
- Presencia de cuerpo extraño.
- Hemorragia.

Complicaciones
- Edema persistente.
- Dolor persistente.
- Infección.
- Descompensación hemodinámica.
- Compromiso de otros órganos y tejidos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
Gabinete
- Tomografía axial computarizada, axial y coronal con ventana ósea, reconstrucción 3D.
- Panorámica antero – posterior de cráneo
- Radiografía lateral de cráneo
- Radiografía peri apical de tejidos blandos

Laboratorio:
- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta medica

- Especialidad de Cardiología y /o Medicina Interna.
- Especialidad de Neurocirugía.

TRATAMIENTO

Manejo por centros de salud - Nivel I - II

- El profesional deberá referir directamente a la especialidad de Cirugía Maxilofacial - III nivel.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Anestesia local o general, según requerimiento.
- Hemostasia de los vasos sangrantes.
- Limpieza con suero fisiológico y sustancias desinfectantes.
- Regularización de los bordes de la herida.
- Sutura en heridas limpias durante 6 a 8 horas.
- Después de las 6 horas NO suturar heridas contaminadas, desinfectar y reavivar bordes por legrado para cicatrización por segunda intención.
- Hospitalización del paciente a requerimiento
- Interconsulta con otras especialidades a requerimiento.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterápia:

- Bencilpenicilina G sódica IV de 100.000 a 400.000 UI/Kg/ día, hasta 30.000.000 UI día en adulto fraccionada cada cuatro a seis horas. a criterio del profesional.
- Cloxacilina IV de 50 a 100 mg/Kg/día, hasta 4 gr. /día en adulto, fraccionado cada seis horas.
- Clindamicina IV de 20 a 40 mg/Kg/día 2.4 gr./día en adulto, fraccionado cada 6 – 8 horas.
- Amoxicilina VO de 50 mg/Kg/día, 1 gr en adulto, cada ocho horas por siete días mínimo.
- Amoxicilina VO de 50 mg/Kg/día + ácido clavulánico, fraccionada cada ocho horas por 7 a 10 días.
- Dicloxacilina VO 50 mg/Kg/día, hasta 4 gr/día en adultos, fraccionado cada seis horas por 7 días mínimo.
- Clindamicina VO 300 mg en adulto cada seis a ocho horas por 7 días mínimo.

Terapia de soporte

- Ketoprofeno IV 100 mg cada 8 horas.
- Diclofenaco sódico IV 2 a 3 mg/Kg/día fraccionado cada 6 a 8 horas.
- Metamizol 1 g IV 10 a 30 mg/Kg/peso/día, fraccionado cada seis horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5-10 mg/Kg/dosis cada 6-8 horas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Uso de anestesia local o general según criterio profesional.
- Limpieza y extracción de cuerpos extraños.
- Cierre primario de heridas según criterio profesional.
- Cierre secundario de heridas según criterio profesional.
- Reparación de tejidos por planos.
- Alternativas de materiales a ser utilizados.
- Hilos de sutura.

- Curativo local.
- Tubo fino de silicona (En caso de realizar reparación del conducto de Stenon).

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

- Manejo hospitalario.
- Verificar inmunización antitetánica.
- Curativo local.
- Uso de protección solar.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- En caso de compromiso neurológico.
- En caso de procedimiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de cuadro clínico.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelto el trauma paciente debe acudir a control de 3 a 6 meses.

RECOMENDACIONES

- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

22. INFECCIONES CERVICOFACIALES 22.1. PATOLOGÍA ÓSEA INFLAMATORIA 22.1.1. ALVEOLITIS	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K103	I – II

DEFINICIÓN

La alveolitis u osteítis alveolar es una infección reversible y localizada de forma superficial; en el alveolo dentario, es de aparición de 1 a 4 días, después de la extracción dentaria.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Puede iniciar a las 24 a 72 horas después de la extracción de la pieza dentaria y se la clasifica como alveolitis seca o húmeda.
- Alveolo vacío o coagulo malformado, con o sin secreción purulenta.
- Dolor intenso, continuo, espontáneo, pulsátil e irradiado.
- Aumento de dolor a la exploración.
- Halitosis.
- Adenopatía regional.
- Malestar general.

COMPLICACIONES

- Compromiso del estado general del paciente.
- Celulitis cérvico-facial (post exodoncia)
- Osteomielitis maxilar o mandibular.
- Impotencia funcional (trismus).
- Dolor intenso y persistente.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

De acuerdo al criterio clínico, se solicitará los siguientes exámenes imagenológicos.

- Radiografía periapical
- Radiografía panorámica dental
- Tomografía Cone Beam.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Nivel I y II

- Consentimiento informado.
- Control del dolor con anestesia local, lidocaína al 2%, con o sin epinefrina, de acuerdo al criterio del profesional.
- Lavado con solución antiséptica (clorhexidina 0,12%)
- Curetaje para retirar tejido necrótico, detritus alimentación u otro cuerpo extraño en el alveolo.
- Regularización de reborde si el caso amerita, osteotomía cresta alveolar y posterior colgajo para cubrir cavidad alveolar.
- Aplicación de pasta intraalveolar a base de yodoformo, eugenol y óxido de zinc o pastas prefabricadas, según edad de paciente y criterio del profesional. Esta pasta solo abarcara 2 tercios del alveolo dentario.
- Sutura de acuerdo a la capacidad de reabsorción de la pasta intraalveolar a utilizar y criterio del odontólogo.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterapia:

- Amoxicilina 500 mg comprimidos cada 8 horas. Niños: Amoxicilina 250-500mg/5ml, dosis 20-40 mg/Kg/día, por siete días
- Eritromicina 500 mg comprimidos VO cada 6 horas (Pacientes alérgicos). Niños 250mg/5 ml, dosis 15-50 mg/Kg cada 6 horas
- Azitromicina suspensión de 250 mg/5ml de 10 a 50 mg/Kg/peso/día, cada 24 horas por 3 días
- Azitromicina comprimidos 500 mg cada 24 horas por 5 días
- Asociar a la amoxicilina, metronidazol 500 mg comprimidos VO cada 8 horas, en caso de alveolitis rebelde en adultos.

Terapia de soporte:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120-125 / 5ml, dosis 10-15 mg/Kg/dosis cada 6-8 horas.
- Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas, Vía IM 75 mg cada 24 horas por 3 días.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/Kg/peso/dosis, cada 6-8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas en adultos.

RECOMENDACIONES

- Enjuagues no enérgicos con clorhexidina 0,12% tres veces al día.
- Dieta blanca y blanda por 5 días

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Referencia a la especialidad de cirugía maxilofacial, nivel III en caso de dolor agudo y persistencia de hueso expuesto.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta blanca y blanda, esta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

22.1.2. OSTEOMIELÍTIS AGUDA MAXILAR Y MANDIBULAR	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K10.21	III

DEFINICIÓN

Proceso infeccioso con presencia de exudado purulento que compromete todas las estructuras del hueso maxilar y mandibular: cortical, médula, periostio y paquete vasculonervioso.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Aumento de volumen intra y/o extra orales.
- Presencia o no de dolor.
- Fístula intra o extra oral.
- Asimetría facial.
- Adenopatías regionales
- Parestesia y/o disestesia.
- Exudado purulento.
- Movilidad y/o exfoliación de piezas dentarias comprometidas.
- Trismus.
- Secuelas de cicatriz de fístulas antiguas, en caso de ser una osteomielitis crónica reagudizada.

COMPLICACIONES

- Compromiso sistémico.
- Celulitis cervicofacial.
- Incremento del aumento de volumen y asimetría facial.
- Sepsis.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Panorámica dental.
- Ecografía.
- Tomografía axial computarizada
- Gammagrafía ósea

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Proteína C reactiva cuantitativa.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Cultivo y antibiograma.

Interconsultas médicas:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Nivel I y II

- Luego de realizar la valoración del paciente, derivar de inmediato al nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterapia:

Esquema 1:

- Bencilpenicilina G sódica IV adultos 30.000.000 UI/día fraccionado cada 4 a 6 horas. Niños 100.000 - 400.000 UI/Kg/día, fraccionados cada 4-6 horas.
- Gentamicina 80 mg IV cada ocho horas. Niños 3-7.5 mg/Kg/día cada ocho horas.

Esquema 2:

- Cloxacilina IV 1 gr cada 6 horas. Niños 100-200 mg/Kg/día fraccionado cada seis horas.

Esquema 3:

- Clindamicina 600 mg IV cada 6 - 8 horas. Niños a 20-40 mg/Kg/día. Cada 6 - 8 horas.

Esquema 1 y 2 por 7 a 10 días intrahospitalarios posterior al alta hospitalaria, continuar antibioticoterapia por VO con esquemas A o B, por 6 a 8 semanas:
Esquema A: Amoxicilina VO 50 mg/Kg/día + (IBL) Inhibidor de betalactamasas (Ácido clavulánico o sulbactam), fraccionado cada ocho horas.
Esquema B: Clindamicina VO 20-40 mg/Kg/día fraccionada cada 6 - 8 horas.

- La duración de la terapia antibiótica se definirá en función a la evolución clínica.

Terapia de soporte:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120 - 125 / 5ml, dosis 10-15 mg/Kg/dosis cada 6-8 horas.
- Diclofenaco Sódico 50 mg comprimidos VO cada 8 horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/kg/peso/dosis, cada 6 - 8 horas.
- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas en adultos. Vía IV 30 - 60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.
- Diclofenaco Sódico 75 mg IV 2 a 3 mg/Kg/día fraccionado cada 6 a 8 horas
- Diclofenaco Sódico 50 mg Vía IM 75 mg cada 24 horas por 3 días.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Anestesia general.
- Limpieza quirúrgica (si el caso amerita)

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- En procedimiento quirúrgico indicado.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de cuadro infeccioso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la infección el paciente debe retornar a su centro de salud para rehabilitación oral y control de 3 a 6 meses.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

22.1.3. OSTEOMIELÍTIS CRÓNICA MAXILAR Y MANDIBULAR	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K10.21	III

DEFINICIÓN

Proceso infeccioso con presencia de exudado purulento que compromete todas las estructuras del hueso maxilar y mandibular: cortical, médula y periostio, vasos sanguíneos, nervios.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Alzas térmicas.
- Aumento de volumen intra y/o extra oral.
- Dolor intenso de carácter pulsátil.
- Exudado purulento, espontáneo, en zona afectada.
- Elevación y movilidad de piezas dentarias afectadas.
- Fístula única o múltiples intra y/o extra oral.
- Parestesia si compromete hueso mandibular.
- Halitosis marcada.
- Trismus.
- Adenopatías regionales.
- Secuestros óseos.

COMPLICACIONES

- Compromiso sistémico.
- Cronificación del cuadro clínico.
- Incremento del aumento de volumen y asimetría facial.
- Alteración del crecimiento óseo en niños, ocasionando asimetría facial.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Panorámica dental.
- Ecografía.
- Tomografía axial computarizada.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia)
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Proteína C reactiva cuantitativa.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Cultivo y antibiograma.

Interconsultas medicas:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria.

TRATAMIENTO

Nivel I y II

- Luego de realizar la valoración del paciente, referir directamente a la especialidad de Cirugía Maxilofacial.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterapia:

Esquema 1:

- Bencilpenicilina G sódica IV adultos 30.000.000 UI/día fraccionado cada 4 a 6 horas. Niños 100.000-400.000 UI/Kg/día, fraccionados cada 4 - 6 horas.
- Gentamicina 80 mg IV cada ocho horas. Niños 3 - 7.5 mg/Kg/día cada ocho horas.

Esquema 2:

- Cloxacilina IV 1 gr cada 6 horas. Niños 100 - 200 mg/Kg/día fraccionada cada seis horas.

Esquema 3:

- Clindamicina 600 mg IV cada 6-8 horas. Niños a 20 - 40 mg/Kg/día. Cada 6 - 8 horas.
- Esquema 1 y 2 por 7 a 10 días intrahospitalarios posterior al alta hospitalaria, continuar antibioticoterapia por VO con esquemas A o B, por 6 a 8 semanas:
- Esquema A: Amoxicilina VO 50 mg/Kg./día + IBL (Ácido clavulánico o sulbactam), fraccionado cada ocho horas.
- Esquema B: Clindamicina VO 20 - 40 mg/Kg./día fraccionada cada 6 - 8 horas.

Terapia de soporte:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120-125 / 5ml, dosis 10 - 15 mg/Kg./dosis cada 6 - 8 horas.
- Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas; Vía IM 75 mg cada 24 horas por 3 días.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/kg/peso/dosis, cada 6 - 8 horas.
- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas en adultos. Comprimidos Sublingual de 20 o 30 mg cada 4 a 6 horas. Vía IV 30 - 60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Anestesia general.
- Limpieza quirúrgica, secuestrectomía y desfocalización de dientes causante, si el caso lo requiere.
- Germectomias en niños si compromete las piezas dentarias.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- En caso de realizar procedimiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de cuadro infeccioso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la infección el paciente debe retornar a su centro de salud para rehabilitación oral y control de 3 a 6 meses.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

22.2. INFECCIONES DE ORIGEN DENTARIO 22.2.1. INFECCIÓN ODONTOGÉNICA	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K103	II – III

DEFINICIÓN

Se definen las infecciones odontogénas u odontogénicas como aquellos procesos de la cavidad bucal y sus alrededores, de origen infeccioso inespecífico y cuya primera causa se localiza en un diente.

ETIOLOGÍA

Caries dental como factor desencadenante, aumento de volumen intra y extra oral, localizado, eritematoso.
Doloroso y fluctuante a la palpación.

DIAGNÓSTICO

Manifestaciones Clínicas

Tres etapas clínicas en la evolución de una infección odontogénica:

- Fase de periodontitis apical aguda y osteítis.
- Fase de celulitis.
- Fase de absceso.

COMPLICACIONES

- Celulitis cérvico facial.
- Absceso cérvico facial.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel II y III

Gabinete:

- Panorámica dental.
- Ecografía de partes blandas.
- Tomografía axial computarizada contrastada.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Cultivo y antibiograma.
- Valoración cardiorrespiratorio preoperatorio.

TRATAMIENTO

Nivel II - III

Tratamiento odontológico

- Apertura cameral del diente causal.
- Extracción del diente causante posterior a terapia farmacológica.

Tratamiento quirúrgico

- Consentimiento informado.
- Anestesia troncular o general.

- Evacuación de la colección purulenta.
- La incisión y técnica de drenaje difiere según el espacio anatómico afectado.
- Colocación de un dren laminar.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterapia en pacientes ambulatorios:

Esquema 1:

- Amoxicilina VO en niños, 50 mg/Kg/día + IBL (Ácido clavulánico o sulbactam), fraccionado cada ocho horas.
- Amoxicilina VO en adultos, 500 - 1.000 mg/dosis cada ocho horas + Gentamicina IM 240 mg cada 24 horas (tres ampollas juntas de 80 mg) por tres días + Metronidazol VO 500 mg cada ocho horas por cinco días.

Esquema 2**:**

- Clindamicina 600 mg IV cada 6 - 8 horas, en adultos. Niños a 20 - 40 mg/Kg/día. Cada 6 - 8 horas.

Terapia de soporte:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120 - 125 / 5ml, dosis 10 - 15 mg/Kg/dosis cada 6 - 8 horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/Kg/peso/dosis, cada 6 - 8 horas.
- Diclofenaco sódico 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas; Vía IM 75 mg cada 24 horas por 3 días.
- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas en adultos. Comprimidos Sublingual de 20 o 30 mg cada 4 a 6 horas. Vía IV 30 - 60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.

Medidas físicas:

- Aplicación de calor en zonas afectadas.
- Enjuagues orales con clorhexidina 0,12%.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- De acuerdo a la gravedad del caso clínico y signos de alarma referir al establecimiento de nivel III**.**

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de cuadro infeccioso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Concluido el tratamiento y resuelto el cuadro infeccioso, acudir al centro de origen para controles periódicos clínicos.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Citas periódicas con el odontólogo para tratamiento bucodental.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo o cinta dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Dieta blanca evitando condimentos, ají, cebolla, ajo, etc.

22.2.2. ABSCESO CERVICOFACIAL	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K12.2	III

DEFINICIÓN

Proceso infeccioso severo, localizado, que afecta los espacios anatómicos cervicales y faciales., que se origina en el tejido pulpar o periodontal del diente involucrado, que se extiende a la zona peri apical y progresa perforando cortical óseo y el periostio de los maxilares, invadiendo los diversos espacios aponeuróticos.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Aumento de volumen intra y extra oral, localizado, eritematoso.
- Doloroso y fluctuante a la palpación.
- Mal estado de conservación de piezas dentarias.
- Halitosis.
- Adenopatías regionales.
- Trismus.
- Alzas térmicas.
- Mal estado general y/o nutricional.

COMPLICACIONES

- Difusión del aumento de volumen a otros espacios cervicales sub aponeuróticos.
- Deterioro del estado general, por astenia, adinamia, anorexia marcada.
- Disnea por compromiso de la vía aérea.
- Disfagia, odinofagia.
- Alzas térmicas no controlables
- Manifestación sistémica de sepsis.
- Inicio de fascitis necrotizante.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel II y III

Gabinete:

- Panorámica dental.
- Ecografía de partes blandas.
- Tomografía axial computarizada contrastada.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Proteína C reactiva cuantitativa.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Cultivo y antibiograma.

Interconsultas medicas:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria

- Valoración por otras especialidades si el estado general del paciente, lo requiriera.
- Interconsulta con terapia intensiva.
- Interconsulta con infectología.
- Interconsulta con otras especialidades necesarias.

TRATAMIENTO

Nivel II

- Luego de realizar la valoración del paciente, (estabilizar) derivar de inmediato a Nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterapia en pacientes ambulatorios:

Esquema 1:

- Amoxicilina VO en niños, 50 mg/Kg./día + IBL (Ácido clavulánico o sulbactam), fraccionado cada ocho horas.
- Amoxicilina VO en adultos, 500 - 1.000 mg/dosis cada ocho horas + Gentamicina IM 240 mg cada 24 horas (tres ampollas juntas de 80 mg) por cinco días + Metronidazol VO 500 mg cada ocho horas por cinco días.

Esquema 2**:**

- Clindamicina 600 mg IV cada 6 - 8 horas, en adultos. Niños a 20 - 40 mg/Kg./día. Cada 6 - 8 horas

Antibioticoterapia en pacientes hospitalizados:

Esquema 1:

- Bezcilpenicilina G sódica IV adultos 30.000.000 UI/día fraccionado cada 4 a 6 horas. Niños 100.000 - 400.000 UI/Kg/día, fraccionados cada 4 - 6 horas.
- Gentamicina 80 mg IV cada ocho horas. Niños 3 - 7.5 mg/Kg/día cada ocho horas.

Esquema 2:

- Cefotaxima IV adultos, 1 gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas; niños Cefotaxima 100 mg/Kg/día fraccionada cada 6-8 horas.

Esquema 3:

- Clindamicina 600 mg IV cada 6 - 8 horas. Niños a 20 - 40 mg/Kg/día. Cada 6 - 8 horas.

Esquema 4:

- Antibioticoterapia con resultado de cultivo y antibiograma.

Terapia de soporte:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120 - 125/5 ml, dosis 10 - 15 mg/Kg/dosis cada 6 - 8 horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/Kg/peso/dosis, cada 6 - 8 horas.
- Diclofenaco sódico 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas; Vía IM 75 mg cada 24 horas por 3 días; IV 2 a 3 mg/Kg. /día fraccionado cada 6 a 8 horas.

- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas, Comprimidos Sublingual de 20 o 30 mg cada 4 a 6 horas en adultos. Vía IV 30 - 60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.

Medidas físicas:
- Aplicación de calor en zonas afectadas
- Enjuagues orales con clorhexidina 0,12%.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
- Anestesia troncular o general, de acuerdo a criterios de profesional.
- Drenaje de absceso y desbridamiento quirúrgico.
- Desfocalización de pieza causante.

CRITERIOS DE REFERENCIA
- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- De acuerdo a la gravedad del caso clínico y signos de alarma referir al establecimiento de nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN
- Absceso rápidamente progresivo, cuyo aumento de tamaño compromete la vía aérea.
- Probabilidad alta de desarrollar fascitis necrotizante.

CRITERIOS DE ALTA
- Resolución de cuadro infeccioso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA
- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Concluido el tratamiento y resuelto el cuadro infeccioso, acudir al centro de origen para controles periódicos clínicos.

RECOMENDACIONES
- Dieta licuada o blanda, hiperproteíca e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Citas periódicas con el odontólogo para tratamiento bucodental.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.

- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- Dieta blanca evitando condimentos, ajíes, cebolla, ajo, etc.

22.2.3. COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE ORIGEN ODONTOGÉNICO 22.2.3.1. CELULITIS CERVICOFACIAL	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K04.6 K04.7	III

DEFINICIÓN

Proceso infeccioso severo, difuso del tejido celular subcutáneo que afecta los espacios anatómicos cervicales y faciales, que se origina en el tejido pulpar o periodontal del diente involucrado, que se extiende a la zona peri apical y progresa perforando cortical óseo y el periostio de los maxilares, invadiendo los diversos espacios aponeuróticos.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Aumento de volumen extra oral, difuso, indurado, caliente.
- Dolor intenso y generalizado.
- Crépitos a la palpación del área afectada.
- Mal estado de conservación de piezas dentarias.
- Halitosis.
- Adenopatías regionales.
- Trismus.
- Alzas térmicas.
- Astenia, adinamia.
- Mal estado general y/o nutricional.

COMPLICACIONES:

- Difusión del aumento de volumen a otros espacios cervicales sub aponeuróticos.
- Diseminación del proceso infeccioso a espacios o estructuras cercanas o alejadas (SNC, cavidad orbitaria y espacio mediastínico).
- Deterioro del estado general.
- Disnea por compromiso de la vía aérea.
- Disfagia, odinofagia.
- Alzas térmicas no controlables.
- Manifestación sistémica de sepsis.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel II y III

Gabinete:

- Panorámica dental.
- Ecografía de partes blandas.
- Tomografía axial computarizada contrastada.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Proteína C reactiva cuantitativa.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Cultivo y antibiograma.

Interconsultas médicas:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria.
- Valoración por otras especialidades si el estado general del paciente, lo requiriera.

TRATAMIENTO

Nivel II

- Luego de realizar la valoración (estabilizar) del paciente, derivar de inmediato al Nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente.

MANEJO FARMACOLÓGICO:

Antibioticoterapia en pacientes ambulatorios:

Esquema 1:

- Amoxicilina VO en niños, 50 mg/Kg/día + IBL (Ácido clavulánico o sulbactam), fraccionado cada ocho horas.
- Amoxicilina VO en adultos, 500 - 1.000 mg/dosis cada 8 horas + Gentamicina IM 240 mg cada 24 horas (tres ampollas juntas de 80 mg) por cinco días + Metronidazol VO 500 mg cada ocho horas.
- Cloxacilina o dicloxacilina 50 mg/Kg/día, fraccionado cada 6 horas. 500 – 1000 mg cada 6 horas.

Esquema 2**:**

- Clindamicina VO niños/niñas 10 - 40 mg/ Kg/día cada 6 - 8 horas; adultos 600 mg cada 6 - 8 horas.

***** La duración de la terapia antibiótica se establece en función de la evolución clínica.

Antibioticoterapia en pacientes hospitalizados:

Esquema 1:

- Bencilpenicilina G sódica IV adultos 30.000.000 UI/día fraccionado cada 4 a 6 horas. Niños 100.000 - 400.000 UI/Kg/día, fraccionados cada 4 - 6 horas.
- Gentamicina 80 mg IV cada ocho horas. Niños 3 - 7.5 mg/Kg/día cada ocho horas.

Esquema 2:

- Cefotaxima IV adultos, 1gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas; niños Cefotaxima 100 mg/Kg./día fraccionada cada 6 - 8 horas.
- Cloxacilina IV 1 gr cada 6 horas. Niños 100 - 200 mg/Kg./día fraccionada cada seis horas.

Esquema 3:

- Clindamicina 600 mg IV cada 6-8 horas. Niños a 20 - 40 mg/Kg./día. Cada 6 - 8 horas.

Esquema 4:

- Antibioticoterapia determinado con cultivo y antibiograma.

Terapia de soporte:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120 - 125 / 5ml. dosis 10 - 15 mg/Kg/dosis cada 6 - 8 horas.

- Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas; Via IM 75 mg cada 24 horas por 3 dias; IV 2 a 3 mg/Kg/día fraccionado cada 6 a 8 horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/kg/peso/dosis, cada 6 - 8 horas.
- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas; Comprimidos Sublingual de 20 o 30 mg cada 4 a 6 horas en adultos. Vía IV 30 - 60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.

Medidas físicas:
- Aplicación de calor en zonas afectadas.
- Enjuagues orales con clorhexidina 0,12%.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
- Anestesia troncular o general, de acuerdo a criterios de profesional.
- Drenaje quirúrgico.
- Desfocalización de pieza causante.

CRITERIOS DE REFERENCIA
- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- De acuerdo a la gravedad del caso clínico y signos de alarma referir al establecimiento de nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN
- Celulitis rápidamente progresiva, que compromete la vía aérea.
- Pacientes con patologías inmunosupresoras que complican el manejo ambulatorio de la infección odontogénico.

CRITERIOS DE ALTA
- Resolución de cuadro infeccioso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA
- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Concluido el tratamiento y resuelto el cuadro infeccioso, acudir al centro de origen para controles periódicos clínicos.

RECOMENDACIONES
- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Citas periódicas con el odontólogo para tratamiento bucodental.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.

    - Tiempo de cepillado: tres minutos.
    - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

22.2.3.2. ANGINA DE LUDWING	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K04.6	III

DEFINICIÓN

Celulitis grave y de rápido progreso que se extiende por el piso de la boca y que afecta simultáneamente los espacios submaxilares, sublingual y submentoniano que se origina principalmente por infecciones periapicales del segundo y tercer molar mandibular. Puede causar obstrucción de la vía aérea y comprometer la vida del paciente.

CRITERIOS CLÍNICOS

- Aumento de volumen intra y/o extra oral.
- Regiones comprometidas: espacios submaxilar, sublingual y submentoniano bilateral
- Dolor localizado y/o irradiado o referido, espontáneo.
- Compromiso de la vía aérea.
- Disfagia, odinofagia.
- Astenia, adinamia.
- Mal estado de conservación de piezas dentarias.
- Halitosis.
- Adenopatías regionales.
- Signos de dificultad respiratoria.
- Trismus cuando existe compromiso del espacio maseterino.
- Compromiso del estado general y/o nutricional del paciente.

COMPLICACIONES

- Difusión del aumento de volumen a espacios peligrosos (espacio para faríngeos, latero faríngeos y pre traqueales).
- Compromiso de espacio mediastino.
- Fascitis necrotizante.
- Signo sintomatología de sepsis.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel II y III

Gabinete:

- Panorámica dental.
- Radiografía de PA de torax.
- Radiografía lateral de columna cervical.
- Ecografía de partes blandas.
- Tomografía axial computarizada contrastada cervical y torácica, de acuerdo a criterio del profesional.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Proteína C reactiva cuantitativa.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Cultivo y antibiograma.

Interconsultas medicas:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria
- Valoración por otras especialidades si el estado general del paciente, lo requiriera.
- Interconsulta con terapia intensiva.
- Interconsulta con infectología.
- Interconsulta con otras especialidades necesarias.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Nivel II

- Luego de realizar la valoración del paciente, (estabilizar) derivar de inmediato a Nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente.
- Mantenimiento de vía parenteral a requerimiento
- Control de vía aérea y ventilación

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterapia en pacientes hospitalizados:

Esquema 1:

- Bencilpenicilina G sódica IV adultos 30.000.000 UI/día fraccionado cada 4 a 6 horas. Niños 100.000-400.000 UI/Kg/día, fraccionados cada 4-6 horas.
- Gentamicina 80 mg IV cada ocho horas. Niños 3-7.5 mg/Kg/día cada ocho horas.
- Metronidazol 500 mg en adultos. Niños 15 a 30 mg/Kg/peso/día cada 8 horas.

Esquema 2:

- Clindamicina 600 mg IV cada 6-8 horas. Niños 20-40 mg/Kg/día fraccionada cada 6-8 horas.
- Ciprofloxacina 200 mg IV cada 12 horas adultos.

Esquema 3:

- Amoxicilina + IBL50 mg/Kg/día (Ácido clavulánico o sulbactam), IV, fraccionado cada ocho o 12 horas, según criterio de profesional.

Esquema 4:

- Antibioticoterapia determinado por cultivo y antibiograma.

Terapia de soporte:

- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.
- Ketorolaco IV 30 -60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.
- Dexametasona 4-8 mg cada 8-12 horas. Niños 0.15 - 0.30mg fraccionada según criterio del profesional.

Medidas físicas:

- Aplicación de calor en zonas afectadas
- Enjuagues orales con clorhexidina 0.12%.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Consentimiento informado
- Anestesia general.
- Drenajes quirúrgicos.
- Desfocalización dentaria y curetaje alveolar
- Traqueotomía en caso de ser necesario.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Manejo por nivel III, cirugía maxilofacial.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Obligatorio manejo hospitalario.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de cuadro clínico.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Concluido el tratamiento y resuelto el cuadro infeccioso, acudir al centro de origen para controles periódicos clínicos.

RECOMENDACIONES

- Citas periódicas con el odontólogo para tratamiento bucodental.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:

Técnica de cepillado.
Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
Tiempo de cepillado: tres minutos.
Cepillado de lengua e interdental.

- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

22.3 INFECCIONES DE ORIGEN NO ODONTOGÉNICO 22.3.1 LINFADENITIS O ADENITIS CERVICAL DENTARIAS DE DENTICIÓN PERMANENTE	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	L04.0	III

DEFINICIÓN

Inflamación de los ganglios linfáticos de la cadena cervical, de diferentes etiologías.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Aumento de volumen de ganglios linfáticos de presentación unilateral, si la presentación es bilateral se debe sospechar de otra patología (Síndrome de mononucleosis infecciosa, adenitis tuberculosa, linfomas, VIH, metástasis ganglionar de tumores malignos).
- Dolor intenso y generalizado.
- Piel eritematosa y caliente.
- Alzas térmicas.
- Astenia, adinamia.
- Mal estado general y/o nutricional.
- Frecuente en niños.

COMPLICACIONES:

- Difusión del aumento de volumen a otros espacios cervicales sub aponeuróticos.
- Deterioro del estado general.
- Disnea por compromiso de la vía aérea.
- Disfagia, odinofagia.
- Alza térmica no controlables.
- Manifestación sistémica de sepsis.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel III

Gabinete:

- Ecografía de partes blandas.
- Tomografía axial computarizada contrastada.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Proteína C reactiva cuantitativa.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Serología (citomegalovirus).
- Frotis faríngeo.
- Cultivo y antibiograma.

Interconsultas médicas:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria
- Estudio histopatológico, si se realizar una biopsia ganglionar.

TRATAMIENTO

Nivel II

- Luego de realizar la valoración del paciente, (estabilizar) derivar de inmediato al nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterapia en pacientes ambulatorios:

Esquema 1:

- Amoxicilina VO en niños, 50 mg/Kg/día + IBL (Ácido clavulánico o sulbactam), fraccionado cada ocho horas.
- Amoxicilina VO en adultos, 500 - 1.000 mg/dosis cada ocho horas + gentamicina IM 240 mg cada 24 horas (tres ampollas juntas de 80 mg) por cinco días + metronidazol VO 500 mg cada ocho horas por cinco días.

Esquema 2**:**

- Cloxacilina IV 1 gr cada 6 horas. Niños 100 - 200 mg/Kg/día fraccionada cada seis horas.

Esquema 3**:**

- Clindamicina VO niñas/niños 10 - 30 mg/ Kg/día cada 6-8 horas; adultos 150 - 450 mg/dosis cada 6 - 8 horas.

Antibioticoterapia en pacientes hospitalizados:

Esquema 1:

- Bencilpenicilina G sódica IV adultos 30.000.000 UI/día fraccionado cada 4 a 6 horas. Niños 100.000 - 400.000 UI/Kg/día, fraccionados cada 4-6 horas.
- Gentamicina 80 mg IV cada ocho horas. Niños 3 - 7.5 mg/Kg/día cada ocho horas.

Esquema 2:

- Cefotaxima IV adultos, 1gr cada 8 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas; niños 75 - 100 mg/ Kg/día fraccionada cada 6-8 horas.

Esquema 3:

- Clindamicina 600 mg IV cada 6-8 horas. Niños a 20 - 40 mg/Kg/día. Cada 6 - 8 horas.

Esquema 4:

- Antibioticoterapia determinado por cultivo y antibiograma.

Terapia de soporte:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120 - 125 / 5ml, dosis 10 - 15 mg/Kg/dosis cada 6 - 8 horas.
- Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas; Via IM 75 mg cada 24 horas por 3 dias; IV 2 a 3 mg/Kg/día fraccionado cada 6 a 8 horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/kg/peso/dosis, cada 6 - 8 horas.
- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.

- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas; Comprimido Sublingual de 20 o 30 mg cada 4 a 6 horas en adultos. Vía IV 30 - 60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Anestesia troncular o general, de acuerdo a criterios de profesional.
- Drenaje quirúrgico.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- De acuerdo a la gravedad del caso clínico y signos de alarma referir al establecimiento de nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Proceso infeccioso rápidamente progresiva, que compromete la vía aérea.
- Pacientes con patologías inmunosupresoras que complican el manejo ambulatorio de la infección odontogénico.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de cuadro infeccioso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Concluido el tratamiento y resuelto el cuadro infeccioso, acudir al centro de origen para controles periódicos clínicos.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Citas periódicas con el odontólogo para tratamiento bucodental.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo ó cinta dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

22.3.2. SIALOADENITIS AGUDA SUPURATIVA O BACTERIANA	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K11.2 K11.3	III

DEFINICIÓN

Proceso infeccioso que afecta a la glándula parótida o submaxilar, de causa bacteriana.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Aumento de volumen extra oral a nivel de región parotídea o submaxilar unilateral.
- Dolor intenso, calor y rubor en la piel de la región afectada.
- Mucosa oral seca con o sin presencia de piezas dentarias en mal estado de conservación.
- Adenopatías regionales.
- Trismus.
- Alzas térmicas.
- Inflamación y aumento de dolor con la ingesta de alimentos.
- Orificio de desembocadura del conducto salival se encuentra eritematoso e inflamado.
- Salida de secreción purulenta posterior al masaje de la glándula salival.
- Mal estado general y/o nutricional.

COMPLICACIONES

- Difusión del aumento de volumen a otros espacios cervicales sub aponeuróticos.
- Deterioro del estado general.
- Disnea por compromiso de la vía aérea.
- Disfagia, odinofagia.
- Alza térmica no controlables.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Nivel II y III

Gabinete:

- Ecografía de partes blandas.
- Tomografía axial computarizada contrastada.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Proteína C reactiva cuantitativa.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Cultivo y antibiograma.

Interconsulta médica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria.

TRATAMIENTO

Nivel II

- Luego de realizar la valoración del paciente, (estabilizar) derivar de inmediato al nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Antibioticoterapia en pacientes ambulatorios:

Esquema 1:

- Amoxicilina VO en niños, 50 mg/Kg/día + IBL (Ácido clavulánico o sulbactam), fraccionado cada ocho horas.
- Amoxicilina VO en adultos, 500 - 1.000 mg/dosis cada ocho horas + gentamicina IM 240 mg cada 24 horas (tres ampollas juntas de 80 mg) por cinco días + metronidazol VO 500 mg cada ocho horas por cinco días.

Esquema 2**:**

- Cloxacilina IV 1 gr cada 6 horas. Niños 100-200 mg/Kg./día fraccionada cada seis horas.

Esquema 3**:**

- Clindamicina VO niños/niñas 10 - 30 mg/ Kg/día cada 6-8 horas; adultos 150 - 450 mg/dosis cada 6 - 8 horas.

Antibioticoterapia en pacientes hospitalizados:

Esquema 1:

- Penicilina G sódica IV 100.000 - 400.000 UI/Kg./día fraccionada cada 4 - 6 horas.
- Gentamicina 80 mg inyectable cada ocho horas. Niños 3-7,5 mg/Kg./día cada ocho horas.

Esquema 2:

- Clindamicina 600 mg IV cada 6-8 horas. Niños a 20 - 40 mg/Kg/peso/día, cada 6 - 8 horas.

Esquema 3:

- Amoxicilina + IBL 50mg/Kg/día (Ácido clavulánico o sulbactam) IV cada 8 - 12 horas.

Esquema 4:

- Antibioticoterapia determinado con resulta de cultivo y antibiograma.

Terapia de soporte:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120 - 125 / 5ml, dosis 10 - 15 mg/Kg/dosis cada 6 - 8 horas.
- Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas; Via IM 75 mg cada 24 horas por 3 dias; IV 2 a 3 mg/Kg./día fraccionado cada 6 a 8 horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/kg/peso/dosis, cada 6 - 8 horas.
- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas; Comprimidos Sublingual de 20 o 30 mg cada 4 a 6 horas en adultos. Vía IV 30 - 60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.

Medidas físicas:

- Aplicación de calor en zonas afectadas.
- Enjuagues orales con clorhexidina 0,12%.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Anestesia troncular o general, de acuerdo a criterios de profesional.
- Drenaje quirúrgico extraoral si el caso lo requiere.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- De acuerdo a la gravedad del caso clínico y signos de alarma referir al establecimiento de nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Proceso infeccioso rápidamente progresiva, que compromete la vía aérea.
- Pacientes con patologías inmunosupresoras que complican el manejo ambulatorio de la infección odontogénico.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de cuadro infeccioso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Concluido el tratamiento y resuelto el cuadro infeccioso, acudir al centro de origen para controles periódicos clínicos.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Citas periódicas con el odontólogo para tratamiento bucodental.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

22.3.3. OSTEONECROSIS POR BIFOSFONATOS	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
		III

DEFINICIÓN

Entidad clínica poco frecuente, caracterizada por exposición ósea de los maxilares, debido a una alteración del aporte sanguíneo o una inhibición de la osteoblastogénesis e incremento de la apoptosis de los osteocitos, asociado a la administración oral o parenteral de bifosfonatos.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Paciente que ha recibido o está recibiendo tratamiento con bifosfonatos intravenosos u orales sin antecedentes previos de radioterapia en el territorio maxilofacial.
- Presencia de una o varias lesiones ulceradas en la mucosa de los procesos alveolares, con exposición del hueso maxilar y/ o la mandíbula de más de ocho semanas de evolución.
- También puede existir casos sin exposición ósea, con dolor o fistulas orales que deben ser consideradas.
- Exposición ósea puede ser asintomática y auto limitada, o acompañarse con dolor, mayor extensión y formación de secuestros óseos.
- El hueso expuesto presenta un aspecto necrótico.
- La lesiones e presenta de forma espontánea o más frecuente mente tras la un antecedentes de cirugía dentoalveolar (exodoncia).
- Ausencia de cicatrización durante un periodo de al menos 6 semanas.

COMPLICACIONES

- Compromiso sistémico.
- Celulitis cervicofacial.
- Incremento del aumento de volumen y asimetría facial.
- Sepsis.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía Panorámica dental.
- Tomografía axial computarizada
- Resonancia magnética (prueba complementaria para valorar afectación medular y partes blandas).

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Proteína C reactiva cuantitativa.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Cultivo y antibiograma.

Interconsulta médica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria.
- Valoración por especialidades médicas, de acuerdo a cuadro sistémico de paciente.

TRATAMIENTO

Nivel I y II

- Luego de realizar la valoración del paciente, derivar de inmediato al nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización del paciente.

TRATAMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO

Estadio 1:

Presencia de hueso expuesto o necrótico, asintomático y sin signos de infección.

- Cuantificar en milímetros del tamaño de exposición.
- Sugerir, si fuera posible la suspensión de bifosfonatos, por parte del especialista.
- Colutorios con clorhexidina 0,12 % tres veces al día.
- Control evoluciono a los 15 días:
- En caso igual o menor tamaño de exposición, mantener el mismo tratamiento por otros 15 días más.
- En caso de incremento de la exposición aplicar el tratamiento de estadio 2.
- Control evolutivo al mes.

Estadio 2:

Presencia de hueso expuesto o necrótico, en paciente con dolor y signos evidentes de infección.

- Cuantificar en milímetros el tamaño de exposición ósea.
- Recomendar si fuese posible la suspensión de bifosfonatos.
- Colutorios con clorhexidina 0.12% tres veces al día.
- Antibioticoterapia oral empírica mientras no se cuente con cultivo y antibiograma.

Esquema 1:

- Bencilpenicilina G sódica IV adultos 30.000.000 UI/día fraccionado cada 4 a 6 horas. Niños 100.000 - 400.000 UI/Kg/día, fraccionados cada 4 - 6 horas.
- Gentamicina 80 mg IV cada ocho horas. Niños 3 - 7.5 mg/Kg/día cada ocho horas.

Esquema 2:

- Cloxacilina IV 1 gr cada 6 horas. Niños 100 - 200 mg/Kg/día fraccionada cada seis horas.

Esquema 3:

- Clindamicina 600 mg IV cada 6-8 horas. Niños a 20 - 40 mg/Kg/día. Cada 6 - 8 horas.

Esquema 1 y 2 por 7 a 10 días intrahospitalarios posterior al alta hospitalaria, continuar antibioticoterapia por VO con esquemas A o B, por 6 a 8 semanas:

  - Esquema A: Amoxicilina VO 50 mg/Kg/día + IBL (Ácido clavulánico o sulbactam), fraccionado cada ocho horas.
  - Esquema B: Clindamicina VO 20 - 40 mg/Kg/día fraccionada cada 6 - 8 horas.
- Administración de antiinflamatorios no esteroides.
  - Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120 - 125 / 5ml, dosis 10 - 15 mg/Kg/dosis cada 6 - 8 horas.
  - Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas; Via IM 75 mg cada 24 horas por 3 días; IV 2 a 3 mg/Kg./día fraccionado cada 6 a 8 horas.
  - Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/Kg/peso/dosis, cada 6-8 horas.

- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas; Comprimidos Sublingual de 20 o 30 mg cada 4 a 6 horas en adultos. Vía IV 30 - 60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.

- Control evolutivo a los 15 días, 1 mes, en caso de persistir o agravarse la exposición ósea, instaurar el tratamiento para estadio 3.

Estadio 3:

Presencia de hueso expuesto o necrótico, en pacientes con dolor, infección y uno o más de los siguientes signos: fractura patológica, fistula extraoral, osteolisis que se extiende al borde inferior.

- Administrar Antibioticoterapia sugerida en el estadio 2.
- Colutorios con clorhexidina 0,12% tres veces al día.
- Bajo anestesia local, si fuera posible eliminar el secuestro óseo incluyendo si precisara la exodoncia de los dientes involucrados, irrigación del lecho quirúrgico con clorhexidina 0,12 % y cierre del defecto con material reabsorbible.
- Controles periódicos a los 15 días y al mes.

En circunstancias graves con fracaso de todas las medidas previas pueden plantearse situaciones complejas en las que pueden proponerse cirugías alternativas, siempre lo más conservadora posible.

- Fractura patológica, legrado tejido óseo necrótico y placa de reconstrucción (evitar injertos).
- Osteonecrosis hasta borde inferior, resección en bloque y placa de reconstrucción.
- Fistula extraoral, desbridamiento eliminando áreas de osteonecrosis que produzca irritación mucosa. (Fistulectomia).

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- En procedimiento quirúrgico indicado.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de cuadro infeccioso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la infección el paciente debe retornar a su centro de salud para rehabilitación oral y control de 3 a 6 meses.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.

- Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
- Tiempo de cepillado: tres minutos.
- Cepillado de lengua e interdental.

- Uso del hilo o cinta dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23. PATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL 23.1. LESIONES TUMORALES DE TEJIDO BLANDO 23.1.1. GRANULOMA PIÓGENO	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K13.40	II – III

Las lesiones de tejido blando de la mucosa oral son de etiología reaccional como traumatismos mecánicos, accidental o irritación crónica; localizada en los tejidos blandos.

DEFINICIÓN

Es un agrandamiento gingival de aspecto tumoral considerado como una respuesta exagerada ante un trauma pequeño Proliferación reaccional de células endoteliales, frecuente en la encía, como respuesta a una irritación crónica y/o asociada a cambios hormonales como la pubertad o embarazo.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Con o sin sintomatología dolorosa.
- Lesión exofítica sésil o pediculado.
- Coloración rojiza con áreas blanquecinas.
- Ulceración secundaria a trauma.
- Hemorrágica.
- Asociado a piezas dentarias en mal estado de conservación o con higiene oral deficiente.

COMPLICACIONES:

- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Tasa de recurrencia elevada.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica dental.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta medica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO

Nivel I y II

- Realizado el diagnóstico y según la complejidad, el odontólogo debe referir al paciente al nivel II ó III

Nivel II - III

- Consentimiento informado.
- Resección quirúrgica de la lesión bajo anestesia local.
- Tratamiento de la pieza causante.
- Control y seguimiento postoperatorio.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Analgésico:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120-125 / 5ml, dosis 10-15 mg/Kg/dosis cada 6-8 horas.
- Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas; Vía IM 75 mg cada 24 horas por 3 dias; IV 2 a 3 mg/Kg/día fraccionado cada 6 a 8 horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/Kg/peso/dosis, cada 6 - 8 horas.
- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas; Comprimidos Sublingual de 20 o 30 mg cada 4 a 6 horas en adultos. Vía IV 30 - 60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.1.2. GRANULOMA PERIFÉRICO DE CELULAS GIGANTES	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K06.81	III

DEFINICIÓN

Estas lesiones benignas son fundamentalmente respuestas a agresiones locales, que desencadenan una respuesta inflamatoria. Lesión exofítica, de tipo extraóseo, que aparece sobre la encía o mucosa alveolar, constituida al examen histopatológico por células gigantes multinucleares.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Lesión exofítica sésil o pediculado.
- Coloración violácea o purpura.
- Tamaño y forma variable.
- Localizado en la encía o mucosa alveolar.
- Hemorrágica.
- Consistencia blanda.
- Asintomática.
- Asociado o no a piezas dentarias.

COMPLICACIONES

- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Recidiva.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía Periapical.
- Radiografía Panorámica Dental.
- Radiografía Oclusal.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.

- Resección quirúrgica de la lesión bajo anestesia local.
- Tratamiento de la pieza causante.
- Control y seguimiento postoperatorio.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Analgésico:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120-125 / 5ml, dosis 10 - 15 mg/Kg./dosis cada 6 - 8 horas.
- Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/kg/peso/dosis, cada 6 - 8 horas.
- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas; Comprimidos Sublingual de 20 o 30 mg cada 4 a 6 horas en adultos. Vía IV 30 - 60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Cuando el paciente tiene problemas sistémicos que requieren mayor control pre, trans y postoperatorio.
- Cuando no puede ser resuelto de forma ambulatoria.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
    Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.

- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda y blanca.

23.1.3. MUCOCELE Y RÁNULA	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K11.6	II – III

DEFINICIÓN

Mucocele: Lesión reaccional causada por la retención o acumulación anormal de secreción salival, proveniente de una glándula salival menor, causado por un trauma local, que provoca aumento de volumen en la mucosa oral.

Ránula: Lesión reaccional causada por la extravasación de saliva de glándulas salivales mayores (submaxilar y/o sublingual); término usado por el aspecto en «abdomen de rana» del mucocele en el piso de la boca.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

MUCOCELE:

- Asintomático.
- Aumento de volumen circunscrito y redondeado.
- Frecuentemente ubicada en mucosa labial inferior o cara ventral de la lengua.
- La coloración rosa, azulada o rojiza determina la profundidad.
- Contenido líquido, viscoso, pegajoso y filante.
- Fluctuante o fibroso a la palpación (de acuerdo a su evolución).

RÁNULA:

- Sintomática, por su tamaño puede causar molestias en la deglución, masticación y fonación.
- Ubicada en el piso de la boca.
- Tumefacción unilateral.
- Color azulado transparente.
- Fluctuante al tacto.
- Por traumatismo accidental o provocado, puede vaciar el contenido, reapareciendo nuevamente a los días o semanas.

COMPLICACIONES:

- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Edema en zona intervenida que puede obstruir la vía aérea.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel II - III.

Nivel II - III

- Consentimiento informado.
- Resección quirúrgica de la lesión bajo anestesia local (uso de electro bisturí a elección).
- Control y seguimiento postoperatorio.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Analgésico:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120 - 125 / 5ml, dosis 10 - 15 mg/Kg/dosis cada 6 - 8 horas.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/Kg/peso/dosis, cada 6 - 8 horas.
- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.
- Ketorolaco 20 mg comprimidos VO cada 8 horas en adultos. Vía IV 30 - 60 mg cada 8 hora o PRN. Niños 0.5 mg/peso cada 8 horas o PRN.

INDICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

- Reposo, no exponerse al sol ni a fuentes de calor.
- No escupir ni realizar enjuagues de ningún tipo (no agua de sal, ni agua de manzanilla).
- Colocar hielo en la zona a las dos horas pasada la cirugía.
- Hablar poco para evitar una hemorragia.
- Alimentación blanca y blanda, de preferencia el primer día licuado.
- No comer alimentos picantes ni irritantes.
- No tomar bebidas calientes.
- No fumar, no ingerir café ni alcohol.
- Cepillarse sólo los dientes a las 12 horas de pasada la cirugía, con cuidado en la zona de la intervención con el cepillo, manteniendo limpios los puntos de sutura.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Cuando el paciente tiene problemas sistémicos que requieren mayor control pre, trans y postoperatorio.
- Cuando no puede ser resuelto de forma ambulatoria.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Dieta blanda y blanca
- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.1.4. PAPILOMAS ORALES	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	D10.30	II – III

DEFINICIÓN

Lesiones epiteliales benignas de la mucosa oral, provocados por el virus papiloma humano. Se clasifican en Papiloma escamoso oral, Hiperplasia epitelial multifocal y Verrugas orales.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomático.
- Lesión exofítica sésil o pediculado.
- Superficie lisa o papilar.
- De número y dimensión variable.
- Consistencia blanda.
- Del mismo color de la mucosa o blanquecinos.

COMPLICACIONES:

- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Recidiva.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel II - III

Nivel II - III

- Consentimiento informado.
- Enucleación quirúrgica de la lesión bajo anestesia local (Uso de electrobisturí a elección).
- Control y seguimiento postoperatorio.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Terapia de soporte:

- Paracetamol 500 mg comprimidos VO cada 6 a 8 horas. Niños jarabe 120 - 125 / 5ml, dosis 10 - 15 mg/Kg/dosis cada 6 - 8 horas.

- Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas; Vía IM 75 mg cada 24 horas por 3 dias.
- Ibuprofeno 400 mg VO 5 a 10 mg/kg/peso/dosis, cada 6 - 8 horas.
- Metamizol 1 gr IV cada 8 horas. Niños IV 10 a 20 mg/Kg/día, fraccionado cada 8 horas.

INDICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

- Reposo, no exponerse al sol ni a fuentes de calor.
- No escupir ni realizar enjuagues de ningún tipo (no agua de sal, ni agua de manzanilla).
- Colocar hielo en la zona a las dos horas pasada la cirugía.
- Hablar poco para evitar una hemorragia.
- Alimentación blanca y blanda, de preferencia el primer día licuado.
- No comer alimentos picantes ni irritantes (cebolla).
- No tomar bebidas calientes.
- No fumar, no ingerir café ni alcohol.
- Cepillarse sólo los dientes a las 12 horas de pasada la cirugía, con cuidado en la zona de la intervención con el cepillo, manteniendo limpios los puntos de sutura.
- Ante cualquier problema o dudas consulte con su odontólogo.
- Volver en cinco días para el control.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Cuando el paciente tiene problemas sistémicos que requieren mayor control pre, trans y postoperatorio.
- Cuando no puede ser resuelto de forma ambulatoria.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Dieta blanda y blanca
- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.

- Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
- Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
- Cepillado de lengua.

- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.1.5. LESIONES CANCERIZABLES ORALES	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K13.20 K13.21 K13.22	III

DEFINICIÓN

Lesiones hiperqueratósicas o atróficas, con un grado avanzado de displasia celular, que tienen el riesgo de desarrollar Cáncer y su presentación clínica puede ser como una leucoplasia y/o eritroplasia.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

LEUCOPLASIA: Mancha o placa blanca circunscrita, que al raspado no se desprende y que no puede caracterizarse como otra entidad clínica ni patológica.

ERITROPLASIA: Mancha roja, plana o aterciopelada, resultado de una atrofia epitelial

COMPLICACIONES

- Lesión sospecho con riesgo a desarrollar Cáncer.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Estudio Histopatológico y citológico:

- Biopsia.
- Citología exfoliativa.

Interconsulta médica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Oncología si se confirma lesión maligna.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Diagnóstico precoz mediante citología exfoliativa o biopsia.
- Examen y control evolutivo de la lesión.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III a la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con oncología.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Cuando el paciente tiene problemas sistémicos que requieren mayor control pre, trans y postoperatorio.
- Cuando no puede ser resuelto de forma ambulatoria.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología
- Control periódico y observación.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Dieta blanda y blanca
- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.1.6. CÁNCER ORAL	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	C00 C01 C02 C03 C04 C05	III

DEFINICIÓN

El carcinoma epidermoide es el cáncer más frecuente en la mucosa oral. Neoplasia epitelial maligna, debido a la transformación atípica de las células epiteliales, inicialmente localizado dentro de la estructura epitelial (cáncer in situ), posteriormente invasión del tejido conjuntivo (cáncer invasor) y metástasis.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Úlceras indoloras de bordes elevados indurados, que no reparan.
- Lesiones blancas.
- Lesiones rojizas.
- Lesiones mixtas (Áreas blanquecinas y rojizas).
- Lesiones exofíticas de crecimiento rápido.
- Superficie lisa o verrugosa.
- Frecuente en el labio inferior, en bordes laterales de la lengua y en el piso de boca.
- Detectar posibles adenopatías cervicales.

COMPLICACIONES

- Compromiso sistémico.
- Metástasis.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Estudio Histopatológico y citológico:

- Biopsia.
- Citología exfoliativa.

Interconsulta médica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Oncología si se confirma lesión maligna.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Realizado el diagnóstico clínico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III.

Nivel III

MANEJO QUIRÚRGICO:

- Consentimiento informado.
- Resección quirúrgica con márgenes de seguridad.
- Diagnóstico precoz mediante citología exfoliativa o biopsia
- **En caso confirmado,** derivar al servicio de oncología
- Manejo interdisciplinario oncología, quimioterapia y radioterapia.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III a la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con oncología.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Dieta blanda y blanca
- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.2. LESIONES TUMORALES DE TEJIDO DURO 23.2.1. GRANULOMA CENTRAL DE CÉLULAS GIGANTES	CIE 10 K101	NIVEL DE RESOLUCIÓN III

DEFINICIÓN

Lesión destructiva intra-ósea, constituida al examen histopatológico por células gigantes multinucleadas que pueden comprometer a los huesos maxilares.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Sintomáticos o asintomáticos.
- Localización frecuente en la región anterior de la mandíbula y el maxilar superior.
- Crecimiento lento expansivo, con abombamiento de tablas.
- Desplazamiento de piezas dentarias.
- Radiográficamente imagen radiolúcida uni o multilocular de bordes definidos.

COMPLICACIONES

- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Recidiva.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía Periapical.
- Radiografía Panorámica Dental.
- Radiografía Oclusal.
- Tomografía Axial Computarizada.
- Tomografía Cone Beam.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (en caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta medica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Resección quirúrgica y curetaje de la lesión bajo anestesia local o general, según criterio profesional.

- Control y seguimiento postoperatorio.

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Medicación antibiótica y analgésica de acuerdo al caso y el criterio del profesional.

CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

- En caso de que el procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.
- Control postoperatorio periódico.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteíca e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.2.2. OSTEOMA	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	D16.4 D16.5 K10.00 K10.01	III

DEFINICIÓN

Lesiones benignas del tejido óseo que puede presentarse en los maxilares, siendo únicos o múltiples.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomático.
- Variedad extraósea, manifestándose como elevaciones redondeadas sobre la estructura ósea.
- Localización distinta de las ocupadas por el torus o exostosis.
- De consistencia sólida.
- Si es poliostótico, descartar Síndrome de Gardner.
- Crecimiento lento y progresivo.
- Cuando son de gran tamaño, causan alteraciones estéticas y funcionales.
- Variedad intraósea, hallazgo radiográfico.

COMPLICACIONES:

- Dolor de la región.
- Infección.
- Recidiva ocasionalmente.
- Parestesias.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica dental.
- Radiografía oclusal
- Radiografía de Waters.
- Radiografía de Towne.
- Radiografía de Caldwell.
- Radiografía de cráneo (antero posterior y lateral).
- Tomografía axial computarizada si el caso lo amerita.
- Tomografía cone beam.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (en caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Resección quirúrgica de la lesión bajo anestesia local o general de acuerdo a criterio del profesional.
- Control y seguimiento postoperatorio.

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Medicación antibiótica y analgésica de acuerdo al caso y el criterio del profesional.

CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

- En caso de que el procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.
- Control postoperatorio periódico.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.2.3. DISPLASIA FIBROSA ÓSEA	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K10.83	III

DEFINICIÓN

Reemplazo del tejido óseo normal por tejido fibroso de los huesos maxilares, con presentación monostotica o poliostotica.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomático.
- Consistencia sólida.
- Crecimiento lento y progresivo.
- Asimetría facial.
- Expansión de tablas óseas.
- Ocasionalmente desplazamiento de piezas dentarias adyacentes.
- Radiográficamente imagen mixta, sin límites definidos, de aspecto “cascara de naranja”.
- En caso de la variedad poliostotica, descartar el Síndrome de Albright y el Síndrome de Jaffe.

COMPLICACIONES:

- Dolor de la región.
- Infección.
- Alteración estética y funcional.
- Parestesia.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica dental.
- Radiografía Oclusal.
- Radiografía de Waters.
- Radiografía de Town.
- Radiografía de Cadwell.
- Tomografía Cone Beam.
- Tomografía axial computarizada con reconstrucción 3D si el caso lo amerita.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (en caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta medica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Recomendable el tratamiento al concluir el crecimiento óseo.
- Remodelación ósea de la zona comprometida, bajo anestesia general.
- Control y seguimiento postoperatorio.
- Manejo multidisciplinario en caso de presentar síndromes.

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Medicación antibiótica y analgésica de acuerdo al caso y el criterio del profesional.

CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

- En caso de que el procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología
- Control postoperatorio periódico, en especial en paciente de crecimiento y desarrollo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio, hasta los cinco años.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.2.4. EXOSTOSIS	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	D16.4 D16.5 K10.00 K10.01	II – III

DEFINICIÓN

Son masas óseas induradas, benignas, indoloras y de superficie amplia autolimitada, recubiertas por mucosa sana.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomático.
- Consistencia sólida.
- Crecimiento lento, progresivo y auto limitante.
- Frecuente en la cara vestibular de maxilar.
- Radiográficamente imagen radiopaca, de límites definidos.

COMPLICACIONES

- Dolor de la región.
- Infección.
- Alteración estética y funcional.
- Problemas en caso de la instalación de prótesis removible.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía Periapical.
- Radiografía Panorámica Dental.
- Radiografía Oclusal.
- Tomografía Cone Beam.
- Tomografía axial computarizada con reconstrucción 3D si el caso lo amerita.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia)
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel II ó III.

Nivel II - III

- Consentimiento informado.
- Remodelación ósea de la zona comprometida, con fines protésicos.
- Control y seguimiento postoperatorio.

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Medicación antibiótica y analgésica de acuerdo al caso y el criterio del profesional.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.2.5. TORUS	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	D16.4 D16.5 K10.00 K10.01	III

DEFINICIÓN

Son masas óseas induradas benignas, indoloras y de base amplia autolimitada, bastante común, revestida por mucosa sana. Si se ubica en el centro del paladar duro de denomina Torus Palatino, de superficie lisa o lobulada.

Si se presenta en la posición lingual bilateral, respecto a los premolares mandibulares recibe el nombre de Torus mandibular.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomático.
- Consistencia sólida.
- Crecimiento lento, progresivo y auto limitante a nivel del paladar duro y en la tabla lingual bilateral de la región premolar del maxilar inferior.
- Radiográficamente imagen radiopaca, de límites definidos.

COMPLICACIONES

- Ulceraciones en la mucosa que recubre los torus.
- Infección
- Alteración funcional en la fonación.
- Problemas en caso de la instalación de prótesis removible.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía Periapical.
- Radiografía Panorámica Dental.
- Radiografía Oclusal.
- Tomografía Cone Beam.
- Tomografía axial computarizada con reconstrucción 3D si el caso lo amerita.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Remodelación ósea de la zona comprometida, con fines protésicos.
- Control y seguimiento postoperatorio.

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Medicación antibiótica y analgésica de acuerdo al caso y el criterio del profesional.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.3. LESIONES QUÍSTICAS DE LOS MAXILARES	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K09	II – III

DEFINICIÓN

Un quiste es una cavidad anormal, revestimiento epitelial y un contenido (líquido o semilíquido). Los quistes maxilares son lesiones no tumorales de aparición frecuente en los huesos maxilares, debido a la presencia de epitelio de los elementos odontogénico y remanentes de órganos embrionarios. También existe un grupo de lesiones que carece de revestimiento epitelial, considerados pseudoquistes. (Quiste óseo solitario y el quiste óseo aneurismático).

23.3.1. QUISTE DENTÍGERO	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K09.0	II – III

DEFINICIÓN

Quiste odontogénico, que se desarrolla alrededor de la corona de una pieza dentaria incluida.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomáticos a menos que se sobre infecten.
- Asimetría facial.
- Crecimiento lento progresivo.
- Abombamiento de tablas óseas.
- Frecuentemente asociado a los terceros molares inferiores y caninos superiores.
- Radiográficamente se evidencia como una lesión radio lúcida unilocular.

COMPLICACIONES

- Hemorragia.
- Infección.
- Parestesia si compromete estructura nerviosa.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía Periapical.
- Radiografía Panorámica dental.
- Radiografía Oclusal.
- Tomografía Cone Beam.
- Tomografía Axial Computarizada con Reconstrucción 3D.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta medica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- El tratamiento quirúrgico se definirá en función al tamaño, localización, estructuras anatómicas adyacentes y edad del paciente.
- Descompresión quirúrgica inicialmente seguida de una enucleación en lesiones de gran tamaño.
- Uso de injerto de acuerdo al caso
- Control y seguimiento postoperatorio.

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Medicación antibiótica y terapia de soporte de acuerdo al caso y la zona comprometida.

CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

- En caso de que el procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología
- Control postoperatorio periódico, en especial en paciente de crecimiento y desarrollo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio clínico y radiográfico, hasta por cinco años.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.

- Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
- Cepillado de lengua.

- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.3.2. QUERATOQUISTE	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K09.0	III

DEFINICIÓN

Quiste odontogénico, que se origina de los restos epiteliales odontogénico, antes considerado como un tumor por su alta tasa de recidiva y su agresividad.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomáticos a menos que se sobre infecten.
- Asimetría facial.
- Crecimiento lento progresivo.
- Frecuentemente asociado a los terceros molares inferiores y caninos superiores.
- Radiográficamente se evidencia como una lesión radio lucida unilocular y multilocular, con borde festoneado que no provoca rizólisis patológica y desplaza piezas adyacentes.
- En caso evidenciar múltiples Queratoquistes en los maxilares, sospechar de Síndrome de Gorlin Goltz (Síndrome Nevoide Basocelular).

COMPLICACIONES

- Hemorragia.
- Infección.
- Parestesia si compromete estructura nerviosa.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía Periapical.
- Radiografía Panorámica Dental.
- Tomografía Axial Computarizada con reconstrucción 3D.
- Tomografía Cone Beam.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta medica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.

- El tratamiento quirúrgico se definirá en función al tamaño, localización, estructuras anatómicas adyacentes, y edad del paciente.
- Descompresión quirúrgica inicialmente seguida de una enucleación en lesiones de gran tamaño, con márgenes de seguridad.
- Uso de injerto de acuerdo al caso.
- Control y seguimiento postoperatorio.
- Manejo multidisciplinario en caso de Síndrome de Gorlin Goltz (Síndrome Nevoide Basocelular).

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Medicación antibiótica y terapia de soporte de acuerdo al caso y la zona comprometida.

CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

- En caso de que el procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología
- Control postoperatorio periódico, en especial en paciente de crecimiento y desarrollo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio clínico y radiográfico, hasta por cinco años.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
    - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
    - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
    - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.4. TUMOR BENIGNO DE ORIGEN ODONTOGÉNICO 23.4.1. ODONTOMAS	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	D16.4 D16.5	II – III

DEFINICIÓN
Tumor odontogénico benigno mixto, considerados como hamartoma.

CLASIFICACIÓN
Compuestos: Constituidos por múltiples dentículos.
Complejos: Masa amorfa de tejido dentario**.**

DIAGNÓSTICO
CRITERIOS CLÍNICOS
- Asintomático.
- Hallazgo radiológico.
- Compuesto: múltiples dentículos radiopacos rodeado por un halo radiolúcido.
- Complejos: imagen única radiopaca de forma irregular rodeada por un halo radiolúcido.
- Alteración en la erupción dentaria de piezas adyacentes, asociadas a piezas dentarias no erupcionadas.

COMPLICACIONES
- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Parestesia.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
Gabinete:
- Radiografía Periapical.
- Radiografía Panorámica Dental.
- Radiografía Oclusal.
- Tomografía Axial Computarizada con reconstrucción 3D si el caso lo amerita.
- Tomografía Cone Beam.

Laboratorio:
- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:
- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
Nivel I
- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel II – III.

Nivel II - III

- Consentimiento informado.
- Exeresis de la lesión bajo anestesia local o general, de acuerdo al caso.
- Control y seguimiento postoperatorio.

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Medicación antibiótica y terapia de soporte de acuerdo al caso y la zona comprometida.

CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

- En caso de que el procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.
- Control postoperatorio periódico, en especial en paciente de crecimiento y desarrollo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio clínico y radiográfico, hasta por cinco años.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.4.2. CEMENTOBLASTOMA	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	D16.4 D16.5	II – III

DEFINICIÓN

Tumor mixto de origen odontogénico benigno, considerado neoformaciones en la pieza dentaria sin sospecha de signos de malignización.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Asintomático.
- Se desarrolla en las raíces de las piezas dentarias vitales.
- Frecuente a nivel de premolares y molares.
- Puede presentar rizólisis.
- Hallazgo radiográfico: imagen radiopaca que continua la raíz del diente, de variado tamaño, rodeado de un halo radiolúcido.

COMPLICACIONES

- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Parestesia.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía Periapical.
- Radiografía Panorámica Dental.
- Radiografía Oclusal.
- Tomografía Axial Computarizada con reconstrucción 3D si el caso lo amerita.
- Tomografía Cone Beam.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta medica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Nivel I

- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel II - III.

Nivel II - III

- Consentimiento informado.

- Exéresis de la lesión con márgenes de seguridad y de la pieza dentaria comprometida, procedimiento bajo anestesia local o general, de acuerdo al caso.
- Reconstrucción.
- Uso de injerto de acuerdo al caso.
- Control y seguimiento postoperatorio clínico y radiográfico.

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Medicación antibiótica y terapia de soporte de acuerdo al caso y la zona comprometida.

CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

- En caso de que el procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.
- Control postoperatorio periódico, en especial en paciente de crecimiento y desarrollo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio clínico y radiográfico, hasta por cinco años.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.4.3. AMELOBLASTOMA	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	D16.4 D16.5	III

DEFINICIÓN
Tumor odontogénico benigno de origen epitelial, localmente agresiva.

DIAGNÓSTICO
CRITERIOS CLÍNICOS
- Con o sin sintomatología.
- Asimetría facial.
- Crecimiento rápido e infiltrativo (localmente agresivo).
- Rizólisis de piezas dentarias adyacentes al tumor.
- Abombamiento de tablas óseas.
- Frecuente en mandíbula a nivel del tercer molar.
- Asociado a pieza dentaria retenida ocasionalmente.
- Radiográficamente imagen radiolúcida uni o multilocular, bordes festoneados, que producen rizólisis y desplazan piezas dentarias vecinas.

COMPLICACIONES
- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Parestesia si compromete estructura nerviosa.
- Alta tasa de recidiva.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
Gabinete:
- Radiografía Periapical.
- Radiografía Panorámica Dental.
- Radiografía Oclusal.
- Tomografía Cone Beam.
- Tomografía Axial Computarizada con reconstrucción 3D.

Laboratorio:
- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:
- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
Nivel I y II
- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Biopsia incisional para confirmar el diagnóstico.
- Resección quirúrgica radical de la lesión con márgenes de seguridad y de la pieza dentaria comprometida, procedimiento bajo anestesia general.
- Reconstrucción.
- Uso de injerto de acuerdo al caso.
- Control y seguimiento postoperatorio clínico y radiográfico.

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Medicación antibiótica y terapia de soporte de acuerdo al caso y la zona comprometida.

CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

- En caso de que el procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología
- Control postoperatorio periódico, en especial en paciente de crecimiento y desarrollo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio clínico y radiográfico, por cinco a diez años.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.

Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.

Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.

Cepillado de lengua.

- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

23.4.4. MIXOMA ODONTOGÉNICO	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	D16.4 D16.5	III

DEFINICIÓN
Tumor benigno de origen mesenquimal, localmente agresivo y altamente recidivante.

DIAGNÓSTICO
CRITERIOS CLÍNICOS
- Con o sin sintomatología.
- Asimetría facial.
- Crecimiento rápido e infiltrativo (localmente agresivo).
- Rizólisis de piezas dentarias adyacentes al tumor.
- Frecuente en rama y ángulo mandibular.
- Radiográficamente imagen radiolúcida uni o multilocular, de aspecto en “panal de abejas” y de bordes irregulares.

COMPLICACIONES
- Dolor de la región.
- Hemorragia.
- Infección.
- Parestesia en caso de comprometer estructura nerviosa.
- Recidiva.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
Gabinete:
- Radiografía Periapical.
- Radiografía Panorámica Dental.
- Radiografía Oclusal.
- Tomografía Cone Beam.
- Tomografía Axial Computarizada con reconstrucción 3D.

Laboratorio:
- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:
- Valoración cardiopulmonar preoperatoria, en caso de cirugías bajo anestesia general.
- Estudio histopatológico de muestra obtenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
Nivel I y II
- Realizado el diagnóstico, el odontólogo debe referir al paciente al nivel III.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Biopsia incisional para confirmar el diagnóstico.
- Exéresis de la lesión con márgenes de seguridad bajo anestesia general.
- Reconstrucción.
- Uso de injerto de acuerdo al caso.
- Control y seguimiento postoperatorio.

MANEJO FARMACOLÓGICO

- Medicación antibiótica y terapia de soporte de acuerdo al caso y la zona comprometida.

CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

- En caso de que el procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología
- Control postoperatorio periódico, en especial en paciente de crecimiento y desarrollo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Control periódico y observación hasta total cicatrización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología y efectivizado el estudio histopatológico, el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Dieta licuada o blanda, hiperproteica e hipercalórica, durante el tratamiento.
- Seguir con el manejo y control post operatorio clínico y radiográfico, por cinco a diez años.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, entre tres a cinco minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Lavados con agua de manzanilla fría.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

24. TRANSTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
24.1. SÍNDROME DE DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR	K07.60	III

DEFINICIÓN

Relación anormal del disco articular respecto al cóndilo, fosa y eminencia de la articulación temporomandibular.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Ruidos en ATM (chasquido, crepitación).
- Dolor matutino cuando hay bruxismo.
- Dolor exacerbado a la tensión y estrés.
- Dolor en ATM en las excursiones y/o movimientos mandibulares.
- Dolor irradiado a la masa muscular cérvico postero-superior.
- Cefaleas, otalgia.
- Limitación en la máxima apertura bucal.
- Bloqueo e impotencia funcional.
- Dolor espontáneo y a la palpación en músculos masticadores y cervicales.
- Desarmonía y/o alteraciones de la oclusión.
- Antecedentes traumáticos.
- Antecedentes reumatológicos, enfermedades sistémicas.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Radiografía Panorámica Dental.
- Tomografía de articulación temporomandibular (boca abierta y boca cerrada).
- Resonancia magnética.

TRATAMIENTO

Nivel I y II

El profesional deberá referir a la especialidad de cirugía maxilofacial en nivel III, en caso de signos y síntomas descritos.

Según la lesión y estado emocional del paciente recetar miorrelajantes y ansiolíticos.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Analgésicos antiinflamatorios.
- Analgésico: paracetamol VO 10 - 15 mg/Kg/dosis cada 6 - 8 horas.
- Antiinflamatorio: Diclofenaco comprimido 50 mg cada 8 horas.
- Meloxican 15 mg. VO cada 12 o 24 horas.
- Ansiolíticos: diazepam comprimidos de 5 ó 10 mg, 0.2 a 0.3 mg/Kg/peso/día.
- Rehabilitación oclusal.
- Tratamiento ortopédico - placas miorelajación.
- Psicoterapia en caso necesario.
- Fisioterapia.
- Desgaste selectivo en puntos de contacto prematuros de acuerdo al caso.

- Tratamiento de ortodoncia.
- Indicación de dieta blanda.
- Evitar movimientos bucales forzados.
- Interconsulta con otorrinolaringología.
- Interconsulta con otras especialidades, si el caso lo requiere.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Cuando no se resuelva con tratamientos convencionales se puede requerir la realización paralelamente o no de artrocentesis (con o sin infiltración de ácido hialorúnico), infiltración de toxina botulínica tipo A en músculos maseteros (en caso de bruxismo), reposición posterior del menisco articular (discopexia), disectomía y artroscopia.

COMPLICACIONES

- Hemorragia.
- Infecciones.
- Parálisis facial.
- Recidiva.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Transferencia a la especialidad de cirugía maxilofacial en casos de signos de alarma o necesidad de interconsulta con otras especialidades de nivel III.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Cuando se requiere tratamiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Remisión de la sintomatología.
- Todo paciente requiere control programado en forma periódica para observación de la evolución y si es necesario modificación del esquema terapéutico

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología el paciente deberá volver a su centro de origen con la recomendación que debe limitar los movimientos mandibulares.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo o cinta dental.

- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta tendrá que ser blanda o líquida.
- Evitar movimientos bruscos con la mandíbula, tampoco máximas aperturas orales forzadas.

24.2 LUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K07.62	II – III

DEFINICIÓN
Desplazamiento del cóndilo mandibular fuera de los límites anatómicos de la cavidad glenoidea.

DIAGNÓSTICO
CRITERIOS CLÍNICOS
- Antecedentes de apertura bucal exagerada y/o imposibilidad de cerrar la boca.
- Si es unilateral, desviación de la mandíbula al lado afectado.
- Dolor.
- Sialorrea.
- Aumento de volumen de región preauricular por lateralización del cóndilo mandibular.
- Depresión en región preauricular del lado contra lateral.
- Pacientes con hiperlaxitud.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
- Radiografía panorámica dental.
- Tomografía Cone Beam.
- Tomografía axial computarizada con 3D.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
Nivel I
- Referir de inmediato a la especialidad de cirugía maxilofacial nivel II - III.

Nivel II - III
- Consentimiento informado.
- Reducción (maniobra de Nelaton), bajo anestesia local.
- Casos crónicos bajo anestesia general.
- Vendaje cráneo mandibular (Barton) en ambos casos anteriores.
- Dieta blanda y/o líquida.
- Autocontrol para evitar aperturas bucales exageradas de cualquier tipo.
- Analgésicos antiinflamatorios según requiera el caso.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
En caso de recidiva frecuente, tratamiento quirúrgico consiste en una Eminectomía bajo anestesia general, previo laboratorio preoperatorio y valoraciones pre quirúrgicas.

COMPLICACIONES
- Dolor.
- Imposibilidad a la alimentación.
- Recidivas.

CRITERIOS DE REFERENCIA
- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III.
- Signo-sintomatología aguda con dificultad de resolución y casos crónicos.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Cuando se requiere tratamiento quirúrgico.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología el paciente deberá volver a su centro de origen.

RECOMENDACIONES

- Evitar apertura bucal forzada en tratamientos odontológicos.
- Evitar apertura bucal prolongada en tratamiento odontológico.

OBSERVACIONES

- Es una patología caracterizada por ser recidivante.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Educación y orientación en salud oral:
  - Técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas principales, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado: tres minutos.
  - Cepillado de lengua e interdental.
- Uso del hilo o cinta dental.
- Orientación sobre el uso de enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).

24.3. ANQUILOSIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K07.64	III

DEFINICIÓN

Imposibilidad de movimientos de la articulación temporomandibular, por proliferación de tejido fibroso y óseo con su respectiva fusión de las superficies articulares.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Imposibilidad o limitación extrema de apertura bucal.
- Asimetría facial (laterognatismo, retrognacia cuando el compromiso es bilateral).
- Micrognatia.
- Perfil convexo.
- Mala oclusión dentaria.
- Multiples procesos cariosos.
- Halitosis.

COMPLICACIONES

- Procesos infecciosos.
- Hematomas.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Nivel I y II

- Referir de inmediato a la especialidad de cirugía maxilofacial.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Hospitalización para tratamiento integral odontológico.
- Terapia antimicrobiana, si el caso requiere.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía Panorámica.
- Radiografía de Schuller (retirar).
- Radiografía Caldwell (retirar).
- Tomografía axial computarizada con reconstrucción 3D.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Proteína C reactiva cuantitativa.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).
- Cultivo y antibiograma.

Interconsulta médica:

- Valoración cardiorrespiratoria.
- Valoración por anestesiología.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Artroplastia uni o bilateral.
- Interposición de material aloplásticos, prótesis completa de ATM.
- Osteotomía amplia.
- Drenaje aspirativo.
- Mantener apertura bucal forzada post operatoria inmediata.
- Fisioterapia de movimientos forzados de la mandíbula.
- Rehabilitación oral.
- Cirugías complementarias.

COMPLICACIONES

- Recidivas.
- Hematomas o hemorragias
- Procesos infecciosos.
- Parálisis facial.
- Mantener apertura bucal forzada post operatoria inmediata.
- Fisioterapia de movimientos forzados de la mandíbula.
- Rehabilitación oral.
- Cirugías complementarias.
- Cicatrices hipertróficas.
- Síndrome de Frey.
- Lesión del conducto auditivo externo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III a la especialidad de cirugía maxilofacial e interconsulta con otras Especialidades, si el caso lo requiere.

CRITERIOS DE ALTA

- Resolución de la patología.
- Mantener fisioterapia constante según controles eventuales.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología el paciente deberá volver a su centro de origen.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.

    - Tiempo de cepillado, tres minutos.
    - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Dieta líquida, hiperproteica e hipercalórica.

24.4. HIPERPLASIA CONDILAR	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K07 K07.0	III

DEFINICIÓN

Patología no neoplásica, de etiología desconocida, en la que se produce un aumento del centro de crecimiento condilar.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Laterognatismo mandibular hacia el lado sano.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Radiografía panorámica.
- Radiografía anteroposterior de cráneo.
- Cintigrafía con Tc 99 (gammagrafía).
- SPECT.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

- Ortodoncia.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Condilectomía alta.
- Condilectomía alta más cirugía ortognática.

COMPLICACIONES

- Hemorragia.
- Infecciones.
- Parálisis facial.
- Recidiva.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III a la especialidad de cirugía maxilofacial e interconsulta con otras Especialidades, si el caso lo requiere.

CRITERIOS DE ALTA

- Patología resuelta.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología el paciente deberá volver a su centro de origen.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.

- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Dieta líquida, hiperproteica e hipercalórica.

24.5. HIPOPLASIA CONDILAR	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K07 K07.0	II – III

DEFINICIÓN
Destrucción del centro de crecimiento condilar.

DIAGNÓSTICO
CRITERIOS CLÍNICOS
- Laterognatismo mandibular hacia el lado afectado.
- Oclusión alterada.
- Ángulo en posición más alta.
- Retrusión del mentón (bilaterales).
- Clase II de Angle.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
- Radiografía panorámica.
- Radiografía anteroposterior de cráneo.
- Cintigrafía con Tc 99 (gammagrafía).
- SPECT.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
- Ortopedia maxilar / Ortodoncia.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
- Distracción osteogénico (pacientes en crecimiento).
- Distracción osteogénico Vs. cirugía ortognática (pacientes adultos).

COMPLICACIONES
- Hemorragia.
- Infecciones.
- Parálisis facial.
- Recidiva.

CRITERIOS DE REFERENCIA
- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III a la especialidad de cirugía maxilofacial e interconsulta con otras especialidades, si el caso lo requiere.

CRITERIOS DE ALTA
- Patología resuelta.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA
- Uso de formulario de contrarreferencia debidamente llenado.
- Resuelta la patología el paciente deberá volver a su centro de origen.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado y uso del hilo.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% según prescripción del profesional.
- Dieta líquida, hiperproteica e hipercalórica.

25. MALFORMACIONES DENTOMAXILARES 25.1. FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA (FLAP)	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	Q35 Q36 Q37	III

DEFINICIÓN

La fisura labial o labio leporino ("Queiloquisis") y la Fisura palatina o paladar hendido ("palatoquisis") son deformidades congénitas causadas por el desarrollo facial anormal e incompleto durante la gestación.

CLASIFICACIÓN: (CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL 1967)

GRUPO 1: Fisura de Labio derecho y/o izquierdo.
Fisura de Alveolo derecho y/o izquierdo.

GRUPO 2: Fisura de Labio derecho y/o izquierdo.
Fisura de Alveolo derecho y/o izquierdo.
Fisura de Paladar Duro derecho y/o izquierdo.

GRUPO 3: Fisura de Paladar duro derecho y/o izquierdo.
Fisura de Paladar Blando (medial).

GRUPO 4: (Fisuras atípicas): Fisuras mediales del labio superior con o sin hipoplasia o aplasia de la premaxila.
Fisuras oblicuas (oro-orbitales).
Fisuras transversales (oro-auriculares).
Fisuras del labio inferior, de la nariz u otras muy infrecuentes.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Las diversas manifestaciones clínicas dependerán del tipo de fisura presente y de su severidad, siendo los tejidos y órganos del tercio medio facial los más afectados, como se describe a continuación:

- Nariz: desvió lateral y rotación más horizontal del ala nasal, punta de la columela desviada para el lado fisurado contrario de la base, septo desviado para el lado fisurado. En la fisura bilateral presencia de punta nasal bífida, columela corta o ausente y ausencia de desvió del septo.
- Labio superior: con fisura cicatrizal, frustra o microfisura uni o bilateral; fisura labial de 1/3, 2/3 o 3/3 uni o bilateral.
- Mucosa oral expuesta por falta de continuidad del músculo orbicularis.
- Encías: con fisura alveolar uni o bilateral con bordes en contacto o separados en varios milímetros.
- Dientes: puede haber dientes natales, retenciones dentarias, alteraciones en la cronología de erupción, posición, forma, tamaño y número de los dientes en ambas denticiones.
- Paladar duro: fisura total uni o bilateral con exposición del vómer.
- Paladar Blando: fisura velar, úvula bífida, fisura submucosa,
- En edades posteriores suelen presentar deficiencia en el desarrollo del maxilar en sentido sagital, transversal y vertical, dando como resultado una discrepancia maxilo- mandibular importante y la instalación de maloclusión de clase III. Existe además compromiso de la audición, habla, alteraciones psicológicas por los estigmas físicos y funcionales.
  Las fisuras que afectan el labio suelen ser diagnosticadas a edades tempranas, debido a la alteración estética obvia; contrario al paladar hendido aislado que en muchas ocasiones es diagnosticado en edades posteriores, por problemas de regurgitación nasal, fonación perjudicada, y problemas de oído. Es importante descartar la presencia de Síndromes asociados, debido a que un 20% de las FLAP se asocian a síndromes.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Ultrasonografía tridimensional después de las 16 semanas de gestación para diagnostico prenatal.
- Si el caso lo amerita:
- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía oclusal.
- Telerradiografía de cráneo. Cefalometría.
- Tomografía axial computarizada con reconstrucción en 3D.
- Modelos de estudio.
- Estudio fotográfico.
- Exámenes para evaluar Insuficiencia Velo faríngea.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia)
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:

- Valoración cardiorrespiratoria preoperatoria.
- Valoración y manejo por equipo interdisciplinario.

MANEJO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Detección y referencia oportuna nivel III.

Nivel III

- Reconstrucción quirúrgica.
- Cirugías Primarias: Queiloplastía primarias con rinoplastias primarias, palatoplastías.
- Cirugías Secundarias: Queiloplastías secundarias, palatoplastías secundarias, revisión de cicatriz, cierre de fistula, injertos alveolares, distracción maxilar y cirugía ortognatica.
- Valoración y manejo por equipo interdisciplinario: Pediatría- Neonatología, Nutrición, Psicología Genética, Odontopediatría, Ortodoncia – Ortopedia Maxilofacial, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica, Anestesiología Otorrinolaringología, Fonoaudiología, Enfermería, Fisioterapia y Rehabilitación, Trabajo Social.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III a la especialidad de cirugía maxilofacial e interconsulta con otras Especialidades, si el caso lo requiere.

CRITERIOS DE ALTA

- Resuelto y rehabilitado el paciente.
- Control, seguimiento periódico.

RECOMENDACIONES EDUCATIVAS Y PREVENTIVAS

- La Academia América de Pediatría recomienda la administración de Ácido Fólico peri-concepcional

y durante el primer trimestre de gestación (dosis no mayor a 400 microgramos por día) por su posible efecto protector o preventivo de malformaciones del Tubo Neural.

- Favorecer y estimular la succión por diferentes métodos, con el propósito de favorecer el incremento ponderal.
- Estimulación temprana para la motricidad Orofacial.
- Estimular el compromiso familiar al tratamiento por el equipo.
- Tratamiento dental oportuno y adecuado, según el principio de “máxima conservación de tejido dentario”.
- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta.

25.2. TRANSTORNO DEL DESARROLLO DE LOS MAXILARES	CIE 10	NIVEL DE RESOLUCIÓN
	K100	III

DEFINICIÓN

Alteraciones del crecimiento y desarrollo de los maxilares, que provoca cambios de la función masticatoria, la estética facial e impacto psicológico.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Asimetría facial.
- Alteraciones en la oclusión.
- Prognatismo o retrognatismo mandibular.
- Prognatia o retrognatia maxilar.
- Mordida abierta.
- Laterognatismo.
- Síndrome de cara larga.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Radiografía Periapical.
- Radiografía Panorámica Dental.
- Radiografía Oclusal.
- Telerradiografía de cráneo.
- Cefalometría.
- Tomografía axial computarizada con reconstrucción en 3D.
- Modelos de estudio.
- Estudio fotográfico.

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Química sanguínea (Creatinina y glicemia).
- Tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo y actividad de protrombina.
- Prueba rápida para VIH y hepatitis B y C (En caso de identificar factores de riesgo).

Interconsulta médica:

- Valoración cardiopulmonar preoperatoria.
- Valoración y manejo por equipo interdisciplinario (ortodoncista).
- Interconsulta y control con terapia intensiva.

Complicaciones:

- Infecciones.
- Hemorragias.
- Edema.
- Dificultad respiratoria.
- Compromiso de la vía aérea.

MANEJO QUIRÚRGICO

Nivel I y II

- Detección y referencia oportuna.

Nivel III

- Consentimiento informado.
- Paciente hospitalizado.
- Procedimiento quirúrgico bajo anestesia general.
- Osteotomías correctoras de las bases óseas (mentoplastia, Lefort I, sagital de rama, segmentarias) de acuerdo al diagnóstico.
- Osteosíntesis.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Uso de formulario de referencia debidamente llenado.
- Paciente con signos y síntomas mencionados, debe ser referido a nivel III a la especialidad de cirugía maxilofacial e interconsulta con otras Especialidades, si el caso lo requiere.

CRITERIOS DE ALTA

- Resuelto y rehabilitado el paciente.
- Control, seguimiento y estabilidad funcional.

RECOMENDACIONES EDUCATIVAS Y PREVENTIVAS

- Recomendar sobre prácticas de higiene oral estricta:
- Uso de cepillo dental, adecuada técnica de cepillado.
  - Frecuencia de cepillado, tres veces al día, después de las comidas, especialmente en las noches antes de dormir.
  - Tiempo de cepillado, tres minutos.
  - Cepillado de lengua.
- Uso del hilo o cinta dental.
- Enjuagues bucales como con la clorhexidina al 0,12% o compuestos fenólicos.
- La dieta debe ser rica en proteínas, grasas, carbohidratos, minerales (calcio, fósforo y flúor) y vitaminas (A, C, B, D), consumir alimentación variada (todo tipo de carnes, huevos, leche y sus derivados principalmente; cereales, verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, mantequilla, aceite fresco; recomendar el uso de sal yodada en sus preparaciones).
- La dieta debe ser blanda.

III. FICHAS TÉCNICAS DE PROCEDIMIENTOS

FICHA TÉCNICA Nº 1

PROFILAXIS

DEFINICIÓN

Eliminación de placa bacteriana y pigmentos.
Placa bacteriana: También denominada biopelícula dental, es un material blando, de color blanco amarillento organizado, traslucido y muy adherente, que se acumula en la superficie del diente, formada casi completamente por acumulo de microorganismos y bacterias oportunistas y sus productos derivados, se forma sobre la superficie dental cuando no se aplica una correcta higiene bucodental.

PROCEDIMIENTO

- El tratamiento se realiza en una sola sesión.

Material a utilizar:

- Pastilla reveladora de placa dentobacteriana. (fines de educación y autovaloración del paciente)
- Pasta abrasiva (piedra pómez, pasta profiláctica), dappen, cepillos o copas de caucho con pieza de mano de baja velocidad e hilo dental.

Pasos a seguir en una técnica correcta:

- Explicación al paciente del objetivo del procedimiento.
- Adoptar una postura ergonómica correcta de acuerdo al área de trabajo.
- Aplicación de sustancias y/o pastillas reveladoras de placa bacteriana.
- El abrasivo (piedra pómez o pasta profiláctica) se deposita en el dappen y luego debe colocarse en la copa de caucho o cepillo o puede colocarse directamente sobre los dientes. En cualquier caso, debe colocarse en cantidad generosa pues en caso contrario no lustra la superficie dentaria y puede generar calor, afectando la pulpa.
- Se coloca la copa de caucho para realizar el procedimiento en las superficies vestibulares y linguales y el cepillo para las superficies oclusales.
- La copa y el cepillo deben deslizarse por toda la superficie dentaria con presión moderada, intermitente, con movimientos circulares y velocidad media.
- Las superficies interproximales se limpian con hilo dental.
- Realizar una revisión exhaustiva de todas las superficies dentarias para verificar la eliminación de placa bacteriana.
- Puede aplicarse flúor al finalizar.
- Pulir las piezas dentarias con piedra pómez y pasta profiláctica.
- Refuerzo con una correcta técnica del cepillado bucodental.
- Seguimiento y control en tres meses.

Técnica del cepillado dental:

- Mostrar al paciente la técnica de cepillado de la siguiente forma:
- Tomar el cepillo con firmeza colocando el dedo pulgar en el dorso del mango.
- Colocar las cerdas del cepillo en un ángulo de 45 grados (parte en la encía y parte en el diente) y bajar como si estuviera barriendo.

- Iniciar en el cuadrante superior derecho, haciendo el barrido hacia abajo y continuar hacia el lado superior izquierdo, incluyendo las superficies palatinas con movimientos hacia abajo. Luego el cuadrante inferior izquierdo y por último el cuadrante inferior derecho, incluyendo las superficies linguales.
- Las superficies masticatorias u oclusales se cepillan en forma circular.
- Cepillar la lengua y carrillos.
- Concluida esta acción enjuagarse la boca con abundante agua.
- Se podrá proceder a realizar una tinción de placa para detectar si la técnica de cepillado ha sido aplicada correctamente.
- Indicar al paciente que el cepillado dental debe realizarse después de cada comida, por lo menos tres veces al día.
- Indicar al paciente que el cepillo deberá lavarse bien, de forma tal que no queden restos alimenticios.
- Indicar al paciente que debe cambiar el cepillo cada tres meses o cuando las cerdas hayan perdido su firmeza.
  Además, se recomienda cambiarlo después de un resfriado u otra infección viral.
- Recomendar pastas dentales según la edad del paciente de acuerdo a la ficha técnica Nº 2.

Uso del hilo dental:

- Informar al paciente que el uso del hilo dental está indicado en aquellas áreas que el cepillo no puede pasar, como por ejemplo: espacios interdentales, superficies retromolares y áreas de apiñamiento dental.
- Se utiliza tramos de 30 a 40 cm.
- Enrollar los extremos del hilo en los dedos medios, dejando un espacio sin enrollar de 10 cm aproximadamente.
- Utilizar los dedos pulgares, dándole la angulación necesaria para ejecutar la acción.
- Hacerlo pasar por los espacios interdentales contra las superficies proximales, de tal forma que no lastime las encías, limpiando cualquier resto de alimento o de placa dental que haya quedado, moviéndolo desde el espacio libre de la encía hacia el borde incisal u oclusal de las piezas dentarias.
- Se retirará con cualquiera de los dedos medios, enrollar la parte usada dejando la porción del hilo que no se haya utilizado libre para el mismo fin.
- En caso de los niños/niñas, se orientará a un adulto para que realice la acción.

FICHA TÉCNICA Nº 2

FLUORACIÓN TÓPICA

DEFINICIÓN

El uso de flúor, en sus diferentes presentaciones y concentraciones, se lo utiliza como medida preventiva para ayudar a las piezas dentarias con el continuo proceso de re-mineralización formando fluorapatita y fluoruro de calcio en boca, haciendo que el ion flúor sea asimilado en el cristal de apatita del esmalte y lo estabiliza haciendo que la estructura del diente sea más resistente a los ácidos y por ende resistentes a caries.

Pastas dentales:

- **De 6 meses a 3 años:** dos veces al día con pasta de fluoruro de sodio de 500 - 1000 ppm o el monofluorofosfato de sodio 400 mg, 500 ppm, del tamaño de un grano arroz **(**0,15 g). De acuerdo a riesgo
- **De 3 a 6 años:** la concentración de flúor debe ser de 1000 ppm Cantidad del tamaño de una lenteja (0,25 g).
- **A partir de los 6 años:** indicadas las concentraciones de flúor entre los 1.100 a 1450 ppm.
- Para niños con alto riesgo de caries: con concentración de flúor de 1.450 a 1.500 ppm.
- **Gel tópico:** fluoruro de fosfato acidulado al 1,23%: De uso profesional entre 5.000
  • Cantidad: 2,5 ml por arcada, lo que corresponde a 62 mg.
- **Dientes temporarios:** se recomienda no usar en niños menores de tres años de edad ya que la relación riesgo-beneficio se orienta a favor del riesgo debido a la posibilidad existente de tragarse el gel.
- **Gel tópico:** fluoruro de sodio neutro de 0,9 al 2%, con 5.000 a 12.500 ppm:
  • Cantidad: 2,5 ml por arcada, lo que corresponde a 45 mg.
  La ventaja de estos es que tienen menos acidez y alteran menos las restauraciones de composites y cerámicas que puede llevar un paciente.

Barnices de uso profesional:

- Entre 7.000 a 22.600 ppm de flúor.

Presentaciones:

- Difluorosilano al 0,7% en base a poliuretano con 7.000 ppm de flúor.
- Fluoruro de sodio al 2,3% en solución alcohólica con 22.600 ppm de flúor.
- Fluoruro de sodio al 5% (equivalente a: 22.600 ppm de flúor).
- Pueden usarse para la prevención de la caries en dentición primaria y en dentición permanente.
- Cantidad de 0,3 y 0,5 ml de barniz por paciente.
- Indicados en niños menores de seis años, ya que estos ingieren los geles.
- Paciente que no soportan las cubetas debido a náuseas.
- Indicado en niños menores de seis años y en personas con diferentes grados de minusvalía que no les permita controlar el mecanismo de deglución.
- Caries incipientes.
- Pacientes con aparatos fijos de ortodoncia
- Pacientes con gran retracción gingival y alto riesgo de caries radicular.

Colutorios: fluoruro de sodio al 0,05%, de uso diario (220/227 ppm de flúor) para niños mayores de seis años:

Cantidad: de 5 a 10 ml como dosis máxima.

• Fluoruro de sodio al 0,2% de uso semanal (900/910 ppm de flúor).

Se recomienda no prescribir colutorios a niños menores de seis años, por peligro de ingestión.

- Fluoruro de sodio al 5% (equivalente a: 22.600 ppm de flúor).
- Pueden usarse para la prevención de la caries en dentición primaria 0.25 ml (6mg de F), en dentición permanente 0.75 ml (17mg de F) y en dentición mixta de 0.40 ml (9mg de F).
- Indicados en niños menores de seis años, ya que estos ingieren los geles.
- Paciente que no soportan las cubetas debido a náuseas.
- Indicado en niños menores de seis años y en personas con diferentes grados de minusvalía que no les permita controlar el mecanismo de deglución.
- Caries incipientes.
- Pacientes con aparatos fijos de ortodoncia.
- Niños que no tienen la destreza para realizar un cepillado adecuado.
- Niños con alto riesgo de caries

DIAGNÓSTICO

- Piezas dentarias sanas.
- Piezas dentarias temporarias y/o permanentes recién erupcionadas.
- Piezas dentarias con lesiones iniciales de caries (mancha blanca).
- Piezas con alteraciones en la estructura del esmalte (también en casos de fluorosis).
- Piezas dentarias obturadas.

Al inicio de tratamiento integral y en fase de mantenimiento dependiendo del riesgo.

MATERIAL Y PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE FLÚOR EN GEL Y BARNIZ

FLÚOR EN GEL

Material necesario para aplicación de flúor en gel:

- Flúor en gel mono fluoruro de fosfato acidulado al 1.23%
- Fluoruro de sodio neutro de 0,9 al 2%, con 9.000 a 9.040 ppm.
- Cubetas individuales descartables cortadas y adaptadas acorde al tamaño de la boca del paciente.
- Cánula de aspiración durante y después del tratamiento.
- Torundas de algodón.
- Piedra pómez (según criterio).
- Cepillo profiláctico.

PROCEDIMIENTO

- Profilaxis de las piezas dentarias con piedra pómez.
- Aislamiento relativo (evitando que los dientes entren en contacto con la saliva después de la profilaxis, porque se forma rápidamente una película glucoproteica que evita o disminuye la adhesión del flúor a los dientes).
- Colocación del paciente en una posición de 90 grados con la cabeza inclinada hacia adelante, para evitar la deglución accidental de gel.
- Realizar la aplicación del flúor en las piezas dentarias de ambos maxilares por separado.
- Colocar la solución de flúor utilizando las cubetas individuales, en una cantidad no mayor a 2 g (aproximadamente 40% de la capacidad de la cubeta). Presionar la cubeta contra las caras vestibulares de todas las piezas dentarias, y eliminar los excesos con el suctor.

- Mantener la cubeta en contacto con las superficies dentarias por el tiempo estipulado por el fabricante (aproximadamente 1-4 min).
- Retirar la cubeta y limpiar el exceso, pidiendo al paciente que escupa, para eliminar los excesos de flúor en boca.
- Para conseguir que el gel de flúor llegue a los espacios interproximales, es conveniente pasar un hilo de seda sin cera por dichos espacios.
- Repetir el mismo procedimiento para la arcada inferior.
- No enjuagar.
- Dar instrucciones al paciente de no ingerir alimentos y no beba ni se enjuague antes de las dos horas, sobre todo lácteos, plátano, almendras, lentejas, soja (inactivan o dificultan la absorción del flúor).

FRECUENCIA DE APLICACIÓN

- Bajo riesgo, dos veces al año.
- Mediano riesgo, 2 a 3 veces al año.
- Alto riesgo, 3 a 4 veces al año (según considere el odontólogo).

FLÚOR EN BARNIZ

Material necesario para aplicación de flúor en barniz:

- Torundas de algodón.
- Suctor.
- Pincel descartable.
- 1 gasa.
- Separador de labios plástico.
- Piedra pómez. (Según criterio)
- Cepillo de profilaxis.

PROCEDIMIENTO

- Profilaxis de las piezas dentarias con piedra pómez.
- Aislamiento relativo.
- Colocar el separador de labios junto con las torundas de algodón.
- Secar las superficies dentarias con una gasa.
- Realizar la aplicación del flúor en las piezas dentarias de ambos maxilares en una sola vez.
- Aplicar la solución de flúor utilizando un pincel descartable, pincelando las superficies dentarias.
- Eliminar la saliva con el suctor.
- Dejar el flúor en contacto con las superficies dentarias por el tiempo estipulado por el fabricante (aproximadamente un minuto).
- Hacer escupir al paciente eliminando los excesos de flúor en la boca.
- Permanece adherido a la superficie del diente por un tiempo superior a las 12 horas, alargando así el período de liberación de flúor.
- Dar instrucciones de no comer, no enjuagar ni ingerir líquidos durante dos horas, debiendo cepillarse al día siguiente. Evitar alimentos duros.

Ventaja:

- Permanece adherido a la superficie del diente por un tiempo superior a las 12 horas, alargando así el período de liberación de flúor.

FRECUENCIA DE APLICACIÓN

- Una vez al año o más veces de acuerdo a riesgo, aplicar directamente en la lesión.

OBSERVACIONES

- Se ha demostrado que la cantidad de flúor tópico que se requiere para prevenir la caries dental es de 1.000 ppm.
- Se recomienda no prescribir colutorios con flúor a niños menores de seis años.
- Cualquier medio de uso de flúor implica cierta cantidad de ingesta de flúor, esta ingesta debe reducirse al máximo evitando intoxicaciones agudas o crónicas.

Debe considerarse el flúor endémico en la zona geográfica.

RECOMENDACIONES

- Fluoruro de fosfato acidulado al 1,23%.
- El uso de las diferentes presentaciones de flúor (gel y barniz) se deja a criterio del profesional; como sugerencia se recomienda uso de geles en niños mayores a tres años (con reflejo de escupir); en niños menores se recomienda el uso de fluoruro de sodio en barniz.
- Debe evitarse el exceso de gel porque la ingestión del mismo produce síntomas leves de intoxicación aguda (náuseas y vómitos “en casos de intoxicación aguda, dar a consumir leche o leche de magnesia”).

La aplicación del flúor acidulado está **contraindicada** en pacientes:

- Inmunodeprimidos. *(Hasta después de un año de finalizar su tratamiento)*
- Amelogénesis imperfecta.
- Pacientes con discapacidad motora o mental.
- Pacientes con aparatos fijos de ortodoncia (retención del flúor en los brackets).

FICHA TÉCNICA Nº 3

SELLADO DE FOSAS Y FISURAS

DEFINICIÓN

Selladores: Es la aplicación de resinas fluidas y de poca viscosidad, autopolimerizables o fotopolimerizables, aplicadas sobre las superficies dentales en esmalte sano (fosas y fisuras) para reforzar y proteger al diente de superficies vulnerables de invasión bacteriana.

DIAGNÓSTICO
CRITERIOS CLÍNICOS

- Superficies oclusales con surcos defectuosos, con fosas profundas, superficie porosa, retención con sonda exploradora en pequeñas zonas. Todo esto en molares temporarios y permanentes superiores e inferiores y otras piezas que ameriten.
- Evaluar factores de riesgo individual: historia de caries, dieta, higiene (agregar otros medios de prevención como aplicación tópica de flúor).

INDICACIONES
Edad del diente.

- Diente recién erupcionado.

Tipo de diente - Morfología retentiva.

- Molares temporales sanos.
- Molares y premolares permanentes con fosas- fisuras profundas, estrechas retentivas y sanas.
- Otras piezas con fosas y fisuras profundas.

Actividad de caries reciente.

- En pacientes con antecedentes de caries en piezas temporarias.
- Los dientes muestran signos de opacidad en fosas o fisuras.
- El paciente que recibe un tratamiento adecuado tópico con flúor, pero con riesgo de caries.

PROCEDIMIENTO

- Elección de la pieza dentaria.
- Profilaxis con clorhexidina al 2%.
- Aislado relativo.
- Secar la superficie dental
- Grabado ácido (ácido orto fosfórico al 35 o 37%) por 15 segundos, distribuyendo el gel dentro de los surcos, fosas y fisuras, utilizando la punta del explorador clínico.
- Lavar con chorro de agua el doble tiempo del grabado y secar.
- Aplicación del sellante con la punta aplicadora o con el explorador de caries.
- Polimerización o fotocurado.
- Actualmente también se utiliza ionómeros de vidrio para sellado de fosas fisuras, según criterio del profesional.
- Verificar la oclusión con papel de articular.
- Indicar al paciente el autocuidado.
- Controles semestrales.

Los materiales de ionómero de vidrio son ineficaces como selladores de fosas y fisuras, pero pueden utilizarse como selladores transitorios.

VENTAJAS

- El sellado complementa a otras medidas preventivas (higiene dental, fluorización sistémica o tópica, y control de dieta).
- Es un tratamiento fácil, cómodo, no se destruye tejido dentario para insertar el sellador. Se puede inactivar una caries inicial con el sellador.

OBSERVACIONES

- Debe ser controlado periódicamente.
- Sellante mal aplicado, mayor riesgo de caries.
- Evaluar factores de riesgo individual: historia de caries, dieta, higiene (agregar otros medios de prevención como aplicación tópica de flúor).

FICHA TÉCNICA Nº 4

TRATAMIENTO RESTAURATIVO ATRAUMÁTICO (TRA)

DEFINICIÓN

Técnica simplificada de atención odontológica que remueve los tejidos dentales enfermos, usando sólo instrumentos manuales; preserva la pieza dentaria con materiales de restauración en base a ionómero de vidrio; no requiere anestesia ni equipo eléctrico.

Tratamiento en caso de:

- Caries en el esmalte y dentina superficial:
- Fosas y fisuras de premolares y molares, cuando afecta al esmalte solo o con parte de la dentina.

Caries de la dentina superficial:

- Lesión cariosa en etapa inicial y la cavidad sea accesible a los instrumentos manuales, no existiendo dolor espontaneo.

INDICACIONES

- Niños/niñas muy pequeñas que presentan lesiones iniciales.
- Pacientes que experimentan miedo o ansiedad extrema hacia los procedimientos dentales.
- Pacientes con discapacidad mental y/o física.
- Ancianos y residentes de albergues.
- Pacientes con riesgo alto de caries.
- Poblaciones dispersas, de difícil acceso o que no acuden a los centros de salud por diferentes motivos.

INSTRUMENTAL Y PROCEDIMIENTO PARA LA TÉCNICA (TRA)

- Se necesita de una superficie plana para recostar al paciente, una silla o taburete para el operador.

Instrumental e insumos requeridos:

- Instrumental de diagnóstico: espejo bucal, sonda exploradora, pinza de algodón.
- Punta de diamante.
- Hatcher dental o hachita.
- Cuchareta de dentina (pequeña, mediana y grande).
- Tallador o cincel.
- Recortador de margen adamantino para la apertura de cavidades estrechas
- Excavador de dentina
- Espátula para cemento (plástico).
- Papel encerado o loseta de vidrio.
- Frontoluz (baterías, cargador de baterías).
- Piedra de Arkansas.
- Torundas de algodón.
- Hidróxido de calcio. (En pasta).
- Ionómero de vidrio de restauración (de auto curado).
- Parafina solida (vaselina). Clorhexidina al 0.2%).

PROCEDIMIENTO

Procedimiento:

- Examen de la pieza dentaria.
- Aislamiento relativo.
- Ampliar la apertura de la lesión cariosa fragmentando el esmalte débil con Hatcher o punta de diamante, removiendo aéreas delgadas y desmineralizadas con movimientos mesiodistal o vestíbulo lingual.
- Quitar la dentina reblandecida infectada pero no la afectada con las cucharetas de dentina y con movimientos en círculos, teniendo cuidado en el límite amelo dentinario.
- En cavidades profundas se debe emplear protección pulpar con hidróxido de calcio.
- Acondicionamiento de la dentina antes de la obturación, frotando la cavidad y las fosas y fisuras adyacentes con torundas de algodón humedecidas con un acondicionador de dentina desarrollado para este fin o ácido poliacrílico al 10% por 10 a 15 segundos.
- Inclusión del material de obturación a la cavidad con el contorneador, tallador o cincel, realizando luego ligera presión digital con el dedo índice enguantado y envaselinado sobre el material con movimientos en sentido mesiodistal y vestíbulo lingual hasta que polimerice (aproximadamente 30 segundos).
- Remover los excesos.
- Realizar el ajuste oclusal.
- Indicar al paciente no comer por el lapso de una hora (por 24 horas no ingiera cítricos ni alimentos duros).

OBSERVACIONES

- Se contraindica en cavidades muy profundas, con compromiso pulpar o dolor de larga data.
- Se aplicará en las entidades educativas y/o centros comunitarios, así como también a poblaciones dispersas, de difícil acceso o que no acuden a los centros de salud por diferentes motivos.

FICHA TÉCNICA N° 5

PULPOTOMÍA EN DIENTES TEMPORARIOS

DEFINICIÓN

Acción quirúrgica que consiste en la eliminación de la pulpa cameral inflamada con el fin de mantener la vitalidad pulpar radicular, facilitando así la exfoliación normal del diente temporal.

CRITERIOS CLÍNICOS INDICACIONES

- Lesión pulpar de origen cariosa o traumático extensa con comunicación pulpar.
- Exposición pulpar por caries.
- Diente con vitalidad y sin sintomatología espontánea o dolor transitorio.
- Herida pulpar durante la remoción de dentina reblandecida por caries.
- Rx preoperatorio confirma ausencia de patología peri o interradicular.
- El diente debe ser restaurable.
- Ausencia de movilidad dentaria fisiológica o patológica.

CONTRAINDICACIONES

- Presencia de dolor espontáneo y de larga duración.
- Presencia de fístula adyacente a la pieza afectada.
- Tumefacción.
- Gran destrucción coronaria sin posibilidad de restauración.
- Presencia de movilidad patológica o fisiológica.
- Radiográficamente se observa presencia de patología peri o interradicular.
- Reabsorción radicular externa e interna patológica.
- Calcificaciones pulpares.
- Excesivo sangrado de color rojo oscuro durante el procedimiento de pulpotomía (indica inflamación de la pulpa cameral y radicular, se debe proceder a realizar la biopulpectomía).

Procedimientos con distintos agentes terapéuticos para pulpotomía en dientes temporarios:

- Formocresol (fórmula diluida de Buckley: 1 gota de formocresol, 3 gotas de glicerina, 2 gotas de agua destilada).
- Sulfato férrico al 15%.

PROCEDIMIENTO FORMOCRESOL

En una sola sesión:

- Diagnóstico clínico
- Diagnóstico radiográfico.
- Consentimiento informado.
- Control del dolor (técnica anestésica acorde a la pieza a tratar).
- Aislamiento relativo y/o absoluto.
- Remoción de caries con fresa redonda de carburo (alta o baja velocidad).
- Desinfección de la superficie con clorhexidina al 2% antes de realizar la exposición pulpar.
- Destechado con fresa redonda de carburo de alta o baja velocidad.
- Eliminación de la pulpa cameral con cuchareta de dentina desde las paredes hacia el centro.
- Lavado profuso con suero fisiológico.
- Control de hemorragia
- Secado con motas de algodón estériles.

- Verificar ausencia de sangrado a nivel de los muñones remanentes en la entrada de los conductos (en caso de presentar sangrado verificar que no exista presencia de algún trozo de pulpa sin eliminar, si continúa proceder a la biopulpectomía).
- Aplicación de motas de algodón pequeñas y bien exprimidas sólo a la entrada de los conductos con formocresol (fórmula modificada de Buckley) por 30 segundos -3 min.
- Colocación de pasta de óxido de zinc – eugenol en la cámara pulpar.
- Colocación de ionómero de vidrio para un sellado hermético.
- Rx post tratamiento.
- Instrucciones post-anestesia.
- Próxima sesión restauración definitiva.

PROCEDIMIENTO SULFATO FÉRRICO AL 15%

En una sola sesión:

- Técnica similar al formocresol diluido.
- Excepción en el punto de aplicación el sulfato férrico por 15 segundos en vez de formocresol diluido.
- Rx post tratamiento.
- Instrucciones post anestesia.
- Próxima sesión restauración definitiva.

FICHA TÉCNICA Nº 6

PULPOTOMÍA EN DIENTES PERMANENTES JÓVENES

DEFINICIÓN

Acción quirúrgica que consiste en la extirpación de la pulpa cameral, con el fin de mantener la vitalidad pulpar radicular y así permitir la apicoformación en piezas dentarias jóvenes con apicogénesis incompleta, para posteriormente realizar el tratamiento endodóntico convencional.

INDICACIONES

- Lesiones cariosas amplias y profundas.
- Edad joven biológica de la pulpa.
- Sintomático (sólo a estímulos).

CONTRAINDICACIONES

- Movilidad significativa.
- Lesiones periapicales o de furca.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- Menor tiempo de contaminación del paquete vásculo nervioso.
- Se exacerba al frío y mitigante al calor.
- Dolor dentario persistente.
- Falta de hemorragia pulpar.

PROCEDIMIENTO

Una sola sesión:

- Consentimiento informado.
- Diagnóstico clínico y/o radiográfico.
- Control del dolor. (Técnica anestésica acorde a la pieza a tratar).
- Aislamiento relativo y/o. absoluto
- Eliminación del tejido contaminado.
- Irrigación y antisepsia de la preparación previa apertura de la cámara con clorhexidina al 2%, hipoclorito de sodio al 5.0 ó 2.5%, dependiendo del grado de infección.
- Eliminación de la pulpa cameral con cureta de dentina o fresa redonda desde las paredes hacia el centro.
- Lavado profuso con solución salina para evitar la formación de coagulo.
- Secado de la preparación con motas de algodón estériles.
- Aplicación de hidróxido de calcio a la entrada de los conductos.
- Base de cemento óxido de zinc y eugenol.
- Aplicación de cemento base de ionómero de vidrio para un sellado periférico.
- Radiografía de control.

Terapéutica:

- Analgésicos si el caso lo requiere.
- Realizar la restauración definitiva con resina o ionómero fotopolimerizable en una sesión posterior siempre y cuando ya no exista sintomatología.
- Control radiográfico cada tres meses, a fin de constatar alguna reacción periapical durante un año.

OBSERVACIONES

Una vez terminado el cierre apical se realizará la biopulpectomía total o pulpectomía, evitando los procesos degenerativos pulpares que pueden terminar en necrosis.

FICHA TÉCNICA N° 7

PULPECTOMÍA EN DIENTES TEMPORARIOS SIN PRESENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS

DEFINICIÓN

La pulpectomía en dientes temporarios es un procedimiento que consiste en la eliminación tanto de la pulpa cameral como los remanentes radiculares en dientes anteriores y posteriores.

INDICACIONES

- Presencia de pulpitis irreversible sintomática/pulpitis irreversible asintomática.
- Presencia de caries extensa y profunda.
- Radiográficamente presencia de comunicación pulpar.
- Presencia de dolor espontáneo.

CONTRAINDICACIONES

- Movilidad fisiológica o patológica.
- Presencia de fístula
- Presencia de absceso submucoso.
- Pieza no restaurable.
- Caries radicular.
- Rizólisis terminal.

PROCEDIMIENTO PULPECTOMÍA EN DIENTES ANTERIORES

Tiempo de duración: 1 sesión

- Diagnóstico clínico.
- Consentimiento informado.
- Diagnóstico radiográfico (verificar grado de rizólisis, presencia de patología perirradicular, longitud aparente de la raíz).
- Control del dolor, uso de anestésico tópico o técnica anestésica infiltrativa.
- Aislamiento absoluto o relativo.
- Remoción de tejidos reblandecidos por caries.
- Acceso acorde a la ubicación de la caries.
- Eliminación total del paquete vásculo-nervioso.
- Instrumentación del conducto con limas Hedstroem o Kerr-File, hasta la segunda serie, con movimientos de arrastre hacia oclusal (no rotar los instrumentos).
- Irrigación intra-conducto abundante con suero fisiológico, clorhexidina al 2 % entre cada lima.
- Secado del conducto con conos de papel.
- Obturación del conducto pasta de óxido de zinc, eugenol, hidróxido de calcio, yodoformo utilizando como solvente suero fisiológico o anestésico local.
- Sellado hermético del conducto con ionómero de vidrio.
- Restauración final con ionómero o resina fotopolimerizable.
- Instrucciones post-anestesia.
- Rx control.

PROCEDIMIENTO PULPECTOMÍA EN DIENTES POSTERIORES

Tiempo de duración: 1 – 2 sesiones.

Primera sesión:

- Diagnóstico clínico
- Consentimiento informado.
- Diagnóstico radiográfico: verificar grado de rizólisis, ausencia de patología perirradicular, longitud aparente de las raíces, verificar presencia de pieza sucesora.
- Control del dolor: uso de anestésico tópico o técnica anestésica infiltrativa.
- Aislamiento absoluto o relativo.
- Remoción de tejidos reblandecidos por caries.
- Eliminación del paquete vásculo-nervioso.
- Instrumentación del conducto con limas Hedstroem o K-File, hasta la segunda serie, con movimientos de arrastre hacia oclusal (no rotar los instrumentos).
- Irrigación intra-conducto abundante con suero fisiológico, clorhexidina al 2 % entre cada lima.
- Secado con conos de papel.
- Medicación intra-conducto de hidróxido de calcio, en caso de no poder terminar el tratamiento en la primera sesión.
- Colocación de cemento provisional.

Segunda sesión:

- Aislamiento absoluto y/o relativo.
- Remoción del cemento temporal y de la medicación intra-conducto.
- Irrigación intra-conducto abundante con suero fisiológico, clorhexidina al 2 % entre cada lima.
- Instrumentación de los conductos con limas Hedstroem o Kerr-File primera serie.
- Secado de los conductos con conos de papel.
- Obturación de los conductos con pasta de óxido de zinc – eugenol, hidróxido de calcio, yodoformo.
- Rx control.
- Sellado hermético del conducto con ionómero de vidrio.
- Instrucciones post-anestesia.
- Restauración definitiva, según criterio.

OBSERVACIONES

No se repiten los tratamientos endodónticos en piezas dentarias temporarias.

FICHA TÉCNICA N° 8

PULPECTOMÍA EN DIENTES TEMPORARIOS CON PROCESOS INFECCIOSOS

DEFINICIÓN

Consiste en la eliminación tanto de la pulpa cameral como la pulpa radicular en dientes anteriores y posteriores que presentan signos y síntomas de necrosis o gangrena pulpar (pulpitis irreversible), abscesos periapicales agudos y crónicos, realizando a la vez la desinfección de los conductos contaminados y así poder preservar la pieza dentaria por mayor tiempo en boca hasta lograr su exfoliación normal.

Indicaciones:

- Presencia de caries crónica.
- Necrosis pulpar/periodontitis apical aguda/periodontitis apical crónica.
- Dolor espontáneo.
- Presencia de movilidad patológica.
- Presencia de absceso submucoso.
- Pieza con posibilidades de restauración.
- Radiográficamente presencia de lesión perirradicular.
- Presencia de fístula.

Contraindicaciones:

- Pieza no restaurable con gran destrucción coronaria.
- Caries radicular.
- Rizólisis terminal.
- Lesión de furca.
- Calcificación de la cámara y/o conductos.
- Antecedentes de presencia de infección odontogénico aguda con afectación de tejidos blandos, es indicación de exodoncia.

PROCEDIMIENTO PULPECTOMÍA EN DIENTES ANTERIORES Y POSTERIORES

Tiempo de duración: de acuerdo a evolución.

Primera sesión:

- Diagnóstico clínico.
- Diagnóstico radiográfico (verificar grado de rizólisis, presencia de patología perirradicular, longitud aparente de la raíz).
- Aislamiento absoluto y/o relativo.
- Remoción de caries.
- Apertura de cámara pulpar.
- Dejar una mota de algodón para evitar empaquetamiento de alimentos.
- Si existe exudado purulento se recomienda irrigar con hipoclorito de sodio al 2,5%, secar y dejar abierta la cavidad con una mota de algodón.
- Instauración de medicación vía oral de analgésicos y antibióticos.
- Ibuprofeno suspensión, 30 mg/Kg/peso cada 8 horas por tres días.
- Diclofenaco 50 o 75 mg comprimidos VO cada 8 horas por tres dias.

- Amoxicilina suspensión, 50 mg/Kg/peso cada 8 horas por siete días.
- Amoxicilina + inhibidor de betalactamasa: 50 mg/Kg/peso cada 8 horas por siete días.

Segunda sesión:

- Aislamiento relativo y/o absoluto.
- Remoción de la mota de algodón.
- Conductometría.
- Preparación biomecánica del conducto radicular con limas Hedstrom o K, primera y segunda serie, dependiendo de si la pieza es anterior o posterior.
- La preparación biomecánica del conducto radicular, se puede realizar con la técnica convencional y/o sistema rotatorio, de acuerdo a disponibilidad.
- Irrigación intra-conducto con hipoclorito de sodio entre cada lima tomando cuidado de no ejercer mucha presión, inactivando la última lavada con suero fisiológico.
- Después de terminada la instrumentación biomecánica lavar con lechada de cal el/los conductos.
- Secado del conducto con conos de papel.
- Medicación intrarradicular de hidróxido de calcio por cuatro días.
- Colocación de cemento temporal.
- En caso de presencia de fístula, al finalizar el procedimiento lavar a través de la fístula con lechada de cal con una jeringa de 3 ml previa colocación de anestésico tópico en la zona.

Tercera sesión:

- Remoción del cemento temporal y de la medicación intra-conducto.
- Aislamiento relativo y/o absoluto.
- Si ya no existe presencia de sintomatología, y si la fístula ha desaparecido proceder a la obturación del/los conductos radiculares.
- Obturación del conducto con pasta iodoformada (óxido de zinc + eugenol + yodoformo). Hidróxido de calcio, yodoformo.
- Rx control.
- Sellado hermético periférico con ionómero de vidrio.
- Instrucciones post-anestesia.
- Restauración definitiva.
- En caso de persistir la sintomatología y la presencia de fístula repetir el procedimiento como en la sesión 2.
- Dejar medicación intra-conducto hasta que exista ausencia de sintomatología y que la fístula haya desaparecido.

OBSERVACIONES

No se repiten los tratamientos endodónticos en piezas dentarias temporarias.

FICHA TÉCNICA Nº 9

GINGIVECTOMÍA

DEFINICIÓN

Técnica quirúrgica por la cual se elimina la totalidad del tejido de granulación y epitelio de la bolsa periodontal supracrestal.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Se realizará en los siguientes diagnósticos, tomando en cuenta el requerimiento de la cirugía:

- Hiperplasia gingival.
- Gingivitis ulceronecrotizante aguda.
- Absceso periodontal.
- Periodontitis crónica.
- Periodontitis ulceronecrotizante.

PROCEDIMIENTO

- Consentimiento informado.
- Previa tartrectomía (raspados y alisados radiculares).
- Estudio radiográfico.

Cirugía:

- Antisepsia.
- Anestesia tópica.
- Anestesia infiltrativa.
- Marcado del fondo de las bolsas, mediante pinzas especiales y/o sonda convencional fina.
- Corte de la encía introduciendo el bisturí a 45°, creando un bisel externo y de 1 a 3 mm apical a ella (mantener el corte dentro de la encía adherida).
- Separación de las papilas interdentales, intentando alcanzar la col Inter papilar.
- Raspado y alisado de las superficies expuestas.
- Aplicar el cemento quirúrgico, corregir la mucoabrasión gingival.

Medicación terapéutica:

- De acuerdo al paquetario.

Recomendaciones:

- Evitar enjuagues bucales y colutorios.

FICHA TÉCNICA Nº 10

EXODONCIA

DEFINICIÓN

Es un tratamiento quirúrgico menor que implica la extracción de una pieza dentaria temporaria o permanente.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Se realizará en las siguientes circunstancias:

- Piezas dentarias anquilosadas que no permiten la erupción de la pieza dentaria permanente.
- Piezas dentarias persistentes que no permiten la erupción de la pieza dentaria permanente.
- Piezas dentarias totalmente destruidas por lesiones cariosas.
- Piezas dentarias fracturadas por traumatismos y cuya restauración no se puede llevar a cabo.
- Piezas dentarias que no exfolian normalmente y sus raíces se encuentran reabsorbidas.
- Cuando la rizólisis es irregular y causa la erupción ectópica de la pieza dentaria permanente.
- Piezas dentarias temporarias con pólipo pulpar.
- En casos de tratamientos ortodóncicos.
- Piezas dentarias supernumerarias.
- Piezas dentarias con lesión en la furca con pólipo periodontal.

PROCEDIMIENTO

- Consentimiento informado.
- Pre medicación:
  - En caso de pacientes pusilánimes, ansiosos:
    - ▲ Adultos: diazepam 5 mg, una hora antes de la intervención.
    - ▲ Niños/niñas: diazepam 0,05 a 0,01 mg/Kg./peso una hora antes de la intervención.

Cirugía:

- Antisepsia.
- Anestesia tópica.
- Anestesia infiltrativa.
- Sindesmotomía.
- Extracción propiamente dicha con movimientos de aprehensión, luxación y tracción.
- Hemostasia.
- Sutura (hilo de seda 000, si corresponde).

Indicaciones post exodoncia:

- Mantener la gasa y/o algodón por media a una hora en boca.
- No tomar líquidos calientes por 24 horas.
- Alimentación blanda líquida por 24 horas.
- Masticar por el lado contrario.
- No aspirar, no succionar, no hacer gárgaras ni enjuagar.
- En caso de sangrar más de lo normal, morder un algodón seco y estéril por media a una hora más.
- Dormir con almohada alta.
- Seguir el tratamiento medicamentoso realizado por el odontólogo.
- No realizar ejercicios físicos, ni esfuerzos.
- Poner fomentos de hielo a un ritmo de 20 minutos durante seis horas.
- Higiene dental, cepillado habitual, menos en el área de exodoncia.

FICHA TÉCNICA Nº 11

ACCIONES EN EMERGENCIAS QUE SE PRODUCEN DURANTE UN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

LIPOTIMIA O SÍNCOPE

- Suspenda la atención y retire cualquier cuerpo extraño de la boca.
- Controle el estado de conciencia.
- Converse e inspire confianza para que se sienta asistido.
- Póngalo de espaldas, con los pies un poco elevados (10 a 15 grados).
- Permita la circulación de aire, con la cabeza hacia atrás.
- Controle la respiración.
- Controle el pulso carotídeo.
- Si existe señales vitales, espere de 2 a 3 minutos para su recuperación.
- Recuperado, haga que se retire con acompañante.
- Si no existe recuperación pida ayuda médica urgente.

En espera del auxilio médico, administre oxígeno (3 a 4 l/min) y controle la respiración, pulso y presión.

EPISODIO ISQUÉMICO TRANSITORIO

- Suspenda la atención y remueva todo material de la boca.
- Póngalo cómodamente sentado.
- Mantenga libre las vías aéreas y evalué la respiración.
- La debilidad de las extremidades, descritas por el paciente como un “hormigueo” desaparece en 5 a 10 minutos, si esto ocurre, no hay necesidad de ayuda médica.
- Controle las señales vitales (FC, FR y PA), la presión arterial puede estar levemente aumentada durante el episodio. La frecuencia cardiaca puede estar normal o elevada (“pulso lleno”).
- Después de la crisis mande al paciente para evaluación médica, libérelo con acompañante y recomiende no conducir vehículos.

ACCIDENTE VÁSCULO CEREBRAL (AVC) – PACIENTE CONSCIENTE

En este caso las señales y los síntomas clínicos no desaparezcan dentro de un tiempo razonable (de 10 a 15 minutos), un episodio isquémico transitorio puede no ser la causa de un AVC verdadero, debe estar en evolución. En esta situación:

- Suspenda la atención y retire todo material de la boca.
- Póngalo cómodamente sentado.
- Mantenga libre las vías aéreas y evalué la respiración.
- Pida ayuda médica urgente.
- Mientras llegue la ayuda, controle las señales vitales (FC, FR y PA) cada cinco minutos.
- NO ADMINISTRE OXÍGENO (puede agravarse la vasoconstricción cerebral o depresión del SNC).

ACCIDENTE VÁSCULO CEREBRAL – PACIENTE INCONSCIENTE

La pérdida aguda de conciencia denota pronóstico clínico grave del AVE (mortalidad del 70 al 100%). El AVE hemorrágico es el que más comúnmente provoca pérdida de conciencia y es precedido de **INTENSO DOLOR DE CABEZA.** En estos casos:

- Póngalo acostado de espaldas.
- Mantenga las vías aéreas libres y evalué la respiración.
- Pida ayuda médica urgente.
- Se puede administrar oxígeno, si es necesario.
- Mientras llegue el auxilio médico, controle las señales vitales.
- La frecuencia cardiaca puede estar normal o disminuida.
- La presión arterial elevada (PA sistólica superior a 200 mmHg).
- En este caso, arregle su posición, manteniéndolo acostado de espaldas y levantando la cabeza suavemente.
- En ausencia de respiración o pulso, o ambas, inicie inmediatamente el trabajo de investigación artificial y/o compresión cardiaca externa.
- En caso de paciente inconsciente, según los casos administre oxígeno con máscara facial o cánula con un flujo de 5 l/min, administre una ampolla de hidrocortisona 100 mg intravenoso o intramuscular, controle las señales vitales cada cinco minutos y cuando llegue la ayuda médica, explique las medidas tomadas.

HIPERVENTILACIÓN

El primer paso de acuerdo a las señales y síntomas, es diferenciar el síndrome de hiperventilación de otros disturbios que causan dificultad respiratoria (crisis aguda de asma, bronco espasmos, etc.), dolor en el pecho (crisis de angina) o también pérdida de conciencia, como ocurre en los síncopes. Una vez diagnosticado el cuadro de hiperventilación, adopte las siguientes medidas:

- Suspenda todo el tratamiento y retire todo el material de la boca.
- Póngalo en posición cómoda.
- Tranquilícelo prestándole ayuda.
- Para corregir la alcalosis respiratoria, haga respirar aire enriquecido con CO con una bolsa de papel o con las manos en forma de concha, cubriendo la boca y la nariz (10 movimientos respiratorios/minuto).
- Repita esta operación hasta la desaparición de síntomas.
- Si no mejora el cuadro, se puede administrar diazepam 10 mg vía oral o intravenosa lentamente.

CRISIS AGUDA DE ASMA

Es importante diferenciar una crisis de asma moderada de una severa, los episodios graves con intensa dipnea, cianosis de la mucosa labial y base de las uñas. Transpiración, enrojecimiento de la cara y cuello, uso de la musculatura accesoria para respiración, fatiga y confusión mental, exigen una atención más compleja en ambiente hospitalario, bajo responsabilidad médica. En casos de crisis aguda de asma en consultorio odontológico, el odontólogo está limitado a proceder de la siguiente manera.

- Suspenda la atención y remueva cualquier material de la boca.
- Tranquilícelo, prestándole ayuda.
- Levante el respaldo de la silla.
- Póngalo cómodo y sentado en una silla común, con los brazos lanzados hacia adelante.
- Haga que use el broncodilatador en spray (ej. salbutamol). Si no fuera posible, insufle cinco aplicaciones en una bolsa de papel, adáptela a la boca/nariz y pídale que respire lenta y profundamente.
- Administre oxígeno con una máscara facial o cánula nasal con flujo de 5 a 7 litros/minuto.

- No habiendo regresión porque el spray no llega a los alvéolos, administre vía subcutánea 0,3 ml de una solución de adrenalina: 1:1000 (ampollas con 1 ml), que posee una potente acción broncodilatadora, controlando el bronco espasmo algunos minutos después de su administración.

CHOQUE ANAFILÁCTICO (ANAFILAXIA GENERALIZADA)

- Suspenda la atención.
- Manténgalo acostado de espaldas, con las piernas levemente elevadas.
- Instituya las medidas de soporte básico de vida.
- Solicite ayuda médica de urgencia.
- Administre, vía subcutánea 0,3 ml de una solución de adrenalina 1:1000 (ampolla con 1 ml), repitiendo la dosis cada 5 a 10 minutos si es necesario.
- Administre oxígeno.
- Controle las señales vitales cada cinco minutos y los movimientos respiratorios.
- Con el paciente estable, administre hidrocortisona IM 100 mg y prometazina IM/IV 50 mg STAT.

CONVULSIONES

A veces los episodios convulsivos pueden ocurrir en el ámbito de la clínica odontológica, en estas situaciones se debe asumir la siguiente manera de actuar:

- A la menor alteración interrumpa el tratamiento y retire todo material de la boca.
- Póngalo en posición de recuperación, para evitar que aspire la secreción gástrica o salival.
- Haga los procedimientos para manutención de las vías aéreas libres.
- Retire los objetos cortantes que estén alrededor, así como colgantes, pendientes, etc.; saque la corbata para facilitar la respiración.
- No intente poner ningún instrumento o mordedor de goma entre las arcadas. El riesgo de laceración de la lengua por los dientes es bajo, mientras que el riesgo de aspiración de fragmentos dentales debido a la inserción forzada de algún material es mucho mayor.
- Durante el episodio convulsivo, intente solamente contener delicadamente los movimientos del paciente (principalmente los de la cabeza) para evitar lesiones físicas.
- Terminada la convulsión, mantenga al paciente en reposo por 5 a 10 minutos bajo observación.
- Administre oxígeno (3 litros/minuto) y controle las señales vitales.
- En el período post convulsivo inmediato, el paciente puede presentar un cierto grado de constreñimiento por lo ocurrido.
- Dedíquele toda la atención de la recuperación, bajo cuidados de acompañante adulto, libere al paciente e investigue con el médico las causas del episodio para evitar que vuelva a ocurrir.

CRISIS DE ANGINA DE PECHO

- Suspenda la atención.
- Póngalo en posición cómoda (sillón odontológico semi reclinado).
- Administre vasodilatador coronario – dinitrato de isosorbida 5 mg o propatilnitrato 10 mg, vía sublingual.
- Administre oxígeno vía cánula o máscara facial.
- Controle la crisis, encamínelo para evaluación médica con acompañante.
- Si persisten los síntomas, solicite servicio médico de urgencia, mientras espera auxilio, controle las señales vitales.

INFARTO DE MIOCARDIO

- Suspenda la atención.
- Póngalo en posición cómoda (sillón odontológico semi reclinado).

- Tranquilícelo y ayúdelo; evite todo esfuerzo físico a la víctima.
- Pida auxilio médico de urgencia; no lo transporte al hospital.
- Administre de 2 a 3 comprimidos de ácido acetilsalicílico 100 mg, para disminuir el aumento de plaquetas y la formación de nuevos coágulos en las arterias coronarias.
- Si existe equipo, sede al paciente con mezcla de óxido nitroso y oxígeno (sedación inhalatoria). Caso contrario administre oxígeno.
- En días más fríos, abríguelo con una manta parta evitar temblores y gasto de energía.
- Mientras espera ayuda, controle las señales vitales.
- En caso de paro cardiorrespiratorio, efectué acciones de RCP.

TAQUICARDIAS

- Si acusa sensación de palpitación u otro síntoma de taquicardia, suspenda la atención.
- Evalúe la frecuencia cardiaca en una arteria artificial (carótida o radial).
- Si el pulso está irregular, no haga nada, encamínelo para evaluación médica inmediata con acompañante.
- Si la frecuencia cardiaca está alta pero regular y si es posible contarla, probablemente la taquicardia será benigna (taquicardia sinusal); en este caso, instituya acciones de estímulo del tono vagal.
- Oriéntelo a expirar forzadamente, sin expulsar el aire, por lo tanto, con la nariz y la boca tapada (maniobra de valsalva).
- Proporcione agua helada, orientando a ser tomada rápidamente, lo que va a proporcionar enfriamiento súbito del esófago, estómago y estructuras vecinas, estimulando las terminaciones vágales de estos órganos.
- Si no consigue resultado con estas acciones, provoque el vómito, estimulando a la orofaringe, pues de ahí resultará una potente respuesta vagal.
- Si se recupera, espere 15 minutos para liberarle con acompañante, solicitando evaluación médica antes de la próxima sesión odontológica.
- Si la recuperación no es inmediata, solicite ayuda médica urgente. Mientras espera, controle la respiración, pulso y presión arterial.
- En caso de pérdida de conciencia, instituya acciones de soporte básico de vida.

CRISIS HIPERTENSIVA

- Si se presentan síntomas de aumento brusco de presión arterial, suspenda la atención.
- Póngalo en posición confortable, evitando acostarlo de espaldas, lo que puede agravar los síntomas y el propio cuadro.
- Controle presión arterial y la frecuencia cardiaca.
- Si la crisis es leve a moderada, tranquilícelo encaminándolo a evaluación médica inmediata con acompañante.
- Si la presión arterial llega a niveles extremadamente altos, caracterizando una emergencia hipertensa, solicite servicio médico de urgencia.
- En espera de auxilio, controle las señales vitales y esté preparado para proceder con acciones de soporte básico de vida.

REACCIONES CUTÁNEAS INMEDIATAS

- Suspenda el tratamiento en presencia de señales de reacción alérgica.
- Retire todo el material de la boca.
- Póngalo cómodo.
- Evalúe la respiración y las frecuencias cardiaca y respiratoria.
- Si es necesario instituya procedimientos de soporte básico de vida.

- Administre prometazina IM 50 mg y betametasona IM 4 mg.
- Mantenga en constante observación durante 20 a 30 minutos, controlando las señales vitales (frecuencia cardiaca, respiratoria y PA).
- Si el cuadro se estabiliza, sin señales de daños respiratorios o cardiovasculares, prescriba un antihistamínico vía oral: prometazina 25 mg o loratadina VO 10 mg al día, hasta la remisión del cuadro (en general 2 a 3 días).
- Libérelo con acompañante y orden de no ingerir bebidas alcohólicas.
- Pida evaluación médica para determinar la causa de la reacción alérgica y establezca un protocolo para prevenir recurrencias.

BRONCOESPASMO

- Suspenda la atención a las primeras señales de broncoespasmo.
- Levante el respaldo de la silla, pues en general la posición semi inclinada es la aconsejable.
- Remueva cualquier instrumento o material de la boca.
- Tranquilícelo con ayuda.
- En presencia de cianosis, solicite ayuda médica urgente y proceda con las medidas de soporte básico de vida.
- Haga una o dos aplicaciones de broncodilatador en forma de spray (ej. salbutamol).
- Administre oxígeno (máscara facial), con un flujo de 5 a 7 litros/minuto.
- Si no hay mejora significa que el broncoespasmo debe ser de tal dimensión que la medicación broncodilatadora en spray no está llegando a los alvéolos. En estos casos administre vía subcutánea 0,3 ml de una solución de adrenalina 1:1.000 (ampolla de 1 ml).
- Observar que la acción broncodilatadora de la adrenalina controla el bronco espasmo algunos minutos después de su administración, pues revierte acción de la histamina: pero, así como los antihistamínicos, la adrenalina no bloquea la acción de los leucotrienos, mucho más potentes que la histamina.
- Cesada la crisis aguda, administre hidrocortisona IM 100 mg y prometazina IM/IV 50 mg para evitar la recurrencia del cuadro.
- Mantener la observación durante 30 minutos, controlando las señales vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y PA).
- Libérelo con acompañante y orden de no ingerir bebidas alcohólicas.
- Solicite evaluación médica para determinar la causa del broncoespasmo, establezca medidas de prevención de recurrencias.

EN CASOS DE DOSIS EXCESIVA DE ANESTÉSICO LOCAL

- Suspenda el tratamiento y retire todo material de la boca.
- Tranquilícelo con ayuda.
- Si está ansioso, póngale en posición cómoda y semi inclinada, si hay disminución de la presión arterial y frecuencia cardiaca, póngale de espaldas con las piernas levemente más elevadas que la cabeza.
- Administre oxígeno.
- Espere que el paciente recupere. Si hay una leve alteración de la presión arterial y del pulso, libérelo con acompañante.
- En casos severos, de inicio muy rápido, solicite ayuda de urgencia e instituya el soporte básico de vida.
- Si hay convulsión prolongada después de cesar el episodio, administre una ampolla de diazepam 10 mg IV, en inyección lenta mientras espera auxilio médico, controle las señales vitales.

FICHA TÉCNICA Nº 12

INSTRUMENTAL Y FÁRMACOS PARA EMERGENCIAS MÉDICAS EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

INSTRUMENTAL INDISPENSABLE EN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO PARA EMERGENCIAS

- Estetoscopio y esfigmomanómetro para monitoreo de la presión arterial sanguínea.
- Sistema portátil de liberación de oxígeno para administración de oxígeno a través de cánula nasal o máscara facial.
- Máscara facial (desechable o reutilizable) para procedimientos de ventilación artificial.
- Suctor de saliva/sangre de alta potencia para aspiración de secreciones u objetos en la cavidad oral.
- Abbocath de calibre espeso, para ejecución de cricotirotomía en caso de obstrucción aguda de las vías aéreas, cuando otros procedimientos no obtienen éxito.
- Bolsa de papel para respiración cuando hay hiperventilación o para aplicación de salbutamol "spray" en pacientes agitados, incapaces de hacer la auto administración de este medicamento en los casos de crisis aguda de asma.
- Medidor de la glicemia (glucómetro) para medir la glicemia de forma rápida.
- Oxímetro de pulso portátil para controlar el grado de saturación de hemoglobina.

FÁRMACOS PARA EMERGENCIAS MÉDICAS EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

Los estudios demostraron la probabilidad que, durante el ejercicio de la vida profesional de un odontólogo, ocurran situaciones de emergencia que pueden poner en riesgo la vida del paciente. Para estas instancias todos los profesionales deben capacitarse para obtener conocimientos sobre el manejo de cualquier situación de emergencia que pudiera surgir.

De ser así los profesionales en salud deben cumplir estrictamente el protocolo de manejo de emergencias, tomando en cuenta: la posición, vías aéreas, respiración, circulación y tratamiento definitivo (que podría incluir la administración de fármacos) de las enfermedades actuales del paciente, realizar a la vez interconsulta con su médico tratante.

La ADA (Asociación Dental Americana) exige que se dispongan de ciertos fármacos y artículos de emergencia en los consultorios odontológicos en los que se administra sedación parenteral intravenosa e intramuscular, anestesia general y sedación consciente a pacientes pediátricos; se establecen también pautas para el uso de sedación y anestesia general que a la vez indican qué fármacos de emergencia deben estar disponibles.

Se enumeran cuatro niveles de fármacos que pueden ayudar al odontólogo a organizar un botiquín adecuado a su nivel de preparación. Ante una emergencia que pueda ocurrir en su consultorio.

El consultorio odontológico deberá contar con un botiquín exclusivamente para emergencias odontológicas, donde se debe contar con los siguientes medicamentos:

- Epinefrina.
- Clorfenamina (clorfeniramina).
- Diazepam.
- Catecolaminas endógenas-epinefrina.
- Salbutamol.

- D-glucosa (dextrosol) (lata con 400 g vía oral) para hipoglucemia (paciente inconsciente).
- Ácido acetil salicílico (comprimidos 100 mg – vía oral) para prevención de coágulos en el infarto de miocardio.
- Dinitrato de isosorbida (comprimidos 5 mg – vía sublingual) para angina de pecho, infarto de miocardio.
- Propatilnitrato (comprimidos 10 mg – vía sublingual), para angina de pecho, infarto de miocardio.
- Betametasona (ampollas 1 ml, 4 mg/ml – IM) para reacción alérgica.
- Prometazina (ampollas 2 ml, 25 mg/ml – VI) para reacción alérgica, insuficiencia adrenal.
- Solución inyectable de adrenalina 1:1.000 (ampollas 1 ml, 1 mg/ml – vía subcutánea) para choque anafiláctico.

FICHA TÉCNICA Nº 13

PRINCIPALES INDICACIONES DE FÁRMACOS PARA EMERGENCIAS MÉDICAS EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

EPINEFRINA (1:1.000): indicada en choque anafiláctico, incluye el aumento de la resistencia vascular sistémica, el aumento de la presión arterial, el aumento del flujo sanguíneo coronario y la broncodilatación, indicada también en estados asmáticos o crisis asmáticas severas, paro cardiaco **(1:10.000)** para el soporte vital cardiaco avanzado, además de acción: aumento de la frecuencia cardiaca, aumento del flujo cerebral y coronario, aumento de la contracción miocárdica, mayor necesidad de oxígeno miocárdico y mayor automaticidad.

Presentación/ concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
Ampolla 0,5 mg/ ml – 1 mg/ml	Adultos: 0,3 mg IM (puede repetirse en caso de anafilaxia severa).	■ A/P(1*): no utilizar por vía IV, contiene sulfitos. ■ Extrema precaución en enfermedad cardiaca, puede producir dolor anginoso con la insuficiencia coronaria. Mayor riesgo de reacciones adversas con hipertiroidismo, trastornos cardiovasculares, HTA, DM, en el caso de ancianos, embarazo, pacientes pediátricos menores de 30 Kg. con epipen y menores de 15 Kg. Con epipen Jr. ■ E/L(2*): categoría C no se comprobó sus seguridad durante la lactancia. ■ EA(3*): palpitaciones, taquicardia, sudoración, náuseas, vómitos, dificultad en la respiración, palidez, mareos, debilidad, temblor, cefalea, aprensión y ansiedad.	Para el alivio de la dificultad respiratoria provocada por broncoespasmo, para brindar rápido alivio de las reacciones de hipersensibilidad a drogas y otros alérgenos. Anafilaxia o shock anafiláctico.

CLORFENAMINA (clorfeniramina): tratamiento sintomático de las alergias, bloqueador histamínico, compiten con la histamina por los sitios de recepción de las células, poseen también propiedades: sedante y anticolinérgica.

Presentación/ concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
Jarabe 2 mg/5 ml. Comprimidos 4 mg. LP(4*). 8-10 mg	Adultos y niños/niñas mayores de 12 años: (comprimidos/jarabe) 4 mg cada 4-6 horas. Comprimidos LP(4*) 8 mg cada 8-12 horas, o 12 mg cada 12 horas; máximo 24 mg/día. Niños/niñas de 6 a 12 años (comprimidos/jarabe) 2 mg cada 4-6 horas, máximo 12 mg/24 horas.	■ A/P(1*): evitar en casos de enfisema, bronquitis crónica, glaucoma, dificultad para orinar debido al agrandamiento de la glándula prostática. ■ E/L(2*): no se comprobó su seguridad durante el embarazo y el período de lactancia. ■ EA(3*): somnolencia y excitabilidad.	Para reacciones alérgicas, reacciones anafilácticas, angioedema, manifestaciones cutáneas leves y sin complicaciones en forma de urticaria y angioedema. En mayores de 60 años mayor probabilidad de causar mareos, sedación e hipotensión.

DIAZEPAM (valium): indicado para la ansiedad y sus manifestaciones psicosomáticas, relajante muscular, anticonvulsivante, síndrome de supresión alcohólica, crisis convulsivas e insomnio transitorio, depresor del SNC, actúa en el sistema límbico, tálamo e hipotálamo.

Presentación/ concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
Comprimidos 2-5-10 mg. Inyectable 5 mg/ ml	**Adultos:** comprimidos, ansiedad: 2-10 mg 2-4 veces al día. Inyectable 2-5 mg IM/IV puede repetirse en 3-4 horas. Abstinencia de alcohol: comprimidos 10 mg 3-4 veces al día por 24 horas. Inyectable, 10 mg IM/IV, luego 5-10 en 3-4 horas, si es necesario. Mantenimiento comprimidos 5 mg 3-4 veces al día. Espasmo musculo-esquelético: comprimidos 2-10 mg 3-4 veces al día. Inyectable 5-10 mg IM/IV. Luego 5 a 10 mg en 3-4 horas, si es necesario. Trastornos convulsivos: 2-10 mg	■ A/P(1*): controlar recuentos sanguíneos y PFH en caso de uso prolongado. ■ Se informó acerca de la neutropenia e ictericia, de aumento de las convulsiones, evitar interrupción abrupta. ■ Precaución en caso de disfunción renal o hepática. ■ Inyectar lentamente y evitar las venas pequeñas por VI. ■ No mezclar ni diluir con otros productos en jeringas o frascos de infusión, extrema precaución en caso de ancianos, enfermos graves y quienes tienen una reserva pulmonar limitada. ■ Evitar en pacientes que estén en shock, coma o intoxicación aguda por alcohol con signos vitales deprimidos. Puede dañar la capacidad mental/física. ■ Contraindicaciones: glaucoma agudo de ángulo cerrado, glaucoma de ángulo abierto, no tratado, pacientes pediátricos menores de seis meses. ■ E/L(2*): no usar durante el embarazo, no se comprobó su seguridad en la lactancia. ■ EA(3*): Somnolencia, fatiga, ataxia, reacciones paradójicas, cambios menores en el EEG y flebitis (lugar de la inyección).	Es un coadyuvante útil para el tratamiento de status epilepticus y crisis convulsivas graves recurrentes.

SALBUTAMOL (sulfato de salbutamol): indicado para el asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, teniendo un efecto mayor en el tracto respiratorio, a través de la relajación del músculo liso bronquial (profilaxis y tratamiento); produce además menos efectos secundarios cardiovasculares que la mayoría de los broncodilatadores, sin embargo en algunos pacientes, tanto el salbutamol como otros broncodilatadores pueden ocasionar efectos CV importantes como un aumento de la frecuencia del pulso, presión arterial, síntomas como palpitaciones y temblores y/o alteraciones electrocardiográficas.

Presentación/ concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
Solución 1,25 mg/3 ml. 0,63 mg/3 ml. Aerosol: 0,09 mg/ inhalación. Comprimidos 2-4mg	**Pacientes pediátricos: 2-12 años,** dosis inicial 0,63 mg o 1,25 mg 3-4 veces al día vía nebulizador. **Mayores de cuatro años:** aerosol 2 inhalaciones cada 4-6 horas o 1 inhalación cada cuatro horas. Broncoespasmo por ejercicio: 2 inhalaciones 15-30 min antes de la actividad. **6-12 años:** comprimidos, dosis inicial 2 mg 3-4 veces al día, máximo 24 mg/ día 2-5 años. **6-12 años:** con asma severa a mayor de 40 Kg. u **11-12 años:** dosis inicial 1,25 mg de 3-4 veces por siete días. **Mayores de 12 años:** 2 inhalación cada 4-6 horas, o 1 inhalación cada cuatro horas. Solución 2,5 mg 3-4 veces al día con nebulizador. Comprimidos dosis inicial: 2-4 mg 3-4 veces al día, máximo 8 mg 4 veces al día. Broncoespasmo provocado por ejercicio: aerosol 2 inhalaciones 15 minutos antes de la actividad. **Adulto: broncoespasmo:** Aerosol 2 inhalación cada 4-6 horas, o 1 inhalación cada cuatro horas. Dosis inicial 4-8 mg cada 12 horas, máximo 32 mg al día. Solución 2,5 mg 3-4 veces al día por nebulizador. Broncoespasmo provocado por ejercicio: aerosol 2 inhalación 15 min. hasta 30 min. Antes de la actividad.	■ A/P(1*): se informó sobre reacciones de hipersensibilidad. Se informaron casos fatales a causa de uso excesivo. ■ Precaución con trastornos Cardiovasculares, especialmente insuficiencia coronaria, arritmias de HTA. ■ Pueden ser necesarios agentes antiinflamatorios, concomitantes. ■ Puede producir broncoespasmo paradójico. ■ Precaución con DM, puede producir hipocalemia (proventil/ proventil HFA/ventolin HFA). Interrumpir si ocurre broncoespasmo paradójico o eventos cardiovasculares. Evitar el uso excesivo. ■ Precaución en casos de insuficiencia coronaria, arritmias HTA, DM, hipertiroidismo, convulsiones, sensibilidad a simpaticomiméticos. ■ Pueden ocurrir reacciones de hipersensibilidad, pueden causar hipocalemia transitoria. ■ E/L(2*): categoría C, no usar durante el período de lactancia. EA: exacerbación de asma, ■ EA (3*) exacerbación de asma otitis media, reacción alérgica, gastroenteritis, síntomas de resfrío, irritación de garganta, infecciones respiratorias virales, inflamación respiratoria superior, tos, dolor músculo esquelético.	Para el alivio del broncoespasmo en pacientes mayores de cuatro años que padecen enfermedad obstructiva reversible de las vías respiratorias: para la prevención del broncoespasmo inducido por ejercicio en pacientes mayores de cuatro años.

DEXTROSA (o glucagón): anti hipoglucémicos, el glucagón causa un incremento en la concentración de glucosa en la sangre, es eficaz en pequeñas dosis y no se informó sobre ninguna evidencia de toxicidad con su uso. El glucagón actúa solamente sobre el glucógeno del hígado y lo convierte en glucosa, para controlar la hipoglucemia, también puede emplearse la administración de dextrosa al 50%.

Presentación/ concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
Ampollas de vidrio: 50 ml	Una velocidad de 10 ml/min; la mayoría de los pacientes recupera la conciencia rápidamente (5-10 min); en algunos pacientes pueden ser necesarios 50 ml adicionales; se les debe dar un suplemento de hidratos de carbono lo antes posible. Generalmente se tolera bien. **Pacientes pediátricos:** 0,5-1 g/Kg./dosis: D50W (dextrosa 50% en agua) se diluye 1:1 para obtener D25W (dextrosa 25% en agua) y evitar la hipertonicidad. Debe administrarse un suplemento de hidratos de carbono lo antes posible, especialmente a niños/niñas y adolescentes.	■ A/P(1*): usar con precaución en pacientes con disfunción renal, diabetes mellitus o intolerancia a los carbohidratos, cuando la infusión de dextrosa es al 5% o 10% para evitar hipoglucemia reactiva. ■ Contraindicaciones: alergia al maíz o a los productos derivados del maíz. ■ No utilizar soluciones concentradas de dextrosa en pacientes con: anuria, coma diabético e hiperglucemia, hemorragia intracraneal o intraespinal, delirium tremens en pacientes deshidratados, síndrome de mala absorción de glucosa, galactosa. ■ E/L(2*): categoría C, no se comprobó su seguridad en el período de lactancia. ■ EA(3*): reacción en el lugar de la inyección, hiperglucemia, toxicidad por aluminio en pacientes con disfunción renal, alteraciones en fluidos y electrolitos (ej. hipocaliemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia), glucosuria.	Para el tratamiento de reacciones hipoglucémicas graves. Los pacientes con diabetes tipo I no responden tan bien en los niveles de glucosa en sangre como lo hacen los pacientes diabéticos del tipo II estable.

ACIDO ACETIL SALICÍLICO (aspirina): recomendado en la etapa previa a la internación en caso de infarto de miocardio que ocurre fuera del hospital, sus propiedades fibrinolíticas pueden ayudar en la reperfusión del miocardio isquémico.

Presentación/ concentración	Posología	Advertencias/precauciones y contraindicaciones	Aplicaciones
Comprimidos 100-325-500 mg	Adultos: accidente cerebrovascular isquémico/AIT: 50-325 mg 1 v/d. Sospecha de IM agudo: dosis inicial 160-162,5 mg 1 v/d, tan pronto se sospeche de IM. Mantenimiento 160-162,5 mg 1 vez al día durante 30 días después del infarto, considerar tratamiento adicional para prevención del infarto del miocardio o en caso de que sea recurrente. Prevención o IM recurrente/angina inestable/angina crónica estable: 75-325 mg 1 v/d CABG: 325 mg 1 v/d, comenzar 6 horas después de la cirugía. Continuar durante 1 año. Angioplastia coronaria transluminal percutánea: dosis inicial: 325 mg 2 horas antes de la cirugía. Mantenimiento 160-325 mg 1 v/d; endarterectomía de carótida: 80 mg 1 v/d hasta 650 mg 2 v/d comenzar antes de la cirugía. AR(6*): dosis inicial: 3 g por día en dosis divididas. Para lograr eficacia antiinflamatoria aumentar a 150- 300 mg/ml, el nivel plasmático del salicilato. Espondiloartropatías: hasta 4 g/día en dosis divididas, hasta 3 g día en dosis dividida. Artritis/pleuresía por LES(5*): dosis inicial 3 g/día en dosis divididas. Para lograr eficacia antiinflamatoria aumentar a 150-300 mg/ml el nivel plasmático del salicilato. Dolor: 325-650 mg cada 4-6 horas, máximo 4 g al día. **Pacientes pediátricos:** AR(6*) juvenil: dosis inicial 90-130 mg/Kg./día en dosis divididas, para lograr eficacia antiinflamatoria aumentar a 150-300 mg/ml el nivel plasmático del salicilato. **Mayores de 12 años:** en caso de dolor: 325- 650 mg cada 4-6 horas, máximo 4 g al día.	A/P(1*): mayor riesgo de sangrado con el consumo excesivo de alcohol (más de tres vasos día). Puede inhibir la función plaquetaria; puede afectar negativamente trastornos sanguíneos hereditarios (hemofilia) o contraídos (enfermedad hepática, deficiencia de vitamina K). Controlar posible hemorragia y ulceración. Evitar en caso de antecedentes de úlcera péptica activa, insuficiencia renal severa, insuficiencia hepática severa y dietas restringidas en sodio. Si se asocia con niveles elevados en las PFH, BUN y creatinina sérica: hipercaliemia; proteinuria; mayor tiempo de sangrado. Evitar una semana antes del parto y durante el trabajo de parto. Contraindicaciones: alergia a los AINES, infecciones virales en los niños/niñas y adolescentes síndrome de asma, rinitis y pólipos nasales. E/L(2*): debe evitarse en el tercer trimestre del embarazo y durante el período de lactancia. EA(3*): Fiebre, hipotermia, arritmias, hipotensión, agitación, edema cerebral, deshidratación, hipercaliemia (potasio alto); dispepsia, sangrado GI, hipoacusia, tinnitus, problemas en el embarazo.	Para fibrinólisis cuando hay sospecha de infarto de miocardio: administrado en la etapa pre hospitalaria del tratamiento.

(1*) A/P: Advertencias/Precauciones. (2*) E/L: Clasificación de riesgo en el embarazo/consideraciones en el período de lactancia. (3*) EA: Espondilitis anquilosante.

(4*) LP: Liberación prolongada. (5*) LES= Lupus eritematoso sistémico. (6*) AR= Artritis reumatoidea.

FICHA Nº 14

RADIOGRAFÍA DENTO-MAXILOFACIAL

DEFINICIÓN

Radiografía: es la especialidad médica que se ocupa de generar imágenes del interior del cuerpo y específicamente del macizo cráneo facial (cráneo, cara y piezas dentarias) mediante diferentes agentes físicos, campos magnéticos, etc. Y de utilizar estas imágenes para el diagnóstico, en menor medida para el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades, también se le denomina genéricamente radiodiagnóstico o diagnóstico por imágenes.

PRINCIPALES PROYECCIONES MAXILOFACIALES CRANEALES

Occipitomentoniana estándar (0º OM):

- Senos.
- Fracturas.
- Tercio medio facial.
- Complejo cigomático.
- Complejo naso etmoidal.
- Estallido orbitario.
- Fractura de apófisis coronoides.

Occipitomentoniana (30º OM):

- Fracturas del tercio medio facial Le Fort I, II, III.
- Fracturas de la apófisis coronoides.

Postero-anterior del cráneo (PA craneal):

- Fracturas de bóveda craneal.
- Evaluación de senos frontales.
- Enfermedades que afectan el cráneo.
- Paget ósea.
- Mieloma múltiple.
- Hiperparatiroidismo.
- Calcificaciones intracraneales.

Postero-anterior de la mandíbula (PA de la mandíbula):

- Fracturas de la mandíbula.
- Lesiones como quistes y tumores.
- Hipoplasia o hiperplasia mandibular, deformidades maxilofaciales.

Proyección de Towne invertida:

- Fracturas altas de los cuellos condilares.
- Fracturas intracapsulares de la ATM.
- Hipoplasia o hiperplasia condilar.

Postero-anterior rotada (PA rotada):

- Litiasis.
- Cálculos de las glándulas parótidas.
- Lesiones como quistes o tumores.
- Infección submaseterino.

Craneal lateral verdadera:

- Fractura del cráneo y la base craneal.
- Fracturas del tercio facial medio.
- Evaluación de senos.
- Enfermedades sistémicas.
- Condiciones que afectan la silla turca.
- Tumores hipofisarios.

Submentovertex (SMV):

- Lesiones destructivas y expansivas que afectan el paladar.
- La región pterigoidea o la base del cráneo.
- Evaluación del seno esfenoidal.
- Evaluación del espesor (medio lateral) de la parte posterior de la mandíbula.
- Fractura de los arcos cigomáticos.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS PACIENTES, INCLUIDOS EL CONTROL DE LAS INFECCIONES

- Hepatitis B (viral HB).
- Hepatitis C.
- VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).
- Tuberculosis.
- Herpes labial (VHS).
- Rubéola.
- Sífilis.
- Difteria.
- Parotiditis.
- Covid-19.
- Gripe.
- Encefalopatías espongiformes transmisibles (EET).

“Es más seguro, por tanto, que el personal sanitario asuma que todos los pacientes suponen un posible riesgo de infección; la edad y la clase social no es una limitación y que adopte precauciones universales de bioseguridad”.

DIFERENTES TOMAS RADIOGRÁFICAS

Radiografía periapical

Indicaciones principales:

- Detección de una inflamación/infección apical.
- Evaluación del estado periodontal.
- Tras un tratamiento dental y del hueso alveolar asociado.
- Evaluación de la presencia y la posición de dientes que aún no han erupcionado.
- Evaluación de la morfología de las raíces previa a una extracción.
- Durante una exodoncia.
- Evaluación preoperatoria y control post operatorio de una cirugía apical.
- Evaluación detallada de quistes apicales y otras lesiones dentro del hueso alveolar.
- Evaluación post operatoria de implantes.

Estudio completo seriado:
- Adultos 16 placas.
- Niños/niñas 8 placas.

Aletas de mordida:
- Detección de lesiones de caries.
- Monitorización de la caries dental.
- Evaluación de las obturaciones existentes.
- Valoración de la situación periodontal.

Oclusales:
- Proyecciones oclusivas del maxilar inferior y la mandíbula.

Indicaciones:
- Evaluación periapical de los dientes superiores anteriores.
- Detección de la presencia de caninos sin erupcionar.
- Dientes supernumerarios y odontomas.
- Como proyección de la línea media cuando se utiliza el método de paralelaje.
- Evaluación del tamaño y la extensión de las lesiones.
- Evaluación de fractura de los dientes anteriores. De acuerdo a las técnicas.

Radiografía cefalométrica:
- Ortodoncia, cirugía ortognática.
- Cefalométrica PA.
- Evaluación de asimetrías faciales y comparaciones.

Tomografía:
- Evaluación de la altura, el grosor y la textura de los maxilares antes de la colocación de implantes.
- Evaluación de senos maxilares.
- Valoración de fracturas faciales.
- Evaluación de la extensión de las fracturas.
- ATM.

Radiografía panorámica:
- Piezas retenidas o diente no erupcionado.
- En caso de una boca muy descuidada.
- Para evaluación del hueso periodontal.
- Para valoración de molares del juicio.
- Como parte de la evaluación ortodóntica.
- Para evaluar fracturas de todas las partes de la mandíbula excepto en la región anterior.
- Patología sinusal.
- Enfermedades de la ATM.
- Altura vertical del hueso para planificación previa de implantes.

Radiografía digital:
- Periapical.
- Panorámica.
- Y otras.

ANEXO EDITORIAL
Elaboración:

- Dr. Roger Denis Blacutt Paniagua	Responsable Programa Nacional de Salud Oral.
- Dra. Wayra Sofía Hinojosa Gallo	Profesional Técnico Programa Nacional de Salud Oral
- Dra. María Verónica Larico Rojas	Profesional Técnico Programa Nacional de Salud Oral
- Dra. Claudia Cecilia Echeverria Molina	Profesional Técnico Programa Nacional de Salud Oral
- Dra. Dayana Wendy Villarroel Aguilera	Profesional Técnico PPSOCMN-II/ Programa Nacional de Salud Oral

Revisión Técnica:

ESPECIALIDAD DE PERIODONCIA – BOLIVIA

Dra. Patricia López Aramayo	Caja de Salud de la Banca Privada – CSBP
Dra. Gilda Menacho	Universidad Mayor de San Andrés – UMSA
Dra. Naira Cecilia Michel Valencia	Colegio de Odontólogos Bolivia

ESPECIALIDAD DE ODONTOPEDIATRIA – BOLIVIA

Dr. Mauricio Lozada Salcedo	Universidad Mayor de San Andrés – UMSA
Dr. Jhonny Perez Valverde	Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uria
Dra. MaríaTeresa Linares Gómez	Red Los Andes SERES El Alto
Dra. Martha Vargas de Sanabria	Caja de Salud de la Banca Privada – CSBP
Dra. Zunilda Espejo Tapia	Caja Nacional de Salud – CNS
Dra. Monica Cahuana Mariscal	Hospital COREA
Dra. Mary Isabel Vargas Candia	Caja de Salud de la Banca Privada – CSBP
Dra. Ariadne Scarley Martinez Rendón	Caja Nacional de Salud – CNS
Dra. Sandra Cabezas Oña	Caja Nacional de Salud – CNS
Dra. Ivonne Uzquiano Cazorla	Universidad Mayor de San Andrés – UMSA; Colegio de Odontólogos Especialistas en Endodoncia – Bolivia

ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL – BOLIVIA

Dra. Maritza Mayta Jimenez	Hospital del Norte
Dra. Marcia Betiana Cruz Villca	Universidad Mayor de San Andrés – UMSA; Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uria
Dra. Renata Lais Almeida Cruz	Consulta Privada
Dr. Jaime Rimac Orozco Cadima	Caja de Salud de la Banca Privada – CSBP
Dr. Huascar Jamil Aillon López	Hospital del Niño Sor Teresa Huarte

ESPECIALIDAD DE PATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL – BOLIVIA

Dra. Janeth Liliam Flores Ramos	Universidad Mayor de San Andrés – UMSA; Universidad del Valle - UNIVALLE

SOCIEDAD BOLIVIANA DE SALUD PÚBLICA

Dra. Cristina Martinez Yañez	Hospital La Paz
Dra. Soraya Crespo Velásquez	Colegio de Odontólogos Bolivia

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD BENI

Dr. David Murillo	Coordinador de Red
Dr. Carlos Arteaga	Coordinador de Red
Dra. Lorena Aukel	Coordinadora de Red
Dra. Kalinka Aukel Ardaya	Coordinadora de Red
Dr. Carlos Eduardo Muñoz Ortega	Responsable de Odontología - 2019
Benjamin Chavez Sales	Responsable de Odontología - 2023

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD CHUQUISACA

Dra. Julia Ramirez Palacios	Responsable de Odontología - 2018
Dra. Pamela Donaire Alcocer	Responsable de Odontología - 2019
Dr. Javier Carlos Carmona Llano	Responsable de Odontología - 2023

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD COCHABAMBA

Dr. Eddy Crespo Mariscal	Especialista en Odontopediatria Regional Cochabamba
Dra. Alina Perez	Especialista en Odontopediatria Regional Cochabamba
Dra. Judith Flores Inturias	Responsable de Odontología – 2019
Dr. Claudio Cárdenas Peláez	Responsable de Odontología – 2023

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ

M.Sc.Dr. Arturo Beltrán Orozco	Coordinador de Red
Dr. Ricardo Copacondo	Coordinador de Red
Dra. Emma Luisa Mollinedo Viveros	Coordinadora de Red
Dra. Elvira Guzman	Coordinadora de Red
Dr. Néstor Barrientos	Coordinador de Red
Dra. Grimelda Apaza	Coordinadora de Red
Dr. Vladimir Choque Laure	Coordinador de Red
Dra. Concepción Apaza	Coordinadora de Red
Dr. Alvaro Estrada	Coordinador de Red
Dr. Marco Altamirano Mendoza	Coordinador de Red
Dr. José Antonio Barrientos Velasquez	Coordinador de Red
Dr. Raúl Gutierrez Machicado	Coordinador de Red
Dr. Javier Lazarte	Coordinador de Red
Dra. Cindhy Tito	Coordinadora de Red
Dra. Nadesdah Ramirez E.	Coordinadora de Red
Dr. Marcelo Choque	Coordinador de Red
Dra. Dannym Carvajal	Coordinadora de Red

Dra. Rose Mary Vallejo	Coordinadora de Red
Dra. Miriam Flores	Coordinadora de Red
Dra. Aleyda Ortega Siles	Coordinadora de Red
Dra. Leydi Portugal Garcia	Coordinadora de Red
Dr. Abraham Quispe Callisaya	Coordinador de Red
Dra. Ximena Ajata	Coordinadora de Red
Dr. Marco Antonio Apaza	Coordinador de Red
Dr. Cristian Guerrero Ajata	Responsable de Odontología – 2018
Dr. Omar Julio Samo Cruz	Responsable de Odontología – 2019
Dr. Ramiro Alfredo Calle Quiquijana	Responsable de Odontología – 2023

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD ORURO

Dra. Verónica Claudia Canaviri Ortiz	Especialista en Odontopediatria Regional Oruro
Dra. Daniela Ramirez Sanjinez	Especialista en Odontopediatria Regional Oruro
Dra. Odalis Patricia Quilo Alvarez	Especialista en Endodoncia Regional Oruro
Dr. Luis Alberto Nuñez Alconce	Especialista en Endodoncia Regional Oruro
Dr. Juan Carlos Colque Cárdenas	Especialista en Cirugía Bucal Regional Oruro
Dr. Jorge López León	Especialista en Cirugía Bucomaxilo Facial Regional Oruro.
Dr. Marcelo Machaca Capriles.	Responsable de Odontología – 2018
Dr. Luis Alberto Calizaya Figueredo.	Responsable de Odontología – 2021
Dr. Elmer Sandro Mamani Véliz.	Responsable de Odontología – 2022
Dr. Ángel Chino Colque.	Responsable de Odontología – 2023

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PANDO

Dra. Yancarla Claros Rodriguez	Responsable de Odontología – 2019
Dra. Eslie Escalante Cartagena	Responsable de Odontología – 2023

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD POTOSÍ

Dr. Vladimir Adrian Burgoa Valverde	Responsable de Odontología, Sociedad Boliviana de Endodoncia Regional Potosí

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD SANTA CRUZ

Dr. Luis Fernando Balderas Arteaga	Sociedad Boliviana de Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial Regional Santa Cruz
Dra. Rossy Jordán López	Sociedad Boliviana de Endodoncia Regional Santa Cruz
Dra. Lilian Sandoval Molina	Sociedad Boliviana de Periodoncia Regional Santa Cruz
Dra. Cecilia Mayser	Sociedad Boliviana de Odontopediatría Regional Santa Cruz
Dra. Tatiana Severiche Vargas	Responsable de Odontología – 2019
Dr. Jesús Denzer Villegas Rifarachi	Responsable de Odontología – 2023

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD TARIJA

Dra. Mariela Flores Caballero	Responsable de Odontología – 2019
Dr. Jaime Antonio Navarro Rivera	Responsable de Odontología – 2023

SOCIEDAD BOLIVIANA DE ODONTOLOGÍA FORENSE

Dra. Marina Vela López	Sociedad Boliviana de Odontologia Forense
Dra. DAEN Marcela Gaby Cruz Quiñones	Coorporación del Seguro Social Miltar – COSSMIL
Dr. Eddy Sabino Callejas Maldonado	SEDES La Paz
Dr. Ruben Yujra Mayta	Red COREA
Dra. Carola Sandra Franco Rodríguez	Consulta Privada
Dra. Lissette Daniela Copa	Consulta Privada
Dr. Julio César Nina Ávalos	Red COREA - SERES El Alto
Dra. Pastorina Ximena Lima Mamani	Consulta Privada
Dra. Norah Maria Tarque Fernández	Consulta Privada

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canalda C, Pumarola J. Endodoncia, Técnicas Clínicas y Bases Científicas. 3ª ed. Barcelona: Elsevier, 2014.
2. Cohen S, Hargreaves K. Endodoncia, Vías de la Pulpa.Barcelona: Elsevier, 2008.
3. Torabinejad M., Walton R. Endodoncia. Barcelona: Elsevier, 2010.
4. Soares IJ, Golberg F. Endodoncia: Técnica y Fundamentos. Argentina: Medica Panamericana, 2008.
5. Corner Navarro L., Rodríguez Ponce A: Endodoncia: Consideraciones Actuales. Colombia: D'vinni Ltda, 2003
6. Centeno R. Cirugía Bucal. 8ªed. Argentina: Ateneo; 2003.
7. Laskin D. Cirugía bucal y maxilofacial. 2ª ed. Argentina: Panamericana; 2000.
8. Preliasco A., Fernandez de Preliasco V. Urgencias en odontopediatría. Manual de actualización en Odontopediatría. Buenos Aires: Microsules-Bernabó. 2000
9. Organización Panamericana de la Salud, La Salud en las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Volumen 1. 2002.
10. Ministerio de Salud y Deportes.Sistema Nacional Único de Suministros. Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes;2003.
11. Baumgartner JC., Xia T**.** Endodontic Antibiotic Susceptibility of Bacteria Associated with Endodontic Abscesses. 2003
12. Herrera D, Alonso B, León R., Roldán S, Sanz M. Antimicrobial Therapy in Periodontitis: the use of Systemic Antimicrobials against the Subgingival Biofiilm. J. Clin Periodontol 35 (Suppl. 8), 2008; 45–66.
13. Walmsley AD., Lea SC., Landini G., Moses AJ. Advances in Power driven Pocket/root Instrumentation. J. Clin Periodontol, 2008; 35 (Suppl. 8), 22–28.
14. Sanz M., Teughels W. Innovations in Non-Surgical Periodontal Therapy: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. J. Clin Periodontol, 2008; 35 (Suppl. 8): 3–7.
15. Armitage G. Periodoncia: Diagnóstico y Clasificación de las Enfermedades Periodontales. Edicion Española, 2005.
16. Academy Report. Treatment of Plaque-Induced Gingivitis, Chronic Periodontitis and Other Clinical Conditions. J. Periodontol, 2001; 72: 12.
17. David E., Deas B., Mealey L. Response of Chronic and Aggressive Periodontitis to Treatment. Periodontology 2010 Jun:53:154-66. doi: 10.1111/j.1600-0757.2009.00334.x. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20403111/
18. Thomson PDR, Guía ADA/PDR de Terapéutica Dental, 4ª ed.Madrid:Ripiano S.A;2009.
19. Patrick A. Adriaens and Laurence M, Adriaens. Effects of Nons https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20403111/urgical Periodontal Therapy on hard and Soft Tissues. Periodontology 2004; 36, 121-145.S
20. Renvert S., Rutger Persson G. Supportive Periodontal Therapy. Periodontology 2004, 36, 179-195.
21. Pavia M., Nobile CG., Bianco A. Angelillo IF. Meta-analysis. 2004; 8, (75): 830.
22. Herrera, Sanz, Jepsen, Needleman, Roldán. A systematic Review on the Effect of Systemic, Antimicrobials as an Adjunct to Scaling and Root Planning in Periodontitis Patients. J. Clin Periodontol, 2002; (29) 3: 136-59.

23. Haffajee, Socransky, Gunsolley. Systemic Anti- Infective Periodontal Therapy. Ann Periodontol, 2003; (8): 115-81.
24. Hung, Douglass. Meta-Analysis of the Effect of Scaling and Root Planning, Surgical Treatment and Antibiotic Therapies on Periodontal Probing Depth and Attachment loss. J. Clin Periodontol, 2002; 29, (975): 86
25. Rozzelle AA, Arneja JS. Cleft Lip and Cleft Palate. En: Mc Inerny TK, Adam HM, Campbell DE, DeWitt TG, Foy JM, Kamat, eds. Textbook of Pediatric Care. 2nd ed. American Academy of Pediatrics. USA; 2017. p. 1849-1858.
26. Monasterio Aljaro L. & cols. Tratamiento Interdisciplinario de las Fisuras Labio Palatinas. Santiago de Chile; 1ª ed. 2008. 472 p.
27. Lewis CW, Jacob LS, Lehmann CU, AAP SECTION ON ORAL HEALTH. The Primary Care Pediatrician and the Care of Children with Cleft Lip and/or Cleft Palate. Pediatrics.2017; 139(5):1-14.
28. Tinanofl N, Cleft lip and palate. En: Kliegman RM, Stanton B, Schor NF, St. Geme JW, Behrman RE, eds. Nelson textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2011. p. 1252-3.
29. Molina RS, Yañez RM, Iglesias A, Mendoza A, Solano E. Current concepts on the effect of environmental factors on cleft lip and palate. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2013; 42: 177–184.
30. Pantoja Ludueña M. Fisura Labio-Alveolo-Palatina. En: Zamora Gutierrez A, Salazar Cuca V, Bocangel Jerez D, Sandoval Moron O, Aranda Torrelio E. Principios de Diagnóstico y Tratamiento en Pediatria. 2013; 4ª ed. p. 121 – 3.
31. Ribeiro SP, Nivaldo A. Protocols in Cleft Lip and Palate Treatment: Systematic Review. Plastic Surgery International. 2012.9 p.
32. Allori AC, Mulliken JB, Meara JG, Shusterman S, Marcus JR. Classification of Cleft Lip/Palate: Then and Now. Cleft Palate–Craniofacial Journal. 2016; 53(1):23-37.
33. American Cleft Palate–Craniofacial Association: Parameters For Evaluation and Treatment of Patients with Cleft Lip/Palate or Other Craniofacial Differences. Revised Edition; 2018. 156 p.
34. Kharbanda OP, Agrawal K, Khazanchi R, Sharma SC, Sagar S, Singhal M, et al. Clinical profi le and treatment status of subjects with cleft lip and palate anomaly in India: Preliminary report of a three-center study. J Cleft Lip Palate Craniofac Anomal. 2014; 1(1):26-33.
35. Shirol SS, Sociocultural beliefs and perceptions about cleft lip-palate and their implications in the management, outcome and rehabilitation. J Cleft Lip Palate Craniofac Anomal. 2018;5(1):4-5.
36. Singh AK, Upadhyaya DN, Kumar V, Mishra B, Prasad V. Evolving Consensus in cleft care guidelines: Proceedings of the 13th annual conference of the Indian society of cleft lip palate and craniofacial anomalies. J Cleft Lip Palate Craniofac Anomal. 2014;1(2): 88-92.
37. Rout SK, Baliarsing S, Lath MK, Debnath A, Dash SP. Does cleft palate repair reduce the incidence of middle ear pathology? J Cleft Lip Palate Craniofac Anomal. 2016; 3:95-9.
38. Moodley P, Sethusa MP, Khan MI. The distribution of orofacial clefts at the medunsa oral health centre, cleft clinic. J Cleft Lip Palate Craniofac Anomal. 2018; 5:20-7.
39. Klassen AF, Tsangaris E, Forrest CR, Wong KW, Pusic AL, Cano SJ et al. Quality of life of children treated for cleft lip and/or palate: A systematic review. British Association Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.2012; 65: 547-557.
40. Salimi N, Aleksejūnienė J, Yen E, Loo A. Fistula in Cleft Lip and Palate Patients—A Systematic Scoping Review. Annals of Plastic Surgery. 2016.

41. Valls Ontañón A, Hueto Madrid JA. Hendidura de Labio y Paladar. En: López Davis A, Granizo López M. SECOM. Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid. Panamericana. 2012. p. 736-47.
42. Ministerio de Salud. Normas Nacionales de Atención Clínica. Bolivia; 2013.
43. Guidelines for Periodontal Therapy. J Periodontol. 2001;72
44. Escoda C, Berini L. Tratado de Cirugía Bucal. 11ª ed. Madrid. Océano Ergòn. 2004.
45. Navarro C. Garcia F. Tratado de Cirugia Oral y Maxilofacial. 2ª ed. España: Editorial Arán 2008.
46. Kustner E. La Historia Clinica en Odontologia. Barcelona: Masson.2002
47. Granizo J. Manual de Cirugia maxilofacila. 2ª ed. España: McGraw Hill. 2005
48. Fuchs FD, Wannmacher LF. Farmacologia Clínica: Fundamentos Da Terapéutica Racional. 2010
49. Lopez A. Granizo R. Cirugia Oral y Maxilofacias. 3ª ed. España: Panamericana 2012.
50. Fuchs FD, Wannmacher LF. Farmacologia Clínica: Fundamentos Da Terapéutica Racional. 2010;
51. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. Cirugia Oral y Maxilofacial Contemporánea. 6ª ed. Elsevier; 2021.
52. Miloro M, Principios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson. 2ª ed. Janeiro.Santos; 2008
53. Sander M. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial.Bogota. 2ª ed. Bogota: 2007.
54. Bascones A. Medicina Bucal, 3ª ed. España. Avances Medico Dentales:2009
55. Cawson A, “Fundamentos de Medicina y Patología Oral”. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
56. Ghom A. Medicina oral”. Panamá: Jaypee-Highlights Medical Publishers. 2013;580
57. López C.J, Edrun J.López G.R.“Patología de los Labios”. 1ª ed. Madrid: Ripano, 2012.
58. Granizo M, López R, Redondo L. Sanchez L. Patologia de las Glandulas Salivales, 2ª ed. España. Ripano;2011.
59. Neville BD, Douglas D.Allen C, Oral & Maxillofacial Pathology, 4ª ed.España;2015.
60. Saap JP. Patologia Oral y Maxilofacial Pathology. 4ªed.España; Elseiver.2005.
61. Scully C, Basgan J, V. Carrozo M. Guia de Bolsillo de Enfermedades Orales. España. Elseive; 2014.
62. Navarro C. Tratado de Crugia Oral y Maxilofacial., 2ª ed. España. Aran;2009.
63. Sander M. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Editorial Amolca. 2007.
64. Singh Ak U. Mishra B. EVOLVING Consensus in cleft care guidelines: Proceedings of the 13th annual conference of the Indian society of cleft lip palate and craniofacial anomalies. J Cleft Lip Palate Craniofac Anomal. 2014;1(2):88–92.
65. GUILLERMO Raspall G. Cirugía Maxilofacial: Patología Quirúrgica de la Cara, Boca, Cabeza y Cuello. 2ª ed. España: Panamericana;1997

ESTAMOS SALIENDO
Adelante