



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

Guía de Prácticas Clínicas Estomatológicas



Dirección General de Salud de las Personas
Dirección Ejecutiva de Atención Integral de la Salud

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA - BIBLIOTECA



Guía de
Prácticas Clínicas
Estomatológicas
2005



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

Dirección General de Salud de las Personas
Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud

ISBN: 9972 851 23-0
Hecho el depósito legal N° 2005-7100

COPYRIGHT 2005
MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Av. Salaverry cuadra 8 s/n - Jesús María
<http://www.minsa.gob.pe>
LIMA - PERÚ

DRA. PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

DR. JOSÉ DEL CARMEN SARA
Vice Ministro de Salud

DR. LUIS ENRIQUE PODESTÁ GAVILANO
Director General
Dirección General de Salud de las Personas

DR. LUIS MIGUEL LEÓN GARCIA
Director Ejecutivo
Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud

DRA. SERAFINA GONZALES DAVILA
Coordinadora Nacional de Salud Bucal

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

MINISTERIO DE SALUD

Dr. José Asurza Ruiz
Dra. Diana de la Cruz Hernández
Dr. Erick Maguiña Alarcón
Dra. Nancy Miranda Achata
Dr. Raúl Vallejos Ragas

MINISTERIO PÚBLICO

Dra. Wendy Velezmoro Montes

EsSALUD

Dra. Virginia Pun Lay Vásquez

SANIDAD DEL EJÉRCITO

Dr. Mario Grover Perea Flores
Dra. Diana Hernández Espino

SANIDAD DE LA FUERZA AÉREA

Dra. Danitza Carpio Lepage
Dr. Jorge Sánchez Pereyra

SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA

Dr. Walter Gallo Zapata

SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL

Dr. Luis Alberto Carretero Malaver
Dr. Carlos Falconi Ortiz

COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ

Dr. Juan Armando Llancari Lucas
Dra. Edith Nuñez Paiva

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL

Dr. Luis Alberto Caffo Geldres
Dr. Juan Price Rivera
Dr. José Quiñones Lozano
Dr. Pedro Romero Carlos

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Dra. Bertha Flores Mena
Dr. Oswaldo Huapaya Macavilca
Dra. Martha Lopez Pinedo
Dr. Alfredo Yupanqui Pellanne

ASOCIACIÓN PERUANA DE PERIODONCIA Y OSEOINTEGRACIÓN

Dra. Carmen Li Pereyra

ASOCIACIÓN PERUANA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Dr. Carlos E. Abugattas



Resolución Ministerial

Lima, 14 de Junio del 2005



Visto el Expediente N° R-037947-05, de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que es preocupación permanente del Ministerio de Salud garantizar la calidad asistencial así como la implementación de la mejor práctica clínica en las prestaciones asistenciales que se brindan a la población usuaria de los servicios de salud del Sector;

Que en concordancia con dicha política, se ha expedido la Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA, de fecha 11 de Junio de 2005, que aprueba la Norma Técnica N° 027-MINSA/DCSP-V-01 "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuya finalidad es estandarizar la elaboración de Guías de Práctica Clínica de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que respondan a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recursos en las instituciones del Sector Salud;



Que en dicho contexto normativo, la Dirección General de Salud de las Personas ha elaborado las "Guías de Práctica Clínica Estomatológica", cuya finalidad es garantizar la estandarización de los procedimientos clínicos para la resolución de daños de la calidad de salud y que es conveniente aprobar;

[Firma]

estando a lo informado por la Dirección General de Salud de las Personas y con la opinión de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Administrador de Salud;

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley N° 27557, Ley de Organización del Poder Ejecutivo del Ministerio de Salud;



SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar las siguientes "Guías de Práctica Clínica Estomatológica", que en número de siete (07) forman parte de la presente Resolución.

1. Guía de Práctica Clínica: Caries Dental
2. Guía de Práctica Clínica: Pulpitis.
3. Guía de Práctica Clínica: Necrosis de la Pulpa
4. Guía de Práctica Clínica: Absceso Periapical
5. Guía de Práctica Clínica: Gingivitis Crónica
6. Guía de Práctica Clínica: Periodontitis Crónica.
7. Guía de Práctica Clínica: Alveolitis del Maxilar.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, se encargará de la difusión, implementación, monitoreo y revisión periódica de las citadas Guías de Práctica Clínica Estomatológica.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud a nivel nacional, a través de las Direcciones Ejecutivas de Salud de las Personas, son responsables de la difusión y supervisión del cumplimiento de dichas Guías de Práctica Clínica Estomatológica, en el ámbito de su respectiva jurisdicción.

Artículo 4°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de las referidas Guías de Práctica Clínica Estomatológica en la página web del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese

PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

CONTENIDO

Introducción	9
Caries dental	11
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	25
· Pulpitis	26
· Necrosis de la pulpa	38
· Absceso periapical sin fistula	45
Gingivitis y enfermedades periodontales	53
· Gingivitis crónica	54
· Periodontitis crónica	58
Otras enfermedades de los maxilares	65
· Alveolitis del maxilar	66

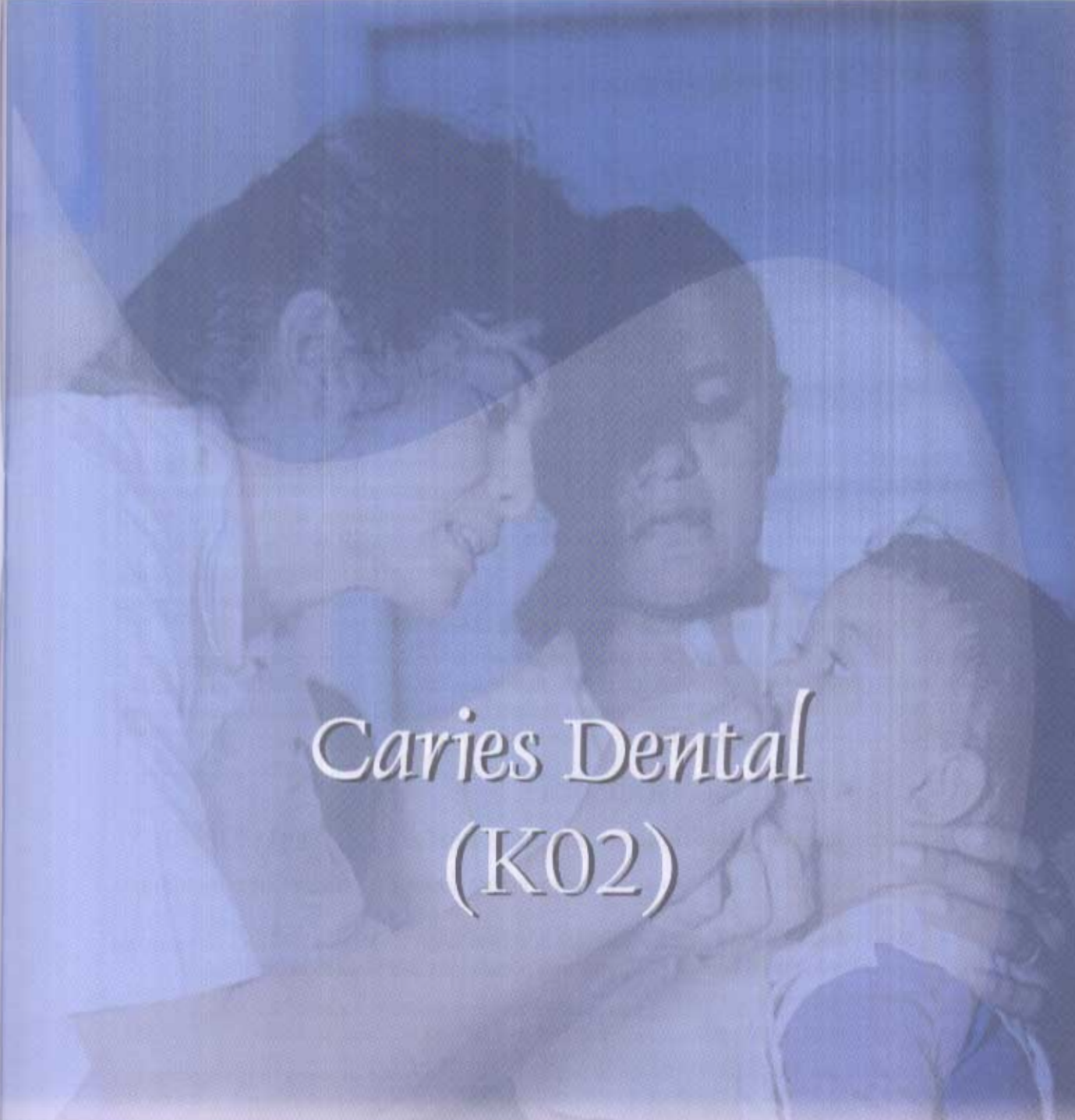
INTRODUCCIÓN

Como parte del proceso de construcción del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el Ministerio de Salud busca desarrollar cuidados esenciales a través del denominado paquete de atención integral. Complementariamente a esta actividad se ve necesario la elaboración de guías de atención clínica de aplicación a las diferentes etapas de vida. Estas normativas buscan promover una mejor práctica clínica, lo que se reflejara en mejores resultados en la calidad de la salud de la población.

Entre los daños de mayor frecuencia relacionados a la salud de la población peruana, se encuentran los desarrollados en el sistema estomatognático, siendo los de mayor prevalencia la caries dental, la enfermedad gingival y periodontal, así como las maloclusiones, requiriendo para su resolución, un importante número de actividades odontológicas de diversa complejidad. A esto se suma que el cambio dinámico de los conceptos sobre la manera de abordar estos daños, así como el desarrollo de nuevas técnicas en el campo odontológico, hace necesario establecer guías en el sector salud que estandaricen dichos procedimientos, teniendo en cuenta los diferentes niveles de atención establecidos, así como las formas de atención (ambulatoria, emergencia, hospitalaria y domiciliaria).

La presente guía, describe el manejo de siete patologías bucales, las que se incluyen divididas en cuatro grupos: caries dental, enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales, gingivitis y enfermedades periodontales y otras enfermedades de los maxilares, según la clasificación del CIE-10. A su vez se consideran 16 tratamientos, desarrollados según las evidencias científicas vigentes. Cabe recalcar, que la aplicación de estos requieren el consentimiento de las personas a las que se someterá a los mismos. Es importante señalar que las competencias actuales del Cirujano-Dentista incluyen el manejo de otras patologías de mayor complejidad y amplitud.

A partir de esta primera normativa sectorial dirigida a la práctica estomatológica en el sector público como privado, se pretende facilitar la atención que ofrecen los cerca de 17,500 Cirujanos-Dentistas que laboran en el país, estableciendo diversas respuestas en función de las competencias y equipamiento del cual disponen.



Caries Dental (K02)



Guía de Prácticas Clínicas Estomatológicas

CARIES DENTAL - K02

I. NOMBRE Y CÓDIGO - CIE 10: CARIES DENTAL - K02

II. DEFINICIÓN

La caries es una enfermedad infecciosa y transmisible que se caracteriza por la desintegración progresiva de los tejidos calcificados de los dientes en los que produce lesiones cariosas por la desmineralización de la porción mineral y disgregación de la orgánica, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta.

La prevalencia alcanza el 90% de la población, pudiendo aparecer en los niños y los adultos jóvenes, pero pueden afectar a cualquier persona. Se estima que a los 12 años de edad, un niño puede presentar entre cinco y seis piezas comprometidas en el país.

Es una enfermedad infectocontagiosa de etiología multifactorial, cuya aparición y progresión se fundamenta en las características o interrelaciones de los llamados factores básicos primarios o principales: dieta huésped y microorganismos cuya interacción es indispensable a través del tiempo para que se produzca la enfermedad.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Se consideran indispensables o necesarios pero no son suficientes

- ✓ Mal nutrición por dieta cariogénica (ingesta frecuente, exceso de carbohidratos fermentables)
- ✓ Piezas dentarias cuya anatomía facilita la acumulación de placa o dificulta su retiro, así como la edad del diente (a más joven, más permeable y por lo tanto más sensible)
- ✓ Microorganismos cariogénicos
- ✓ Flujo salival disminuido

Considerando que los factores etiológicos modulares contribuyen e influyen en el surgimiento y evolución de la lesión, se reconoce a estos como factores de riesgo secundarios, pues no son causantes, pero si acentúan el riesgo de caries.

- ✓ Tiempo
- ✓ Edad del paciente, que influye sobretudo según el tejido comprometido, más joven más vulnerable el tejido adamantino, adulto mayor, más vulnerable el cemento radicular
- ✓ Medicamentos para ciertas enfermedades que disminuyen el flujo salival.
- ✓ Disminución de defensas del organismo
- ✓ Ausencia de fluoruros en la dieta o en contacto con las piezas dentarias
- ✓ Grado de instrucción del paciente o de la madre en el caso de los niños.
- ✓ Nivel socioeconómico
- ✓ Experiencia pasada de caries

MEDICAMENTOS QUE PRODUCEN XEROSTOMIA¹

TIPO	SUSTANCIA	NOMBRE COMERCIAL Y LABORATORIO
Analgésicos	Piroxican	Feldene (Pfizer) Atidem (Abee Bristol-Myers Squibb)
Anoréxicos	Anfetamina No anfetamina	
Antiartríticos	Piroxican	Feldene (Pfizer)
Anticolinérgicos, antiespasmódicos	Sulfato de atropina Bromuro de clonidina	Lomotil (Pharmacia) Librax (Roche)
Antihistamínicos	Difenhidramina clorhidrato Maleato de clorfeniramina	Benadryl Allergy (Pfizer) Cheracol (Pfizer) Sinutab (Pfizer)
Antiparkinsonianos	Biperideno clorhidrato	Akineton (Knoll)
Antipsicóticos	Diclorhidrato de trifluoperazina	Stelazine (Glaxo smith kline)
Diuréticos	Clortalidona Furosemida	Tenoretic (Astra Zeneca) Laxis (aventis Pharma)
Agentes psicoterapéuticos	Alprazolam Diazepam	Xanax (Pharmacia) Alpa (Farmindustria) Valium (Roche) Vazen (Farmindustria)
Antidiarreicos	Hidrocloruro de difenoxilato y atropina	Lomotil (Pharmacia)

IV. CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

I. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Inspección visual: Sobre diente limpio y seco usando luz adecuada.

Según su ubicación:

- En fosas y fisuras:** en estadios iniciales es imperceptible clínicamente, a veces se logra observar opacidad alrededor de la fisura con socavado o desmineralización del esmalte, pérdida de brillo y ligera porosidad, no se debe usar explorador.
- En caras proximales:** Observable clínicamente cuando la lesión es amplia, usualmente es insuficiente la evaluación clínica en lesiones pequeñas que no han comprometido la superficie oclusal, debido a que el diente contiguo no permite visualizar la lesión, para observarla se separan los dientes mediante el uso de cuñas (separación inmediata) o bandas elásticas de ortodoncia que requieren 1, 3 ó 7 días de permanencia en boca, los exámenes radiográficos suelen ser muy útiles aunque en casos dudosos se requiere la separación.
- En caras libres:** Usualmente basta el examen visual incluso en el caso de la mancha blanca que es la primera alteración clínica visible, generalmente se observa de forma oval, de límites definidos, opaca, rugosa, de apariencia tizosa y próxima a placa blanda.
- En superficies radiculares:** Generalmente requiere métodos visual y táctil con previa eliminación exhaustiva de cálculo dental y placa blanda, una lesión activa puede ser cavitada o no, con apariencia oscura, desteñida y superficie reblandecida a la exploración táctil (explorador).

2. CRITERIOS DE SEVERIDAD

De la enfermedad:

- ✓ Presencia de lesiones cariosas múltiples.
- ✓ Experiencia de caries

De la lesión:

- ✓ Por la naturaleza dinámica de las lesiones cariosas se requiere precisar si la lesión se encuentra activa (reblandecida y mate) o detenida (dura y brillante).
- ✓ Y por su profundidad, los tejidos comprometidos y su cercanía a la cámara pulpar.

3. SIGNOS DE ALARMA

- ✓ Cambio de coloración en el esmalte
- ✓ Una solución de continuidad en el esmalte o adyacente a una obturación dental
- ✓ El fondo de la cavidad es blanda
- ✓ La lesión que esta progresando rápidamente es usualmente de color más claro que la que progresa lentamente que usualmente es más oscura, dura y brillante.

4. COMPLICACIONES

- ✓ Amplia pérdida de estructura dentaria
- ✓ Compromiso pulpar
- ✓ Fractura subgingival de pieza dentaria

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ✓ Hipoplasia del esmalte
- ✓ Amelogenesis Imperfecta
- ✓ Dentinogenesis imperfecta
- ✓ Pigmentación dentaria
- ✓ Fluorosis dental
- ✓ Abfracción
- ✓ Erosión
- ✓ Abrasión
- ✓ Atrición

V. EXÁMENES AUXILIARES

- ✓ Radiografía intraoral de mordida

VI. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. PLAN DE TRABAJO:

Para la caries dental se desarrollará el siguiente manejo y tratamiento,

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
I - 1 I - 2 I - 3	Cirujano Dentista	Caries dental	Ambulatoria	Fluor terapia Sellante terapéutico Obturación con amalgama dental. Obturación con resina Obturación con ionómero de vidrio.
			Emergencia	_____
			Hospitalización	_____
			Domiciliaria	Fluor terapia Obturación con ionómero de vidrio (PRAT).
I - 4 II - 1 II - 2 III - 1 III - 2	Cirujano Dentista	Caries dental	Ambulatoria	Fluor terapia Sellante terapéutico Obturación con amalgama dental. Obturación con resina Obturación con ionómero de vidrio.
			Emergencia	_____
			Hospitalización	Fluor terapia Sellante terapéutico Obturación con amalgama dental Obturación con resina Obturación con ionómero de vidrio.
			Domiciliaria	Fluor terapia Obturación con ionómero de vidrio (PRAT).

2. PROCEDIMIENTOS

Se describen a continuación los tratamientos o procedimientos de acuerdo al grado de complejidad:

2.1. FLÚOR TERAPIA

A todo paciente se le indicará el uso de pasta dental fluorada

A. Lesiones incipientes en caras libres (Mancha blanca sin compromiso estético)

- ✓ Enjuagatorios diarios de solución fluorada al 0.05% por las noches por seis meses.
Control a los seis meses y aplicación de FFA al 1.23% en gel

B. Lesiones incipientes en caras proximales

- a. Visible al momento de eliminar una lesión proximal adyacente, pero no detectable radiográficamente.
- ✓ Enjuagatorios diarios de solución fluorada al 0.05% por las noches por seis meses.
Control a los seis meses y aplicación de FFA al 1.23% en gel. NO APLICAR GEL, NI LIJAR

b. Detectable radiográficamente hasta el tercio externo del esmalte (en pacientes en los cuales se puede hacer controles periódicos).

✓ Enjuagatorios diarios de solución fluorada al 0.05% por las noches por seis meses.
Control a los seis meses y aplicación de FFA al 1.23% en gel

c. En pacientes en los cuales no se puede hacer controles periódicos

✓ Realizar obturación convencional

2.2. SELLANTE TERAPÉUTICO

Se aplicará en lesiones cariosas incipientes en fosas y fisuras (sin compromiso de la dentina). Cuando no existen indicios de actividad de caries, en algún otro sector de la boca se aplicará un sellante terapéutico no invasivo. Pero si existiera actividad de caries en otro sector de la boca será un sellante terapéutico invasivo.

A. Técnica no invasiva

a. Aislamiento absoluto

b. Limpieza de la pieza dentaria con agua utilizando la pieza de baja velocidad y una escobilla para profilaxis

c. Secar la superficie dental con un choro de aire

d. Acondicionamiento ácido

e. Lavar la superficie con abundante agua

f. Desecar la superficie

g. Aplicar el sellante directamente del frasco utilizando la punta aplicadora

h. Polimerizar

i. Comprobar con un explorador la integridad del material

j. Retirar el aislamiento

k. Verificar la oclusión con papel de articular y si existe sobre obturación desgastar los excesos con fresas para el pulido de resinas.

l. Pulir con caucho para resina

B. Técnica invasiva

a. Aislamiento absoluto

b. Limpieza de la pieza dentaria con agua utilizando la pieza de baja velocidad y una escobilla para profilaxis

c. Retirar la lesión de caries incipiente con la pieza de alta velocidad utilizando una punta de diamantada en forma de fisura

d. Secar la superficie dental con un choro de aire

e. Acondicionamiento ácido

f. Lavar la superficie con abundante agua

g. Desecar la superficie

h. Aplicar el sellante directamente del frasco utilizando la punta aplicadora

i. Polimerizar

j. Comprobar con un explorador la integridad del material

k. Retirar el aislamiento

l. Verificar la oclusión con papel de articular y si existe sobre obturación desgastar los excesos con fresas para el pulido de resinas.

m. Pulir con caucho para resina

2.3. OBTURACIÓN CON AMALGAMA DENTAL

Estas se realizarán siempre y cuando exista caries dental en piezas dentales posteriores, que comprometan hasta 2/3 en sentido buco-lingual de la corona, o una cúspide.

A. Obturación Amalgama (1 superficie):

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
- c. Preparación de la cavidad
- d. Aislamiento relativo
- e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
 - ✓ Cuando se realice exposición pulpar, durante el proceso operatorio (I, III, V)
 - ✓ Cavidad muy profunda sin exposición pulpar (II, III, V)
 - ✓ Cavidad profunda (III, V)
 - ✓ Cavidad moderada (IV, V)
 - ✓ Cavidad en esmalte (Contraindicado el uso de amalgama. Se debe optar por otra alternativa terapéutica - Resina, Ionómero, Sellante terapéutico, Flúor terapia)
 - I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo con agua destilada
 - II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable
 - III. Colocación de una base cavitaria
 - IV. Colocación de Liner o recubridor cavitario (opcional)
 - V. Colocación de Sistema Adhesivo (opcional)
- f. Colocación de la amalgama, triturado, acarreado alternado con atacado, bruñido previo, tallado y bruñido final
- g. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
- h. Acabado y pulido de la amalgama (después de 24 hrs.)

B. Obturación Amalgama (más de 1 superficie):

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
- c. Preparación de la cavidad
- d. Aislamiento relativo
- e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
 - ✓ Cuando se realice exposición pulpar, durante el proceso operatorio (I, III, V)
 - ✓ Cavidad muy profunda sin exposición pulpar (II, III, V)
 - ✓ Cavidad profunda (III, V)
 - ✓ Cavidad moderada (IV, V)
 - ✓ Cavidad en esmalte (Contraindicado el uso de amalgama. Se debe optar por otra alternativa terapéutica - Resina, Ionómero, Sellante terapéutico, Flúor terapia)
 - I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo con agua destilada
 - II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable
 - III. Colocación de una base cavitaria
 - IV. Colocación de Liner o recubridor cavitario (opcional)

f. Colocación de sistema de matriz y cuñas

V. Colocación de Sistema Adhesivo (opcional)

g. Colocación de la amalgama, triturado, acarreado alternado con atacado, bruñido previo, tallado y bruñido final

h. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente

i. Acabado y pulido de la amalgama (después de 24 hrs.)

2.4. OBTURACIÓN CON RESINA COMPUESTA

Estas se realizarán en piezas dentarias cariadas anteriores, en las cuales la cantidad de tejido dentario remanente coronal existente sea igual o mayor al área por restaurar. Para el caso de las posteriores, si el área comprometida alcanza hasta 2/3 en sentido buco-lingual o una cúspide.

A. Obturación de Resina (1 superficie)

a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso

b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta

c. Preparación de la cavidad

d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)

e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:

✓ Cuando se realice exposición pulpar, durante el proceso operatorio (I, III, V)

✓ Cavidad muy profunda sin exposición pulpar (II, III, V)

✓ Cavidad profunda (III, V)

✓ Cavidad moderada (IV, V)

✓ Cavidad en esmalte (V)

I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo con agua destilada

II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable

III. Colocación de una base cavitaria

IV. Colocación de Liner o recubridor cavitario (opcional)

V. Colocación de Sistema Adhesivo

• Grabado ácido

• Lavar con abundante agua

• Secar con torundas de algodón o aire, pero no resecar

• Aplicación del adhesivo y fotopolimerización si fuera el caso

f. Colocación de la resina total (autocurado) o por la técnica incremental (2 mm de espesor por capa) y fotopolimerizado por cada incremento, hasta rellenar toda la cavidad.

g. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente

h. Acabado y pulido

B. Obturación de Resina (más de 1 superficie)

a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso

b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta

c. Preparación de la cavidad

d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)

- e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
 - ✓ Cuando se realice exposición pulpar, durante el proceso operatorio (I, III, V)
 - ✓ Cavity muy profunda sin exposición pulpar (II, III, V)
 - ✓ Cavity profunda (III, V)
 - ✓ Cavity moderada (IV, V)
 - ✓ Cavity en esmalte (V)
 - I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo
 - II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable
 - III. Colocación de una base cavitaria
 - IV. Colocación de Liner o recubridor cavitario (opcional)
- f. Colocación de matriz y cuñas en piezas anteriores o posteriores. Colocación de matriz de celuloide y cuñas en piezas anteriores
- V. Colocación de Sistema Adhesivo
 - Grabado ácido
 - Lavar con abundante agua
 - Secar con torundas de algodón o aire, pero no reseca
 - Aplicación del adhesivo y fotopolimerización si fuera el caso
- g. Colocación de la resina total (autocurado) o por la técnica incremental (2 mm de espesor por capa) y fotopolimerizado por cada incremento, hasta rellenar toda la cavidad.
- h. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
- i. Acabado y pulido

2.5. OBTURACIÓN CON IONÓMERO DE VIDRIO MODIFICADO CON RESINA

Recibirán este tratamiento las piezas dentarias deciduas o permanentes jóvenes, que comprometan hasta 2/3 en sentido buco-lingual, o una cúspide.

A. Obturación con Ionómero de Vidrio (1 superficie)

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
- c. Preparación de la cavidad
- d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
- e. Los materiales dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
 - ✓ Colocación de Hidróxido de calcio en polvo (cuando se observe exposición pulpar)
 - ✓ Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable (cavity muy profunda sin exposición pulpar)
- f. Colocación del ionómero (foto o autocurado)
- g. Fotopolimerizar si fuera el caso según indicaciones del fabricante
- h. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
- i. Acabado y pulido

B^a Obturación con Ionómero de Vidrio (más de 1 superficie)

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
- c. Preparación de la cavidad
- d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
- e. Los materiales dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
 - ✓ Colocación de Hidróxido de calcio en polvo (cuando se observe exposición pulpar)
 - ✓ Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable (cavidad muy profunda sin exposición pulpar)
- f. Colocación de sistema de matriz y cuñas
- g. Colocación del ionómero (foto o autocurado)
- h. Fotopolimerizar si fuera el caso según indicaciones del fabricante
- i. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
- j. Acabado y pulido

2.6. OBTURACIÓN CON IONÓMERO DE VIDRIO AUTOCURADO (PRAT o ART)

La aplicación de ionómero de vidrio mediante la Práctica de Restauración Atraumática (PRAT), es una actividad restaurativa con instrumentos manuales basada en el principio de terapia de obturación de Intervención Mínima y que se adecua como una alternativa en poblaciones que no cuentan con equipo odontológico convencional.

Bajo la perspectiva de la salud pública, esta práctica es orientada principalmente a restaurar primeras molares permanentes de niños entre 6 y 9 años, pudiéndose aplicar a otras piezas dentarias posteriores, de diferentes grupos etáreos, cuando las condiciones lo ameriten.

Solo podrán ser restauradas piezas dentarias con caries de esmalte y dentina, que no presenten compromiso pulpar, ni evidencias de pulpitis irreversible. En los casos de pulpitis reversibles con antecedentes de odontalgias y amplias cavidades, se sugiere realizar la restauración solo si se puede controlar al paciente posteriormente.

- a. Si la cavidad es pequeña, realizar la apertura con el instrumento manual diamante.
- b. Terminar de alisar las paredes de esmalte de la cavidad con el Hatchet.
- c. Eliminación de la dentina blanda de la unión del esmalte-dentina mediante el uso de curetas pequeñas.
- d. Terminar la eliminación del tejido cariado, extrayendo la dentina blanda del piso de la cavidad con una cureta grande.
- e. Lavado de la cavidad con torundas de agua.
- f. Secado de la cavidad con torundas secas.
- g. Aislamiento relativo.
- h. Colocación de protección pulpar solo si lo amerita.
- i. Colocación del acondicionador a la cavidad.
- j. Lavado de la cavidad con torundas de agua.
- k. Aislamiento relativo.
- l. Secado de la cavidad con torundas secas.
- m. Preparación y aplicación del ionómero de vidrio en la cavidad.



- n. Realizar la digito presión (dedo índice con vaselina) del material
- o. Deslizar el dedo a lo largo de los surcos para desplazar el material excedente
- p. Verificar la oclusión con papel de articular
- q. Retirar el exceso del ionómero con el tallador.

3. TIPOS DE TRATAMIENTOS:

	CONVENCIONAL ¹	ALTERNATIVO ¹	COADYUVANTE ¹
Caries dental	Fluor terapia Sellante terapéutico Obturación con Amalgama, Resina o Ionómero	Obturación de Ionómero de vidrio (PRAT)	

4. EDUCACIÓN SANITARIA

4.1. IEC

Estas deberán incluir la descripción de la caries dental, las cuales permitan a los pacientes identificar dicho daño y poder prevenirla. Adicionalmente el paciente deberá conocer el establecimiento de salud en capacidad de resolver dicho daño.

4.2. CONSEJERÍA INTEGRAL

Adicionalmente se debe aconsejar sobre: a) Dieta y salud bucal, recalcando la importancia del consumo de sal fluorada para la prevención de caries dental e b) Higiene bucal mediante el uso de cepillos y cremas fluoradas y c) Visita a servicios odontológicos anualmente con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos.

5. CRITERIOS DE ALTA:

Tratamiento Integral de las lesiones cariosas.

VII. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Referencia: a niveles antes señalados.

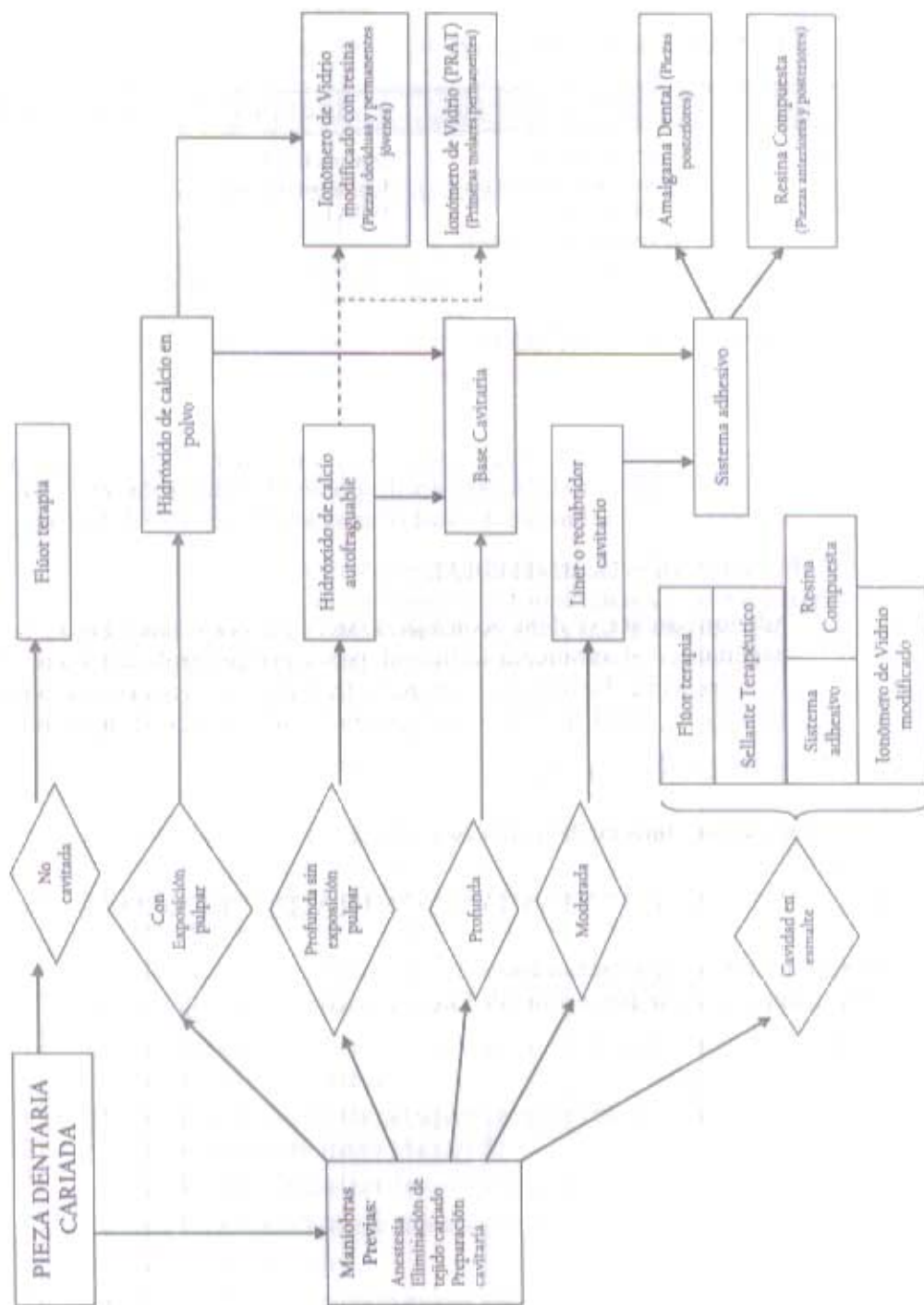
Contrarreferencia a Establecimiento de Salud de origen.

¹ Actividades terapéuticas generales y básicas que resuelven el daño de manera general y responden a la mayoría de necesidades de tratamiento.

² Actividades terapéuticas alternativas que responden en aquellas situaciones terapéuticas que no pudieran resolverse por el tratamiento convencional.

³ Actividades terapéuticas complementarias al tratamiento convencional.

VIII. FLUXOGRAMA



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albers, H. ADEPT Report. Resin polymerization 2000; 6(3): 1-16
2. Anderson MH. Current concepts of dental caries and its prevention. Oper Dent 2001; 26(suppl6): 11-18
3. Barrancos Mooney J. Operatoria Dental, arte y ciencia. Tercera edición. Ed. Medica Panamericana: Buenos Aires, 1999
4. Barnes D.M. et al. Flow characteristics and sealing ability of fissure sealants. Operative Dentsitry 2000; 25:306-10.
5. Baratieri L. y col. Operatoria dental procedimientos preventivos y restaurativos. 2ª edición, Brasil. Quintessence Editora Ltda. 1993.
6. Barrios MG. Odontología: su fundamento biológico. 1ª ed. Bogota; Iatros; 1991
7. Bordon N. Uso racional de fluoruros en la prevención de caries. Mecanismos de acción de los fluoruros en el proceso de caries. Marzo 1998.
8. Freitas SFT. Historia social da carie dentaria. 1ª ed. Bauru: EDUSC; 2001
9. Frencken JE. Holmgren CJ. Practica de Restauración Atraumática (PRAT) para la caries dental. LAS ITS, 1999; pag. 36-51
10. Higashida B. Odontología preventiva. 1ª ed. México D. F.: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000
11. Moynihan P. Lingstrom P, Rugg-Gunn AJ, Birkhed D. The role of dietary control. En: Fejerskov O, Kidd E. Dental Caries: The disease and its clinical management. 1a ed. Copenhagen; Blackwell Munksgaard; 2003. p. 223-44
12. Mjor IA, and Goirdan VV. A review of Atraumatic Restorative Treatment (ART) Int Dent J 1999; 49:127-31
13. Nagem Filho H. Resinas Compostas. Bauru, Prod. Artes Graficas. 2000
14. Riete P. Atlas de Profilaxis de la caries y tratamiento conservador. Barcelona. Salvat. 1990
15. Schuler CF. Inherited risks for susceptibility to dental caries. J Dt Educ 2001;65(10):1038-45
16. Urzua I, Stanke F. Nuevas estrategias en Cariología: factores de riesgo y tratamiento. 1ª ed. Santiago de Chile: Ed. Universidad de Chile; 2000
17. Mount G, Hume W.R. Conservación y restauración de la estructura dental. Harcourt Bryce. México, 1997
18. Tillis T. et al. Occlusal discrepancies after sealant therapy The Journal of prosthetic dentistry. Agosto 1992; 65(2): 223-8
19. Winston A, Bjaskar S. Prevención de la caries en el siglo XXI. JADA, 2 (2) marzo-abril 1999

Enfermedades de
la Pulpa y de los
Tejidos Periapicales
(K04)



PULPITIS - K04.0

I. NOMBRE Y CÓDIGO - CIE 10: PULPITIS - K04.0

II. DEFINICIÓN

Es la inflamación del tejido pulpar de la pieza dentaria de característica reversible e irreversible. Según reportes del MINSA esta patología se presenta entre el 12% y 13% del total de atenciones de consulta ambulatoria.

Lesiones cariosas con compromiso pulpar directo o indirecto son las principales causas de aparición de esta patología, pudiendo deberse también a traumas de la pieza dentaria o fracturas coronales que comprometen la pulpa dentaria.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- ✓ Caries recidivantes en Restauración desbordante o en mal estado
- ✓ Trauma de oclusión
- ✓ Traumatismo dental
- ✓ Refrigeración deficiente
- ✓ Uso inadecuado del ácido grabador en la hibridización

IV. CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Las pulpitis dentales pueden dividirse en:

A. Pulpitis reversible

Esta se caracteriza por la presencia de dolor de la pieza dentaria a los cambios térmicos que desaparecen después de retirar el estímulo.

B. Pulpitis irreversible

En este caso la sintomatología dolorosa como respuesta a los cambios térmicos, se mantienen después de retirado el estímulo. Siendo frecuentemente el dolor espontáneo.

2. CRITERIOS DE SEVERIDAD

Dolor espontáneo y dolor exacerbado a los cambios térmicos.

3. SIGNOS DE ALARMA

- ✓ Caries profunda
- ✓ Caries recidivante
- ✓ Fractura coronaria

4. COMPLICACIONES

- ✓ Pulpitis irreversible
- ✓ Necrosis pulpar
- ✓ Infecciones derivadas de la pulpa

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ✓ Pulpitis reversible
- ✓ Pulpitis irreversible

V. EXÁMENES AUXILIARES

- ✓ Radiografías periapicales,
- ✓ Test de vitalidad pulpar

VI. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. PLAN DE TRABAJO

De acuerdo a la complejidad del daño diagnosticado (Pulpitis Reversible e Irreversible) se desarrollará el siguiente manejo y tratamiento.

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
1-1 1-2 1-3	Cirujano Dentista	• Pulpitis reversible	Ambulatoria	• Protección pulpar y • Obturación con amalgama dental, • Obturación con resina, • Obturación con ionómero de vidrio.
			Emergencia	_____
			Hospitalización	_____
		• Pulpitis irreversible	Domiciliaria	• Protección pulpar y • Obturación simple con ionómero de vidrio (PRAT).
			Ambulatoria	• Apertura cameral • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Exodoncia simple
			Emergencia	_____
			Hospitalización	_____
			Domiciliaria	• Prescripción analgésica y referencia a establecimiento que realice tratamiento de endodoncia • Exodoncia simple

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
I - 4 II - 1 II - 2	Cirujano Dentista	• Pulpitis reversible	Ambulatoria	• Protección pulpar y • Obturación con amalgama dental, • Obturación con resina, • Obturación con ionómero de vidrio
			Emergencia	
			Hospitalización	• Protección pulpar y • Obturación con amalgama dental, • Obturación con resina, • Obturación con ionómero de vidrio
			Domiciliaria	• Protección pulpar y • Obturación simple con ionómero de vidrio (PRAT)
		• Pulpitis irreversible	Ambulatoria	• Apertura cameral • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Exodoncia simple
			Emergencia	• Apertura cameral • Exodoncia simple
			Hospitalización	• Apertura cameral • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Exodoncia simple
			Domiciliaria	• Prescripción analgésica y referencia a establecimiento que realice tratamiento de endodoncia • Exodoncia simple
III - 1 III - 2	• Cirujano Dentista • Cirujano Dentista - Especialista	• Pulpitis reversible	Ambulatoria	• Protección pulpar y • Obturación con amalgama dental, • Obturación con resina, • Obturación con ionómero de vidrio
			Emergencia	
			Hospitalización	• Protección pulpar y • Obturación con amalgama dental, • Obturación con resina, • Obturación con ionómero de vidrio
			Domiciliaria	• Obturación simple con ionómero de vidrio (PRAT)
		• Pulpitis irreversible	Ambulatoria	• Endodoncia • Exodoncia
			Emergencia	• Apertura cameral • Exodoncia
			Hospitalización	• Endodoncia • Exodoncia
			Domiciliaria	• Prescripción analgésica y referencia a establecimiento que realice tratamiento de endodoncia • Exodoncia simple

2. PROCEDIMIENTOS

Se describen a continuación los tratamientos o procedimientos que de acuerdo al grado de complejidad se realizarán:

2.1. OBTURACIÓN CON AMALGAMA DENTAL

Estas se realizarán siempre y cuando exista caries dental en piezas dentales posteriores, que comprometan hasta 2/3 en sentido buco-lingual de la corona, o una cúspide.

A. Obturación Amalgama (1 superficie):

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
- c. Preparación de la cavidad
- d. Aislamiento relativo
- e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
 - ✓ Cuando se realice exposición pulpar, durante el proceso operatorio (I, III, V)
 - ✓ Cavidad muy profunda sin exposición pulpar (II, III, V)
 - ✓ Cavidad profunda (III, V)
 - ✓ Cavidad moderada (IV, V)
 - ✓ Cavidad en esmalte (Contraindicado el uso de amalgama. Se debe optar por otra alternativa terapéutica - Resina, Ionómero, Sellante terapéutico, Flúor terapia)
 - I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo con agua destilada
 - II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable
 - III. Colocación de una base cavitaria
 - IV. Colocación de Liner o recubridor cavitario (opcional)
 - V. Colocación de Sistema Adhesivo (opcional)
- f. Colocación de la amalgama, triturado, acarreado alternado con atacado, bruñido previo, tallado y bruñido final
- g. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
- h. Acabado y pulido de la amalgama (después de 24 hrs.)

B. Obturación Amalgama (más de 1 superficie):

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
- c. Preparación de la cavidad
- d. Aislamiento relativo
- e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa
 - ✓ Cuando se realice exposición pulpar, durante el proceso operatorio (I, III, V)
 - ✓ Cavidad muy profunda sin exposición pulpar (II, III, V)
 - ✓ Cavidad profunda (III, V)
 - ✓ Cavidad moderada (IV, V)

- ✓ Cavidad en esmalte (Contraindicado el uso de amalgama. Se debe optar por otra alternativa terapéutica - Resina, Ionómero, Sellante terapéutico, Flúor terapia)
 - I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo con agua destilada
 - II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable
 - III. Colocación de una base cavitaria
 - IV. Colocación de Liner o recubridor cavitario (opcional)
- f. Colocación de sistema de matriz y cuñas
 - V. Colocación de Sistema Adhesivo (opcional)
- g. Colocación de la amalgama, triturado, acarreado alternado con atacado, bruñido previo, tallado y bruñido final
- h. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
- i. Acabado y pulido de la amalgama (después de 24 hrs.)

2.2. OBTURACIÓN CON RESINA COMPUESTA

Estas se realizarán en piezas dentarias cariadas anteriores, en las cuales la cantidad de tejido dentario remanente coronal existente sea igual o mayor al área por restaurar. Para el caso de las posteriores, si el área comprometida alcanza hasta 2/3 en sentido buco-lingual o una cúspide.

A. Obturación de Resina (1 superficie)

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
- c. Preparación de la cavidad
- d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
- e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
 - ✓ Cuando se realice exposición pulpar, durante el proceso operatorio (I, III, V)
 - ✓ Cavidad muy profunda sin exposición pulpar (II, III, V)
 - ✓ Cavidad profunda (III, V)
 - ✓ Cavidad moderada (IV, V)
 - ✓ Cavidad en esmalte (V)
 - I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo con agua destilada
 - II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable
 - III. Colocación de una base cavitaria
 - IV. Colocación de Liner o recubridor cavitario (opcional)
 - V. Colocación de Sistema Adhesivo
 - Grabado ácido
 - Lavar con abundante agua
 - Secar con torundas de algodón o aire, pero no resecar
 - Aplicación del adhesivo y fotopolimerización si fuera el caso
- f. Colocación de la resina total (autocurado) o por la técnica incremental (2 mm de espesor por capa) y fotopolimerizado por cada incremento, hasta rellenar toda la cavidad

- g. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
- h. Acabado y pulido

B. Obturación de Resina (más de 1 superficie)

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
- c. Preparación de la cavidad
- d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
- e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
 - ✓ Cuando se realice exposición pulpar, durante el proceso operatorio (I, III, V)
 - ✓ Cavidad muy profunda sin exposición pulpar (II, III, V)
 - ✓ Cavidad profunda (III, V)
 - ✓ Cavidad moderada (IV, V)
 - ✓ Cavidad en esmalte (V)
- I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo
- II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable
- III. Colocación de una base cavitaria
- IV. Colocación de Liner o recubridor cavitario (opcional)
- f. Colocación de matriz y cuñas en piezas anteriores o posteriores. Colocación de matriz de celuloide y cuñas en piezas anteriores
- V. Colocación de Sistema Adhesivo
 - Grabado ácido
 - Lavar con abundante agua
 - Secar con torundas de algodón o aire, pero no reseca
 - Aplicación del adhesivo y fotopolimerización si fuera el caso
- g. Colocación de la resina total (autocurado) o por la técnica incremental (2 mm de espesor por capa) y fotopolimerizado por cada incremento, hasta rellenar toda la cavidad.
- h. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
- i. Acabado y pulido

2.3. OBTURACIÓN CON IONÓMERO DE VIDRIO MODIFICADO CON RESINA

Recibirán este tratamiento las piezas dentarias deciduas o permanentes jóvenes, que comprometan hasta 2/3 en sentido buco-lingual, o una cúspide.

A. Obturación con Ionómero de Vidrio (1 superficie)

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
- c. Preparación de la cavidad
- d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
- e. Los materiales dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:

- ✓ Colocación de Hidróxido de calcio en polvo (cuando se observe exposición pulpar)
- ✓ Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable (cavidad muy profunda sin exposición pulpar)
- f. Colocación del ionómero (foto o autocurado)
- g. Fotopolimerizar si fuera el caso según indicaciones del fabricante
- h. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
- i. Acabado y pulido

B. Obturación con Ionómero de Vidrio (más de 1 superficie)

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
- c. Preparación de la cavidad
- d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
- e. Los materiales dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa.
 - ✓ Colocación de Hidróxido de calcio en polvo (cuando se observe exposición pulpar)
 - ✓ Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable (cavidad muy profunda sin exposición pulpar)
- f. Colocación de sistema de matriz y cuñas
- g. Colocación del ionómero (foto o autocurado)
- h. Fotopolimerizar si fuera el caso según indicaciones del fabricante
- i. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
- j. Acabado y pulido

2.4. OBTURACIÓN CON IONÓMERO DE VIDRIO AUTOCURADO (PRAT o ART)

La aplicación de ionómero de vidrio mediante la Práctica de Restauración Atraumática (PRAT), es una actividad restaurativa con instrumentos manuales basada en el principio de de terapia de obturación de Intervención Mínima y que se adecua como una alternativa en poblaciones que no cuentan con equipo odontológico convencional

Bajo la perspectiva de la salud pública, esta práctica es orientada principalmente a restaurar primeras molares permanentes de niños entre 6 y 9 años, pudiéndose aplicar a otras piezas dentarias posteriores, de diferentes grupos etáreos, cuando las condiciones lo ameriten.

Solo podrán ser restauradas piezas dentarias con caries de esmalte y dentina, que no presenten compromiso pulpar, ni evidencias de pulpitis irreversible. En los casos de pulpitis reversibles con antecedentes de odontalgias y amplias cavidades, se sugiere realizar la restauración solo si se puede controlar al paciente posteriormente.

- a. Si la cavidad es pequeña, realizar la apertura con el instrumento manual diamante.
- b. Terminar de alisar las paredes de esmalte de la cavidad con el Hatchet
- c. Eliminación de la dentina blanda de la unión del esmalte-dentina mediante el uso de curetas pequeñas.
- d. Terminar la eliminación del tejido cariado, extrayendo la dentina blanda del piso de la cavidad con una cureta grande

- e. Lavado de la cavidad con torundas de agua.
- f. Secado de la cavidad con torundas secas.
- g. Aislamiento relativo
- h. Colocación de protección pulpar solo si lo amerita
- i. Colocación del acondicionar a la cavidad
- j. Lavado de la cavidad con torundas de agua.
- k. Aislamiento relativo
- l. Secado de la cavidad con torundas secas.
- m. Preparación y aplicación del ionómero de vidrio en la cavidad
- n. Realizar la digito presión (dedo índice con vaselina) del material
- o. Deslizar el dedo a lo largo de los surcos para desplazar el material excedente
- p. Verificar la oclusión con papel de articular
- q. Retirar el exceso del ionómero con el tallador.

2.5. APERTURA CAMERAL

Este procedimiento se realizará en piezas uni y multiradiculares, con pulpitis irreversible, como una medida de emergencia, refiriendo posteriormente al establecimiento respectivo para continuar con el tratamiento de endodoncia.

El proceso de realizará de la siguiente manera:

- a. Radiografía periapical de inicio, si se cuenta con el equipo e insumos
- b. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- c. Aislamiento del campo operatorio
- d. Apertura cameral.
- e. Exéresis del tejido pulpar en su totalidad
- f. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
- g. Secado con puntas o conos de papel.
- h. Obturación temporal.

2.6. ENDODONCIA UNIRADICULAR Y MULTIRADICULAR

El tratamiento de conducto (endodoncias), se realizarán en piezas uni y multiradiculares, las cuales para el caso de pulpitis irreversible (biopulpectomía) se procederá de la siguiente manera:

El tratamiento se podrá realizar en una ó más citas según criterio del profesional

- a. Radiografía periapical de inicio.
- b. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- c. Aislamiento absoluto del campo operatorio
- d. Apertura cameral.
- e. Exéresis del tejido pulpar en su totalidad.
- f. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
- g. Secado con puntas de papel.
- h. Conductometría (Rx.).
- i. Instrumentación con Escariadores y limas
- j. Lavado.

- k. Secado.
- l. Conometría (Rx.)
- m. Obturación del conducto según técnica de elección.
- n. Rx de control final
- o. Obturación temporal con Ionómero de vidrio

2.7. EXODONCIA SIMPLE

Las piezas dentarias permanentes o deciduas que presenten las siguientes características serán consideradas como de exodoncia simple.

- a. Piezas dentarias con lesiones pulpares y periodontales que constituyen un foco de infección, sin la posibilidad de recuperación o con imposibilidad de referencia.
- b. Piezas dentarias con incapacidad funcional (masticatoria, estética, fonética, propioceptiva) y de rehabilitación.
- c. Remanente radicular

Se excluyen los siguientes casos, los cuales son consideradas exodoncias complejas:

- a. Piezas dentarias con Hipercementosis
- b. Piezas dentarias con Anquilosis
- c. Piezas dentarias con Dilaceración radicular
- d. Piezas dentarias incluidas
- e. Pacientes inmunosuprimidos
- f. Pacientes con discrasias sanguíneas
- g. Pacientes con infección severa

El procedimiento de la exodoncia incluirá las siguientes partes

A. Pre-quirúrgicos

- a. Radiografía periapical si se cuenta con equipo de Rx
- b. Preparación pre operatorio si fuera necesario (medicamentoso).

B. Quirúrgico

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Técnica de extracción
 - ✓ Sindemostomía
 - ✓ Luxación
 - ✓ Apreensión
 - ✓ Avulsión
- c. Curetaje del alveolo y afrontación de tejidos
- d. Colocación de un apósito de gasa

C. Farmacológico

- a. Indicaciones del cuidado post operatorio
- b. Prescripción analgésica (Paracetamol, Diclofenaco o Ibuprofeno, otros)
- c. Prescripción antibiótica si fuera necesario, como mínimo por 5 días (Pencilinas o Clindamicinas)

3. TIPOS DE TRATAMIENTOS

	CONVENCIONAL ^a	ALTERNATIVO ^b	COADYUVANTE ^c
Pulpitis Reversible	Protección pulpar y Obturación simple o compuesta	Obturación de Ionómero de vidrio (PRAT)	
Pulpitis Irreversible	Endodoncia uniradicular o multiradicular	- Apertura cameral - Exodoncia	Prescripción analgésica

4. EDUCACIÓN SANITARIA

4.1. IEC

Estas deberán incluir aspectos sobre las características de la pulpitis dental, las cuales permitan a los pacientes identificar dicho daño y poder prevenir sus complicaciones. Adicionalmente el paciente deberá conocer el establecimiento de salud en capacidad de resolver dicho daño.

4.2. CONSEJERÍA INTEGRAL

Adicionalmente se debe aconsejar sobre: a) Dieta y salud bucal, recalcando la importancia del consumo de sal fluorada para la prevención de caries dental e b) Higiene bucal mediante el uso de cepillos y cremas fluoradas y c) Visita a servicios odontológicos anualmente con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos.

5. CRITERIOS DE ALTA

Se considerará el alta cuando se logre la eliminación del dolor, así como del proceso inflamatorio o séptico. Adicionalmente la pieza dentaria deberá presentar una restauración final, pudiendo incluir obturación, endodoncia y rehabilitación según sea el caso.

VII. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Referencia: a niveles antes señalados.

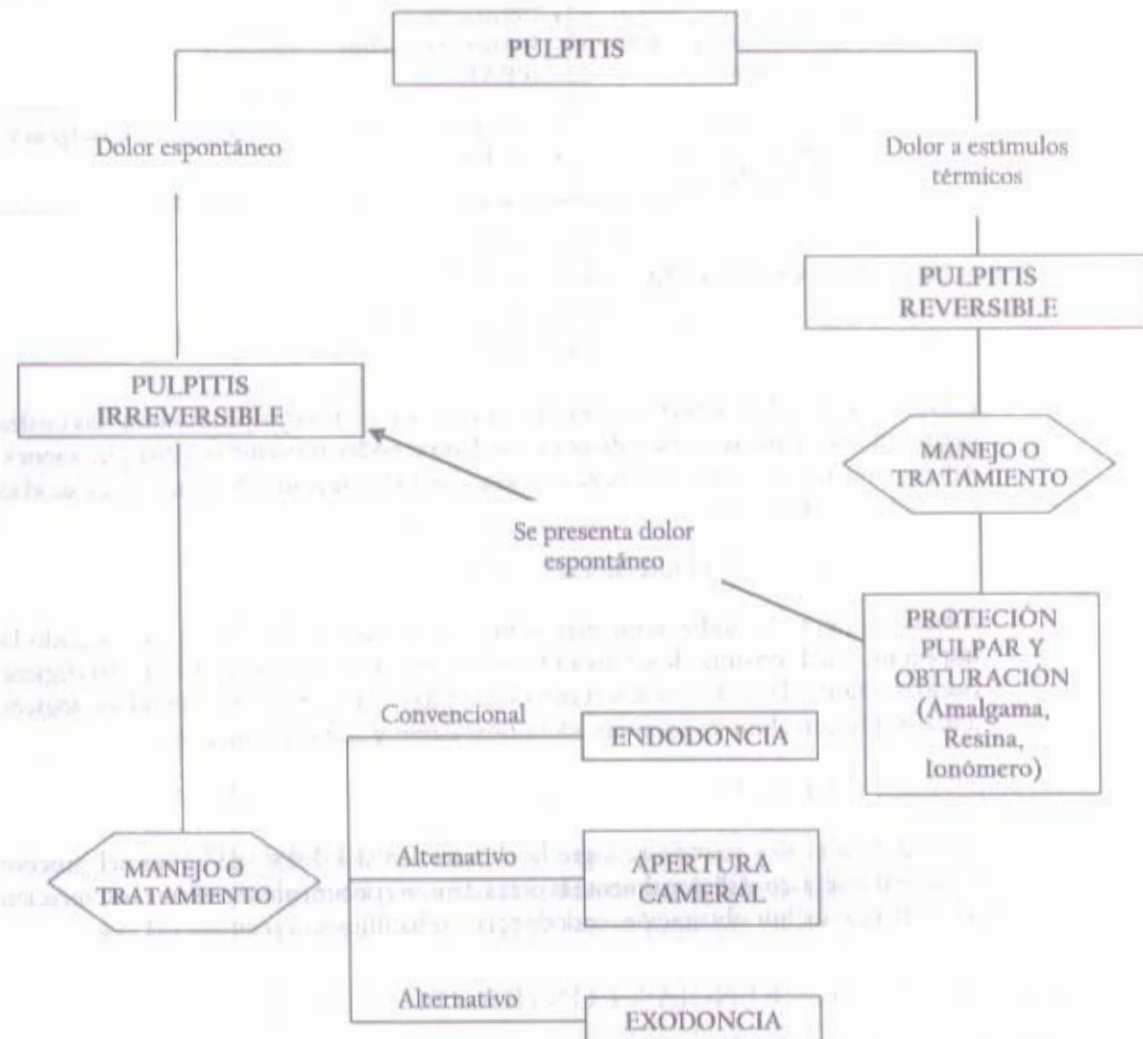
Contrarreferencia a Establecimiento de Salud de origen.

^a Actividades terapéuticas generales y básicas que resuelven el daño de manera general y responden a la mayoría de necesidades de tratamiento.

^b Actividades terapéuticas alternativas que responden en aquellas situaciones terapéuticas que no pudieran resolverse por el tratamiento convencional.

^c Actividades terapéuticas complementarias al tratamiento convencional.

VIII. FLUXOGRAMA



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andreasen JO; Andreasen FM. Lesiones Dentarias Traumáticas, Madrid. Ed Medica Panamericana S.A. 1990
2. Baratieri L. Operatoria Dental. Brasil Quintessence. 2da. Edición. 1993
3. Basrani, E. Endodoncia Integrada, Caracas. Actualidades Medico-odontológicas Latinoamericana C.A. 1999
4. Cooper S.A. Postgrad Dent 2:7, 1995
5. Cohen S, Burns R. Vías de la Pulpa, Madrid, 7ma Ed.; Pág. 581, 1999
6. Cohen S; Burns RC. Los caminos de la Pulpa, 5ª ed. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana, 1994.
7. De Deus, QD. Endodontia, 5ª. Ed. Rio de Janeiro. MEDSA, 1992.
8. Franklin Weine. Tratamiento Endodóncico 5ta. Ed, Madrid, pag. 212, 1997
9. Frencken Jo et.al Atraumatic Restorative Treatment Approach to Control Dental Caries- Manual WHO. Third Edit. Jan 1997.
10. Grossman, L.I. Terapéutica de los conductos radiculares, 4ta. Ed. Buenos Aires. Progentral, 1973.
11. Grossman, L.I. Práctica Endodoncia, 3ra ed. Interamericana, México, 1987.
12. Hola K. Diet and caries in high-risk groups in developed and developing countries. Diet nutrition and dental caries res. 24(1) 44-52. 1992
13. Ingle, Bakland, Tratamiento Endodóncico 5ta.ed.Hamilton, pag. 904, 2002
14. Ingle, JI; Tainter, JF Endodoncia, 3ra ed. Interamericana. México, 1987.
15. Jensen, J; Serene, TP; Sánchez, F. Fundamentos Clínicos de Endodoncia, Univ. Costa Rica, 1974.
16. Lasala, A. Endodoncia, 3ra ed. Barcelona, Salvat Ed. S.A., 1979
17. Leonardo, ML; Simoes, F. Endodoncia, Buenos Aires, Panamericana 1983
18. Mondragón, JD Endodoncia. México Interamericana S.A. 1995
19. Paiva, JG; Antoniazzi, JH. Endodontia, 2ª. Ed. Sao Paulo, Atheneu, 1979.
20. Preciado, V. Manual de Endodoncia, Gufa Clínica, México., Cuellar ediciones. 1975
21. Ratanasathein S; Hanks, CT. The effect of monomeric dental resin on odontoblastic functions in vivo. J Dent Res 79, Sp.1ss Abs:946,2000.
22. Seltzer, S; Bender, JB. The Dental Pulp, 2a. Ed., J.B Lippincott Company. Phyladelphia, 1975.
23. Sommer, R; Ostrander, FD; Crowley, MC. Endodoncia Clínica, Buenos Aires, Mundi, 1966
24. Troullus E., Freeman R, Dionne R.A.: Anesth Prog 33: 123,1986
25. Villena Hernán, Terapia Pulpar, Lima 1era Ed; 2001
26. Walton R y Torabinejad M, Endodoncia Principios y Práctica Clínica, México , 1era Ed. 1991
27. Walton, RE; Torabinejad, M. Principios y Práctica Clínica, México, Mac Graw Hill, 1991
28. Weine, FS. Terapéutica Endodontica, Buenos Aires, Mundi S.A., 1976
29. Weine, FS. Tratamiento Endodóncico, 5ª. Ed. Hartcourt Brace, Madrid, 1997

NECROSIS DE LA PULPA - K04.1

I. NOMBRE Y CÓDIGO - CIE 10: NECROSIS DE LA PULPA - K04.1

II. DEFINICIÓN

Es la muerte del tejido pulpar como secuela de la inflamación aguda, crónica o de una lesión traumática.

Los reportes de demanda de tratamiento en hospitales y servicios especializados señalan que la Necrosis Pulpar puede presentarse entre 30.8% y 64.6%.

A consecuencia de lesiones cariosas con compromiso pulpar directo o indirecto, pudiendo deberse también a traumas de la pieza dentaria ó fracturas coroneles que comprometen la pulpa dentaria.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- ✓ Caries con compromiso pulpar
- ✓ Traumatismo
- ✓ Restauración en mal estado

IV. CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Presencia de caries con aparente compromiso pulpar, evidencia de traumatismo oclusal o antecedentes de traumatismo dental. Posible decoloración de la corona. Respuesta negativa a las pruebas de vitalidad pulpar. Radiográficamente se puede observar que la cámara pulpar que presenta comunicación con la lesión cariosa (imagen radiolúcida).

2. CRITERIOS DE SEVERIDAD

- ✓ Absceso periapical

3. SIGNOS DE ALARMA

- ✓ Cambio de color de la pieza dentaria

4. COMPLICACIONES

- ✓ Patología periapical

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ✓ Ninguno

V. EXÁMENES AUXILIARES

- ✓ Radiografías periapicales,
- ✓ Test de vitalidad pulpar

VI. MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. PLAN DE TRABAJO

Para la necrosis pulpar se desarrollará el siguiente manejo y tratamiento.

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
I - 1 I - 2 I - 3	Cirujano Dentista	• Necrosis Pulpar	Ambulatoria	• Apertura cameral • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Exodoncia simple
			Emergencia	_____
			Hospitalización	_____
			Domiciliaria	• Referencia a establecimiento que realice tratamiento de endodoncia • Exodoncia simple
I - 4 II - 1 II - 2	Cirujano Dentista	• Necrosis Pulpar	Ambulatoria	• Apertura cameral • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Exodoncia simple
			Emergencia	• Apertura cameral • Exodoncia simple
			Hospitalización	• Apertura cameral • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Exodoncia simple
			Domiciliaria	• Referencia a establecimiento que realice tratamiento de endodoncia • Exodoncia simple
III - 1 III - 2	• Cirujano Dentista • Cirujano Dentista - Especialista	• Necrosis Pulpar	Ambulatoria	• Endodoncia • Exodoncia
			Emergencia	• Apertura cameral • Exodoncia simple
			Hospitalización	• Endodoncia • Exodoncia
			Domiciliaria	• Referencia a establecimiento que realice tratamiento de endodoncia • Exodoncia simple

2. PROCEDIMIENTOS.

Se describen a continuación los tratamientos o procedimientos que de acuerdo al grado de complejidad se realizarán:

2.1. APERTURA CAMERAL

Este procedimiento se realizará en piezas uni y multiradiculares, con pulpitis irreversible, como una medida de emergencia, refiriendo posteriormente al establecimiento respectivo para continuar con el tratamiento de endodoncia.

El proceso se realizará de la siguiente manera:

- a. Radiografía periapical de inicio, si se cuenta con el equipo e insumos
- b. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- c. Aislamiento del campo operatorio
- d. Apertura cameral.
- e. Exéresis del tejido pulpar residual
- f. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
- g. Secado con puntas o conos de papel.
- h. Obturación temporal.

2.2. ENDODONCIA UNIRADICULAR Y MULTIRADICULAR

El tratamiento de conducto (endodoncias), se realizarán en piezas uni y multiradiculares, las cuales para el caso de necrosis pulpar, se procederá de la siguiente manera:

Primera Sesión.

- a. Radiografía de inicio.
- b. Anestesia infiltrativa o troncular si el caso lo requiere
- c. Aislamiento absoluto del campo operatorio
- d. Apertura Cameral.
- e. Exéresis del tejido pulpar residual.
- f. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
- g. Secado con puntas o conos de papel.
- h. Conductometría (Rx).
- i. Instrumentación con Escariadores y limas.
- j. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
- k. Secados con puntas de papel.
- l. Colocar torundas de algodón embebido en solución bactericida
- m. Obturación temporal.

Segunda Sesión:

- a. Aislamiento absoluto del campo operatorio
- b. Retiro de la pasta de obturación temporal y algodón.
- c. Continuar con la instrumentación.
- d. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
- e. Secado con puntas o conos de papel.
- f. Colocar torundas de algodón embebido en solución bactericida
- g. Obturación temporal.

Tercera Sesión:

- a. Aislamiento absoluto del campo operatorio
- b. Retiro de la pasta de obturación temporal y algodón.

- c. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
- d. Secado con puntas o conos de papel.
- e. Conometría (Rx. con cono principal de gutapercha).
- f. Si el conducto no presenta secreción, dolor y olor, obturación del conducto según técnica de elección.
- g. Colocación de obturación temporal con ionómero.

Cuarta y Quinta sesión

- a. Solo en casos de persistir los signos y síntomas.
- b. Luego de la quinta sesión y si la pieza persistiera con signos y síntomas se realizará la evaluación para proceder a la exodoncia o apicectomía de la pieza tratada.

2.3. EXODONCIA SIMPLE

Las piezas dentarias permanentes o deciduas que presenten las siguientes características serán consideradas como de exodoncia simple.

- a. Piezas dentarias con lesiones pulpares y periodontales que constituyen un foco de infección, sin la posibilidad de recuperación o con imposibilidad de referencia.
- b. Piezas dentarias con incapacidad funcional (masticatoria, estética, fonética, propioceptiva) y de rehabilitación.
- c. Remanente radicular

Se excluyen los siguientes casos, los cuales son consideradas exodoncias complejas:

- a. Piezas dentarias con Hiper cementosis
- b. Piezas dentarias con Anquilosis
- c. Piezas dentarias con Dilaceración radicular
- d. Piezas dentarias incluidas
- e. Pacientes inmunosuprimidos
- f. Pacientes con discrasias sanguíneas
- g. Pacientes con infección severa

El procedimiento de la exodoncia incluirá las siguientes partes.

A. Pre-quirúrgicos

- a. Radiografía periapical si el caso lo amerita
- b. Preparación pre operatorio si fuera necesario (medicamentoso).

B. Quirúrgico

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Técnica de extracción
 - ✓ Sindemostomia
 - ✓ Luxación
 - ✓ Apreensión
 - ✓ Avulsión
- c. Curetaje del alveolo y afrontación de tejidos
- d. Colocación de un apósito de gasa

C. Farmacológico

- Indicaciones del cuidado post operatorio
- Prescripción analgésica (Paracetamol, Diclofenaco o Ibuprofeno)
- Prescripción antibiótica si fuera necesario, como mínimo por 5 días (Pencilinas o Clindamicinas)

3. TIPOS DE TRATAMIENTOS

	CONVENCIONAL ⁸	ALTERNATIVO ⁹	COADYUVANTE ¹⁰
Necrosis Pulpar	Endodoncia uniradicular o multiradicular	- Apertura cameral - Exodoncia	

4. EDUCACIÓN SANITARIA

4.1. IEC

Estas deberán incluir aspectos sobre las características de la necrosis pulpar, las cuales permitan a los pacientes identificar dicho daño y poder prevenir complicaciones de las mismas. Adicionalmente el paciente deberá conocer el establecimiento de salud en capacidad de resolver dicho daño.

4.2. CONSEJERÍA INTEGRAL

Adicionalmente se debe aconsejar sobre: a) Dieta y salud bucal, recalcando la importancia del consumo de sal fluorada para la prevención de caries dental e b) Higiene bucal mediante el uso de cepillos y cremas fluoradas y c) Visita a servicios odontológicos anualmente con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos.

5. CRITERIOS DE ALTA

Se considerará el alta cuando se logra eliminar el proceso séptico. Adicionalmente la pieza dentaria deberá presentar una restauración final, pudiendo incluir obturación, endodoncia y rehabilitación según sea el caso.

VII. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Referencia: a niveles antes señalados.

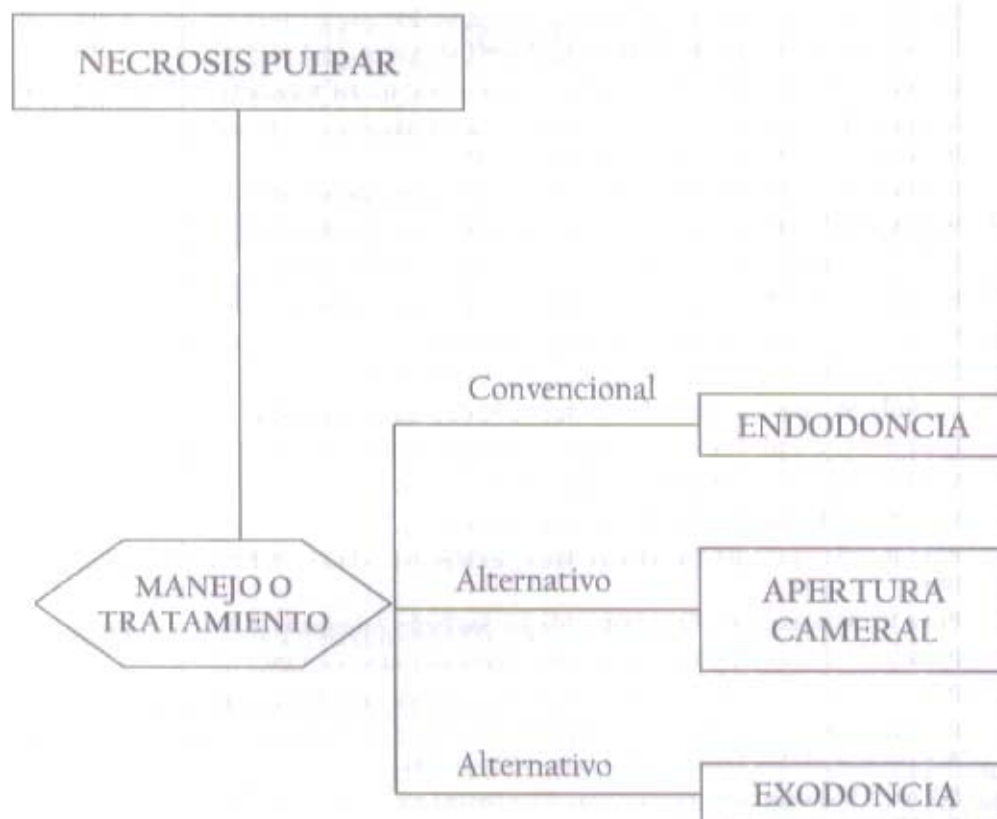
Contrarreferencia a Establecimiento de Salud de origen.

⁸ Actividades terapéuticas generales y básicas que resuelven el daño de manera general y responden a la mayoría de actividades de tratamiento

⁹ Actividades terapéuticas alternativas que responden en aquellas situaciones terapéuticas que no pudieran resolverse por el tratamiento convencional

¹⁰ Actividades terapéuticas complementarias al tratamiento convencional

VIII. FLUXOGRAMA



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basrani, E. Endodoncia Integrada, Caracas, Actualidades Médico-odontológicas Latinoamericana C.A. 1999
2. Cohen S, Burns RC. Los caminos de la Pulpa, 5ª ed. Buenos Aires. Ed. Medica Panamericana, 1994.
3. Cohen S, Burns R. Vías de la Pulpa, Madrid, 7ma Ed., Pág. 581, 1999
4. De Deus, QD. Endodontia, 5ª. Ed. Rio de Janeiro, MEDSA, 1992
5. Franklin Weine, Tratamiento Endodóncico 5ta. Ed, Madrid, pag 212, 1997
6. Franklin Weine, Tratamiento Endodóncico 5ta. Ed, Madrid, pag 212, 1997
7. Grossman, L.I. Terapéutica de los conductos radiculares, 4ta. Ed. Buenos Aires, Progental, 1973
8. Grossman, L.I. Ed. Mechanism and Control of Pain, Transaction of the sixth international conference of endodontics, NY. Masson Publishing USA Inc. 1979
9. Grossman, L.I. Practica Endodoncia, 3ra ed. Interamericana, México, 1987
10. Ingle, Bakland, Tratamiento Endodóncico 5ta.ed.Hamilton, pag 904, 2002
11. Ingle, JI; Tainter, JF. Endodoncia, 3ra ed. Interamericana, México, 1987
12. Jensen, J; Serene, TP; Sánchez, F. Fundamentos Clínicos de Endodoncia, Univ. Costa Rica, 1974
13. Kutler Yuri. Endodoncia Práctica. México. Alpha. 1961
14. Lasala, A. Endodoncia, 3ra ed. Barcelona, Salvat Ed. S.A., 1979
15. Leonardo, ML; Simoes, F. Endodoncia, Buenos Aires, Panamericana 1983.
16. Lux S. Practical Endodontics, Philadelphia. J.B. Lippincott Co., 1974
17. Maisto, O. Endodoncia, Buenos Aires. Ed. Mundi S.A. 1967
18. Mondragón, JD. Endodoncia. México Interamericana S.A. 1995
19. Paiva, JG; Antoniazzi, JH. Endodontia, Bases para la practica clínica. 2ª. Ed. Sao Paulo, Artes Medicas Ltda 1988.
20. Paiva, JG; Antoniazzi, JH. Endodontia, 2da. Ed. Sao Paulo, Atheneu, 1979.
21. Paiva, JG; Antoniazzi, JH. Endodontia. 2ª. Ed. Sao Paulo, Atheneu, 1979.
22. Preciado, V. Manual de Endodoncia, Guia Clínica, México.. Cuellar ediciones 1975
23. Preciado, V, Goldberg, F; Lasala, A; Pineda, F, Holland, R; De Souza, V. Endodoncia, 5ª. Ed., Caracas, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. 1989.
24. Seltzer, S. Endodontology, Biologic considerations in Endodontic Procedures, S. Louis, Mc Graw-Hill Book Co. 1971
25. Seltzer, S; Bender, JB. The Dental Pulp, 2a. Ed., J.B Lippincott Company. Phyladelphia, 1975
26. Tobon, G. Endodoncia Simplificada, 2ª. Ed., Buenos Aires. Mundi, 1973
27. Villena Hernán, Terapia Pulpar, Lima 1era Ed; 2001
28. Walton R y Torabinejad M. Endodoncia Principios y Práctica Clínica, México, 1era Ed. 1991
29. Weine, FS. Tratamiento Endodóncico, 5ª. Ed. Hartcourt Brace, Madrid, 1997

ABSCESO PERIAPICAL SIN FÍSTULA - K04.7

I. NOMBRE Y CÓDIGO - CIE 10: **ABSCESO PERIAPICAL SIN FÍSTULA - K04.7**

II. DEFINICIÓN

Es la respuesta inflamatoria avanzada exudativa e intensamente sintomática de los tejidos conjuntivos periapicales.

Los estudios señalan que la frecuencia de este daño puede variar entre 16 y 19% de las patologías bucales.

Causada por invasión bacteriana del conducto radicular a los tejidos periapicales a través del foramen apical

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- ✓ Necrosis Pulpar
- ✓ Tratamiento inadecuado de conducto

IV. CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Caries con compromiso pulpar, antecedentes de traumatismo dental, dolor intenso y percepción de extrusión de la pieza dentaria. Dolor a la percusión vertical y a la palpación en la zona apical.

Radiográficamente se puede observar que la cámara pulpar presenta comunicación con la lesión cariosa (imagen radiolúcida). A nivel periapical se puede observar ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal, borramiento de la cortical ósea apical.

2. CRITERIOS DE SEVERIDAD

Aumento de volumen y enrojecimiento del área comprometida, presencia de ganglios infartados, fiebre.

3. SIGNOS DE ALARMA

- ✓ Tumefacción de la zona afectada

4. COMPLICACIONES

- ✓ Diseminación del proceso a estructuras óseas y espacios anatómicos adyacentes.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ✓ Celulitis facial de origen no odontogénico

V. EXÁMENES AUXILIARES

- ✓ Radiografías periapicales

VI. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. PLAN DE TRABAJO:

El absceso periapical sin fístula seguirá el siguiente manejo y tratamiento

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
I - 1 I - 2 I - 3	Cirujano Dentista	• Absceso Periapical sin Fístula	Ambulatoria	• Apertura cameral • Drenaje intra o extra-oral de acuerdo al caso • Prescripción Analgésica • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución • Exodoncia simple
			Emergencia	
			Hospitalización	
			Domiciliaria	• Prescripción Analgésica • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución • Exodoncia simple
I - 4 II - 1 II - 2	Cirujano Dentista	• Absceso Periapical sin Fístula	Ambulatoria	• Apertura cameral • Drenaje intra o extra-oral de acuerdo al caso • Prescripción Analgésica • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución • Exodoncia simple
			Emergencia	• Apertura cameral • Drenaje intra o extra-oral de acuerdo al caso • Prescripción Analgésica • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución • Exodoncia simple

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
I - 4 II - 1 II - 2	Cirujano Dentista	• Absceso Periapical sin Fístula	Hospitalización	• Apertura cameral • Drenaje intra o extra-oral de acuerdo al caso • Prescripción Analgésica • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución • Exodoncia simple
			Domiciliaria	• Prescripción Analgésica • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución • Exodoncia simple
III - 1 III - 2	• Cirujano Dentista • Cirujano Dentista Especialista	• Absceso Periapical sin Fístula	Ambulatoria	• Endodoncia • Drenaje intra o extra-oral de acuerdo al caso • Prescripción Analgésica • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días • Exodoncia
			Emergencia	• Apertura cameral • Drenaje intra o extra-oral de acuerdo al caso • Prescripción Analgésica • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días • Exodoncia simple
			Hospitalización	• Endodoncia • Drenaje intra o extra-oral de acuerdo al caso • Prescripción Analgésica • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días • Exodoncia
			Domiciliaria	• Prescripción Analgésica • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución • Exodoncia simple

2. PROCEDIMIENTOS

Se describen a continuación los tratamientos o procedimientos que de acuerdo al grado de complejidad se realizarán:

2.1. DRENAJE INTRA O EXTRA-ORAL

Se sugiere iniciar la vía de drenaje del foco primario apical, ya sea con la exodoncia o la apertura cameral. Si el absceso subperióstico es evidente, con franca fluctuación, hay que efectuar el drenaje.

- Para realizar el mismo, el absceso deberá presentar los siguientes signos clínicos característicos: tumefacción rojiza en una celulitis localizada, evidencia de colección purulenta cercana a la piel o de la mucosa. Cercano al momento de abrirse espontáneamente, la coloración de la piel toma un color rojo más intenso y la tumefacción es más circunscrita.

El drenaje será realizado ya sea intra o extra oralmente dependiendo de los espacios anatómicos comprometidos

A. Drenaje Intra Oral (fondo del surco gingival)

- antisepsia
- Infiltración anestésica en forma muy superficial (Bastará 0.5 ml. de solución anestésica)
- Incisión longitudinal de 10 mm (bisturí de hoja 15) en la capa mucosa existente para llegar a la cavidad del absceso, permitiendo la salida espontánea de pus.
- Efectuada la incisión, se explora delicadamente con una pinza hemostática (mosquito) o Kelly, curva, cerrada abriéndola en diferentes direcciones tratando de evitar el contacto con elementos anatómicos importantes, por si hubiera un posible tabicamiento
- Colocación de un dren laminar en la parte más profunda del absceso dejando aproximadamente 1.5 cm. fuera de él, suturándolo a la mucosa.
- Dicho dren se va retirando paulatinamente luego de 48 horas de instalado y si persistiera el drenaje se colocará otro dren por 24 horas luego de lo cual se retirará paulatinamente hasta verificar que no existe drenaje.
- Se indicará colutorios de agua oxigenada diluida en agua tibia (1:2) después de las comidas, en las citas posteriores

B. Drenaje Extra Oral

- Cuando se realiza una incisión y drenaje extra oral de un absceso de origen odontogénico, en lo posible la incisión siempre se debe hacer en la parte en declive de la tumefacción y no en el centro.
- El proceso es similar al descrito para el drenaje intra oral

2.2. APERTURA CAMERAL

Este procedimiento se realizará en piezas uni y multiradiculares, como una medida de emergencia, refinando posteriormente al establecimiento respectivo para continuar con el tratamiento de endodoncia.

El proceso se realizará de la siguiente manera

- Radiografía periapical de inicio, si se cuenta con el equipo e insumos
- Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- Aislamiento del campo operatorio
- Apertura cameral
- Exéresis del tejido pulpar residual
- Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio
- Secado con puntas o conos de papel
- Obturación temporal

2.3. ENDODONCIA UNIRADICULAR Y MULTIRADICULAR

El tratamiento de conducto (endodoncias), se realizarán en piezas uni y multiradicales, para lo cual se procederá de la siguiente manera:

Primera Sesión:

- Radiografía de inicio.
- Anestesia infiltrativa o troncular si el caso lo requiere.
- Aislamiento absoluto del campo operatorio
- Apertura Cameral.
- Exéresis del tejido pulpar residual.
- Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
- Secados con puntas de papel.
- Conductometría (Rx).
- Instrumentación con escariadores y limas.
- Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
- Secado con puntas o conos de papel.
- Colocar torundas de algodón embebido en solución bactericida
- Obturación temporal

Segunda Sesión:

- Aislamiento absoluto del campo operatorio
- Retiro de la pasta de obturación temporal y algodón.
- Continuar con la instrumentación.
- Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
- Secado con puntas o conos de papel.
- Colocar torundas de algodón embebido en solución bactericida
- Obturación temporal.

Tercera Sesión:

- Aislamiento absoluto del campo operatorio
- Retiro de la pasta de obturación temporal y algodón.
- Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
- Secado con puntas o conos de papel.
- Conometría (Rx. con cono principal de gutapercha).
- Si el conducto no presenta secreción, dolor y olor, obturación del conducto según técnica de elección.
- Colocación de obturación temporal con ionómero.

Cuarta y Quinta sesión

- Solo en casos de persistir los signos y síntomas.
- Luego de la quinta sesión y si la pieza persistiera con signos y síntomas se realizará la evaluación para proceder a la exodoncia o apicectomía de la pieza tratada.

2.4. EXODONCIA SIMPLE

Las piezas dentarias permanentes o deciduas que presenten las siguientes características serán consideradas como de exodoncia simple.

- a. Piezas dentarias con lesiones pulpares y periodontales que constituyen un foco de infección, sin la posibilidad de recuperación o con imposibilidad de referencia
- b. Piezas dentarias con incapacidad funcional (masticatoria, estética, fonética, propioceptiva) y de rehabilitación.
- c. Remanente radicular

Se excluyen los siguientes casos, los cuales son consideradas exodoncias complejas:

- a. Piezas dentarias con Hiper cementosis
- b. Piezas dentarias con Anquilosis
- c. Piezas dentarias con Dilaceración radicular
- d. Piezas dentarias incluidas
- e. Pacientes inmunosuprimidos
- f. Pacientes con discrasias sanguíneas
- g. Pacientes con infección severa

El procedimiento de la exodoncia incluirá las siguientes partes:

A. Pre-quirúrgicos

- a. Firma de consentimiento informado
- b. Radiografía periapical si el caso lo amerita
- c. Preparación pre operatorio si fuera necesario (medicamentoso).

B. Quirúrgico

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Técnica de extracción
 - ✓ Sindemostomía
 - ✓ Luxación
 - ✓ Apreensión
 - ✓ Avulsión
- c. Curetaje del alveolo y afrontación de tejidos
- d. Colocación de un apósito de gasa

C. Farmacológico

- a. Indicaciones del cuidado post operatorio
- b. Prescripción analgésica (Paracetamol, Diclofenaco o Ibuprofeno, otros)
- c. Prescripción antibiótica si fuera necesario, como mínimo por 5 días (Penicilinas o Clindamicinas)

3. TIPOS DE TRATAMIENTOS

	CONVENCIONAL ¹⁾	ALTERNATIVO ²⁾	COADYUVANTE ³⁾
Absceso Periapical sin fistula	• Endodoncia uniradicular o multiradicular	• Apertura cameral • Drenaje Intra o Extra oral • Exodoncia	• Prescripción analgésica • Prescripción antibiótica

¹⁾ Actividades terapéuticas generales y básicas que resuelven el daño de manera general y responden a la mayoría de necesidades de tratamiento

²⁾ Actividades terapéuticas alternativas que responden en aquellas situaciones terapéuticas que no pudieran resolverse por el tratamiento convencional

³⁾ Actividades terapéuticas complementarias al tratamiento convencional

4. EDUCACIÓN SANITARIA

4.1. IEC

Se incluirán aspectos sobre las características del absceso periapical sin fístula, las cuales permitan a los pacientes identificar dicho daño y poder prevenir sus complicaciones. Adicionalmente el paciente deberá conocer el establecimiento de salud en capacidad de resolverlo.

4.2. CONSEJERÍA INTEGRAL

Adicionalmente se debe aconsejar sobre: a) Dieta y salud bucal, recalcando la importancia del consumo de sal fluorada para la prevención de caries dental e b) Higiene bucal mediante el uso de cepillos y cremas fluoradas y c) Visita a servicios odontológicos anualmente con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos.

5. CRITERIOS DE ALTA

Se considerará el alta cuando se logra eliminar el proceso séptico. Adicionalmente la pieza dentaria deberá presentar una restauración final, pudiendo incluir obturación, endodoncia y rehabilitación según sea el caso.

VII. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Referencia: a niveles antes señalados.

Contrarreferencia a Establecimiento de Salud de origen.

VIII. FLUXOGRAMA



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andreasen JO, Andreasen FM. Lesiones Dentarias Traumáticas, Madrid. Ed Medica Panamericana S.A. 1990.
2. Basrani, E. Endodoncia Integrada, Caracas. Actualidades Medico-odontológicas Latinoamericana C.A. 1999.
3. Cohen S, Burns R. Vías de la Pulpa, Madrid, 7ma Ed.; Pág. 381, 1999.
4. Cohen S, Burns RC. Los caminos de la Pulpa, 5ª ed. Buenos Aires. Ed. Medica Panamericana, 1994.
5. De Deus, QD. Endodontia, 5ª. Ed. Rio de Janeiro, MEDSA, 1992.
6. Franklin Weine. Tratamiento Endodóncico 5ta. Ed, Madrid, pag. 212, 1997.
7. Frencken JO et.al. Atraumatic Restorative Treatment Approach to Control Dental Caries. Manual WHO Third Edit. Jan 1997.
8. Grossman, LI. Práctica Endodoncia, 3ra ed. Interamericana, México, 1987.
9. Hola K. Diet and caries in high-risk groups in developed and developing countries. Diet nutrition and dental caries res. 24 (1) 44-52, 1992.
10. Ingle, Bakland. Tratamiento Endodóncico 3ta.ed. Hamilton, pag. 904, 2002.
11. Ingle, JI, Tainter, JF. Endodoncia, 3ra ed. Interamericana, México, 1987.
12. Jensen, J. Serene, TP, Sánchez, F. Fundamentos Clínicos de Endodoncia, Univ. Costa Rica, 1974.
13. Lasala, A. Endodoncia, 3ra ed. Barcelona, Salvat Ed. S.A., 1979.
14. Leonardo, ML; Simoes, F. Endodoncia, Buenos Aires. Panamericana 1983.
15. Lux S. Practical Endodontics, Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1974.
16. Mondragón, JD. Endodoncia. México Interamericana S.A. 1995.
17. Paiva, JG; Antoniazzi, JH. Endodontia, Bases para la práctica clínica. 2ª. Ed. Sao Paulo, Artes Medicas Ltda. 1988.
18. Paiva, JG; Antoniazzi, JH. Endodontia, 2da. Ed. Sao Paulo, Atheneu, 1979.
19. Paiva, JG; Antoniazzi, JH. Endodontia, 2ª. Ed. Sao Paulo, Atheneu, 1979.
20. Preciado, V. Manual de Endodoncia, Guía Clínica, México, Cuellar ediciones, 1975.
21. Preciado, V; Goldberg, F; Lasala, A; Pineda, F; Holland, R; De Souza, V. Endodoncia, 5ª. Ed. Caracas, Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica 1989.
22. Ratanasathein S; Hanks, CT. The effect of monomeric dental resin on odontoblastic functions in vivo. J Dent Res 79, Sp. Iss Abs 946, 2000.
23. Seltzer, S; Bender, JB. The Dental Pulp, 2a. Ed., J.B Lippincott Company, Philadelphia, 1975.
24. Tobon, G. Endodoncia Simplificada, 2ª. Ed., Buenos Aires. Mundi, 1973.
25. Villena Hernán. Terapia Pulpar, Lima 1era Ed; 2001.
26. Walton, RE; Torabinejad, M. Principios y Práctica Clínica, México, Mac Graw Hill, 1991.
27. Weine, FS. Tratamiento Endodóncico, 5ª. Ed. Hartcourt Brace, Madrid, 1997.

Gingivitis y Enfermedades Periodontales (K05)



Guía de Prácticas Clínicas Estomatológicas

GINGIVITIS CRÓNICA - K05.1

I. NOMBRE Y CÓDIGO - CIE 10: GINGIVITIS CRÓNICA - K05.1

II. DEFINICIÓN

Se considerará para la presente guía, al estado inflamatorio de la gingiva inducida por placa bacteriana, sin pérdida clínica de la adherencia epitelial.

La gingivitis es una de las enfermedades más frecuentes del ser humano, siendo muy frecuente en todas las edades, observándose que en jóvenes entre 20 y 25 años se presenta en el 75%.

La causa está asociada a la presencia de placa bacteriana, así como al cálculo dentario. Esta patología puede verse influenciada por factores sistémicos, tales como los asociados al sistema endocrino y a las discrasias sanguíneas, factores medicamentosos o por razones de malnutrición.

Se excluyen para la presente guía las lesiones gingivales inducidas por factores distintos a la placa bacteriana¹⁴.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Higiene bucal deficiente

Obturaciones dentales que generen retención de placa bacteriana

Rehabilitaciones protésicas bucales que generen retención de placa bacteriana

IV. CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Se caracteriza por la presencia de alguno de los siguientes signos clínicos: enrojecimiento y edema del tejido gingival, sangrado provocado, cambios en el contorno y consistencia. Adicionalmente se observa la presencia de placa y/o cálculos. Radiográficamente no hay evidencia de pérdida de la cresta ósea.

2. CRITERIOS DE SEVERIDAD

Higiene bucal deficiente.

3. SIGNOS DE ALARMA

- ✓ Presencia de la totalidad de signos clínicos y del número de piezas dentarias comprometidas

4. COMPLICACIONES

- ✓ Pérdida clínica de adherencia epitelial

¹⁴ Enfermedades Gingivales: a) de origen bacteriano específico (*Neisseria gonorrhea*, *Treponema pallidum*, especies de *Streptococcus* b) de origen viral (gingivostomatitis herpética primaria, herpes oral recurrente, infecciones varicela-zoster c) de origen micótico (infecciones de *Candida*) d) de origen genético (fibromatosis gingival hereditaria) e) Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas (desórdenes reumáticos, reacciones alérgicas f) Lesiones traumáticas (químicas, físicas y térmicas) g) Reacciones a cuerpos extraños.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ✓ Con las alteraciones gingivales inducidas por otros factores diferentes a la placa bacteriana.

V. EXÁMENES AUXILIARES

- ✓ Índice de Higiene Oral

VI. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. PLAN DE TRABAJO

La gingivitis recibirá el siguiente manejo y el tratamiento será como sigue:

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
I - 1 I - 2 I - 3	Cirujano Dentista	• Gingivitis	Ambulatoria	• Fisioterapia • Profilaxis
			Emergencia	
			Hospitalización	
			Domiciliaria	• Fisioterapia
I - 4 II - 1 II - 2 III - 1 III - 2	Cirujano Dentista	• Gingivitis	Ambulatoria	• Fisioterapia • Profilaxis
			Emergencia	
			Hospitalización	• Fisioterapia • Profilaxis
			Domiciliaria	• Instrucción de Higiene Oral

2. PROCEDIMIENTOS

Se describen a continuación los tratamientos o procedimientos que de acuerdo al grado de complejidad se realizarán:

2.1. FISIOTERAPIA

Consistirá en:

- a. Identificación de la placa bacteriana
- b. Enseñanza de la técnica de cepillado dental
- c. Frecuencia del cepillado dental
- d. Enseñanza de forma del uso de las cremas dentales
- e. Enseñanza del uso del hilo dental

2.2. PROFILAXIS

- a. Control de placa bacteriana
- b. Motivación
- c. Aplicar enjuagatorio bucal con agente antibacteriano
- d. Retiro de sarro en forma sistemática

- e. Pulido de piezas dentarias con escobillas, cauchos y pastas de profilaxis
- f. Prescripción de cremas dentales, cepillo e hilo dental

3. INTERCONSULTAS

Solo en los casos que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los señalados en el punto IV - Etiología de la presente guía.

4. TIPOS DE TRATAMIENTOS

	CONVENCIONAL ¹⁵	ALTERNATIVO ¹⁶	COADYUVANTE ¹⁷
Gingivitis	• Profilaxis		• Fisioterapia

5. EDUCACION SANITARIA

5.1. IEC

Es importante describir las características de la gingivitis, con el fin, que el paciente identifique dicho daño y poder prevenirlo. El paciente además deberá conocer el establecimiento de salud en capacidad de resolverlo.

5.2. CONSEJERÍA INTEGRAL

Adicionalmente se debe aconsejar sobre: a) Dieta y salud bucal, recalcando la importancia del consumo de sal fluorada para la prevención de caries dental e b) Higiene bucal mediante el uso de cepillos y cremas fluoradas y c) Visita a servicios odontológicos anualmente con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos.

6. CRITERIOS DE ALTA

Se considerará el alta cuando la gingiva se encuentre libre de signos de inflamación

VII. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Referencia: a niveles antes señalados.

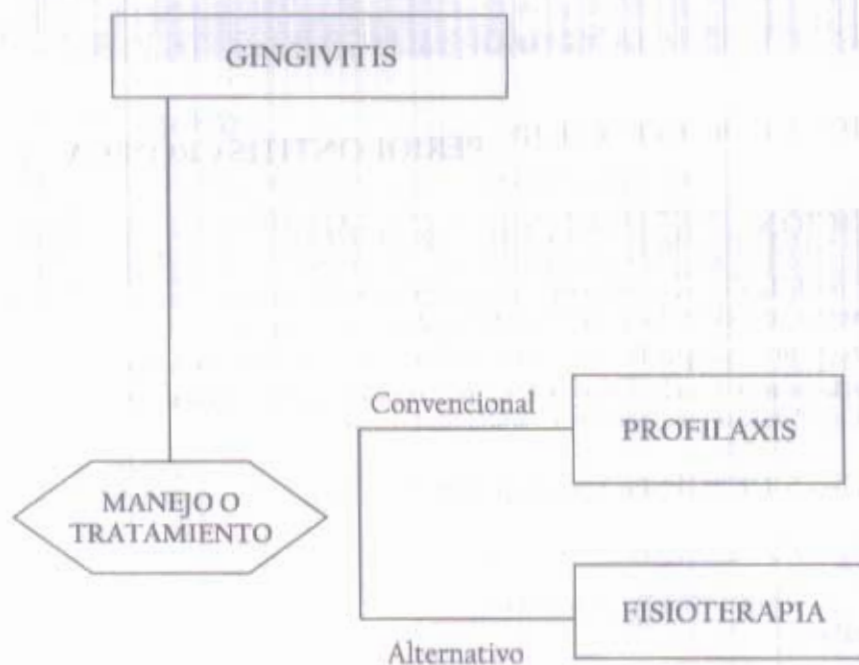
Contrarreferencia a Establecimiento de Salud de origen.

¹⁵ Actividades terapéuticas generales y básicas que resuelven el daño de manera general y responden a la mayoría de necesidades de tratamiento

¹⁶ Actividades terapéuticas alternativas que responden en aquellas situaciones terapéuticas que no pudieran resolverse por el tratamiento convencional

¹⁷ Actividades terapéuticas complementarias al tratamiento convencional

VIII. FLUXOGRAMA



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 American Academy of Periodontology. Parameters of Care. J Periodontol, Mayo 2000. (Suplement) 71(5).
- 2 Armitage GC. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. Ann Periodontol. December 1999 4(1)
- 3 Donayre F y col. Manual de procedimientos clínicos en Periodoncia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología. Lima Perú 2004
- 4 Carranza F. Periodontología Clínica de Glickman, 2da. Edición. Nueva Editorial Interamericana. México 1986
- 5 Carranza F.A. Carraro J.J. De Sznajder N. Compendio de Periodoncia. 4ta. Ed. Mundi. SAICF. Bs As. 1986
- 6 Durante C. Diccionario Odontológico. Ed. Mundi 4ta. Edición Argentina. 1982
- 7 Gerstner J. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Agosto 2001. 15(2)
- 8 Wilson T. Kornman K. Fundamentals of Periodontics. Ed Quintessences Book Singapor. 1996
- 9 Wilson T. Kornman K. Newman M. Advances in Periodontics. Ed Quintessences Book Singapor. 1992.

PERIODONTITIS CRÓNICA - K05.3

I. NOMBRE Y CÓDIGO - CIE 10: PERIODONTITIS CRÓNICA - K05.3

II. DEFINICIÓN

Inflamación de la gingiva con extensión en el epitelio de inserción. Se caracteriza por destrucción del ligamento periodontal y la pérdida del tejido óseo de soporte.

Es mas frecuente en la población adulta, pudiendo ocurrir en la población joven.

Su etiología principal es la placa bacteriana, cálculo dentario, inflamación resultante y el trauma de oclusión. Puede ser de lenta o de rápida progresión.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- ✓ Higiene bucal deficiente
- ✓ Consumo de cigarros
- ✓ Diabetes
- ✓ Predisposición genética
- ✓ Condiciones de inmunosupresión

IV. CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Se puede observar las combinaciones de edema, eritema sangrado gingival provocado.

Presencia de bolsa periodontal superior a 4 mm. Radiográficamente se evidencia pérdida ósea de la cresta alveolar.

2. CRITERIOS DE SEVERIDAD

Bolsa periodontal superior a 6 mm.

3. SIGNOS DE ALARMA

- ✓ Movilidad dentaria

4. COMPLICACIONES

- ✓ Absceso periodontal

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ✓ Periodontitis como manifestaciones de enfermedades sistémicas. (Asociados con desórdenes hematológicos¹⁸, y con desórdenes genéticos¹⁹).

¹⁸ Neutropenia adquirida, Leucemias

¹⁹ Neutropenia familiar y ciclica, Síndrome de Down, otros

V. EXÁMENES AUXILIARES

- ✓ Radiografía periapical

VI. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

I. PLAN DE TRABAJO:

La periodontitis crónica recibirá el siguiente manejo y tratamiento:

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
I - 1 I - 2 I - 3	• Cirujano Dentista	• Periodontitis crónica	Ambulatoria	• Fisioterapia • Profilaxis • Raspaje y Alisado Radicular (RAR) (según competencias del profesional y disponibilidad de instrumental) • Exodoncia simple
			Emergencia	_____
			Hospitalización	_____
			Domiciliaria	• Fisioterapia • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución.
I - 4 II - 1 II - 2	• Cirujano Dentista	• Periodontitis crónica	Ambulatoria	• Fisioterapia • Profilaxis • Raspaje y Alisado Radicular (RAR) (según competencias del profesional y disponibilidad de instrumental) • Exodoncia simple
			Emergencia	_____
			Hospitalización	• Fisioterapia • Profilaxis • Raspaje y Alisado Radicular (RAR) (según competencias del profesional y disponibilidad de instrumental) • Exodoncia simple
			Domiciliaria	• Fisioterapia • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución.
III - 1 III - 2	• Cirujano Dentista • Cirujano Dentista Especialista	• Periodontitis crónica	Ambulatoria	• Fisioterapia • Profilaxis • Raspaje y Alisado Radicular (RAR) • Exodoncia simple
			Emergencia	_____
			Hospitalización	• Fisioterapia • Profilaxis • Raspaje y Alisado Radicular (RAR) • Exodoncia simple
			Domiciliaria	• Fisioterapia • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución.

2. PROCEDIMIENTOS

Se describen a continuación los tratamientos o procedimientos que de acuerdo al grado de complejidad se realizarán:

2.1. FISIOTERAPIA

Consistirá en:

- a. Identificación de la placa bacteriana
- b. Enseñanza de la técnica de cepillado dental
- c. Frecuencia del cepillado dental
- d. Enseñanza de forma del uso de las cremas dentales
- e. Enseñanza del uso del hilo dental

2.2. PROFILAXIS

- a. Control de placa bacteriana
- b. Motivación
- c. Aplicar enjuagatorio bucal con agente antibacteriano
- d. Retiro de sarro en forma sistemática
- e. Pulido de piezas dentarias con escobillas, cauchos y pastas de profilaxis
- f. Prescripción de cremas dentales, cepillo e hilo dental

2.3. RASPAJE Y ALISADO RADICULAR (RAR)

A. Pre-quirúrgicos

- a. Radiografías periapicales
- b. Prescripción farmacológica si fuera necesaria
- c. Control de higiene bucal
- d. Remoción y reconteo de las restauraciones desbordantes o coronas sobre contorneadas.
- e. Corrección de dispositivos protésicos mal adaptados
- f. Tratamiento de trauma oclusal

B. Quirúrgicos

- a. Asepsia y antisepsia
- b. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- c. Remoción del tejido interno de la bolsa periodontal
- d. Irrigación con suero fisiológico
- e. Raspaje y alisamiento radicular
- f. Limpieza de la zona quirúrgica

C. Farmacológico

- a. Indicaciones del cuidado post operatorio
- b. Prescripción analgésica
- c. Prescripción antibiótica si fuera necesario, como mínimo por 5 días (tetraciclinas, doxiciclina, otros)

2.4. EXODONCIA SIMPLE

Las piezas dentarias permanentes o deciduas que presenten las siguientes características serán consideradas como de exodoncia simple.

- a. Piezas dentarias con lesiones pulpares y periodontales que constituyen un foco de infección, sin la posibilidad de recuperación o con imposibilidad de referencia.
- b. Piezas dentarias con incapacidad funcional (masticatoria, estética, fonética, propioceptiva) y de rehabilitación.
- c. Remanente radicular

Se excluyen los siguientes casos, los cuales son consideradas exodoncias complejas:

- a. Piezas dentarias con Hiper cementosis
- b. Piezas dentarias con Anquilosis
- c. Piezas dentarias con Dilaceración radicular
- d. Piezas dentarias incluidas
- e. Pacientes inmunosuprimidos
- f. Pacientes con discrasias sanguíneas
- g. Pacientes con infección severa

El procedimiento de la exodoncia incluirá las siguientes partes:

A. Pre-quirúrgicos

- a. Radiografía periapical si el caso lo amerita
- b. Preparación pre operatorio si fuera necesario (medicamentoso)

B. Quirúrgico

- a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- b. Técnica de extracción:
 - ✓ Sindemostomia
 - ✓ Luxación
 - ✓ Aprehensión
 - ✓ Avulsión
- c. Curetaje del alveolo y afrontación de tejidos
- d. Colocación de un apósito de gasa

C. Farmacológico

- a. Indicaciones del cuidado post operatorio
- b. Prescripción analgésica (Paracetamol, Diclofenaco o Ibuprofeno)
- c. Prescripción antibiótica si fuera necesario, como mínimo por 5 días (tetraciclinas, doxiciclina, otros)

3. INTERCONSULTAS

En los casos que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los señalados en el punto V – Factores de Riesgo de la presente guía, u otros que ameriten riesgo durante la intervención

4. TIPOS DE TRATAMIENTOS

	CONVENCIONAL ²⁰	ALTERNATIVO ²¹	COADYUVANTE ²²
Periodontitis Crónica	• Profilaxis • Raspaje y Alisado Radicular	• Exodoncia	• Fisioterapia

5. EDUCACIÓN SANITARIA

5.1. IEC

Se incluirán las características de la periodontitis crónica, con el fin, que el paciente identifique dicho daño y pueda prevenirlo. El paciente además deberá conocer el establecimiento de salud en capacidad de resolverlo.

5.2. CONSEJERÍA INTEGRAL

Adicionalmente se debe aconsejar sobre: a) Dieta y salud bucal, recalcando la importancia del consumo de sal fluorada para la prevención de caries dental e b) Higiene bucal mediante el uso de cepillos y cremas fluoradas y c) Visita a servicios odontológicos anualmente con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos.

6. CRITERIOS DE ALTA

- ✓ La periodontitis crónica requiere controles permanentes, por lo cual se considera relativa el alta, estableciendo entre sus criterios:
- ✓ Reducción significativa de los signos clínicos de la inflamación gingival.
- ✓ Reducción de bolsas periodontales profundas.
- ✓ Estabilización y/o ganancia clínica de inserción.
- ✓ Reducción de niveles de placa

VII. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Referencia: a niveles antes señalados.

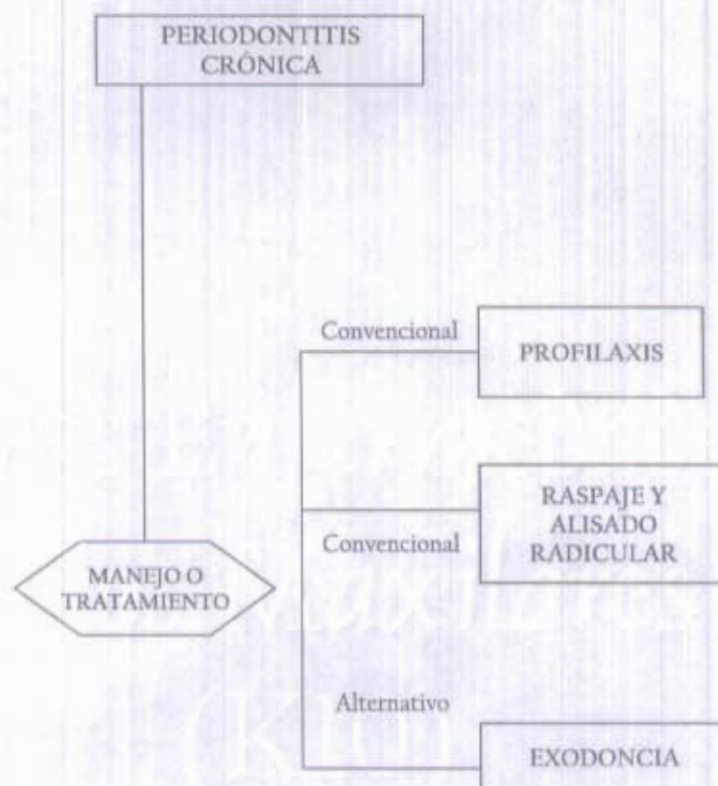
Contrarreferencia a Establecimiento de Salud de origen.

²⁰ Actividades terapéuticas generales y básicas que resuelven el daño de manera general y responden a la mayoría de las situaciones de tratamiento.

²¹ Actividades terapéuticas alternativas que responden en aquellas situaciones terapéuticas que no pudieran resolverse por el tratamiento convencional.

²² Actividades terapéuticas complementarias al tratamiento convencional.

VIII. FLUXOGRAMA



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Periodontology. Parameters of Care. J Periodontol, Mayo 2000. (Suplement) 71(5).
2. Armitage G.C. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. Ann Periodontol. December 1999 4(1)
3. Carranza, F. Peri odontología Clínica de Glickman. 2da. Edición. Nueva Editorial Interamericana. México 1986
4. Carranza F.A. Carraro J.J. De Sznajder N. Compendio de Periodoncia. 4ta. Ed. Mundi. SAICF. Bs As. 1986
5. Donayre F. y col. Manual de procedimientos clínicos en Periodoncia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Estomatología. Lima Perú 2004
6. Durante C. Diccionario Odontológico. Ed. Mundi 4ta. Edición Argentina. 1982
7. Gerstner J. Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Agosto 2001 15(2)
8. Wilson T. Kornman K. Fdamentals of Periodontics. Ed Quintessences Book Singapor. 1996

Otras Enfermedades de los Maxilares (K10)



ALVEOLITIS DEL MAXILAR - K10.3

I. NOMBRE Y CÓDIGO - CIE 10: ALVEOLITIS DEL MAXILAR - K10.3

II. DEFINICIÓN

Proceso inflamatorio e infeccioso del alveolo maxilar post exodoncia. La cual puede clasificarse en dos tipos.

Alveolitis Seca: Se define como el proceso postoperatorio de desintegración parcial o total del coágulo sanguíneo intraalveolar, acompañado de dolor en y alrededor del alveolo dentario, el cual se incrementa en severidad en algún momento entre el segundo y el tercer día post-extracción.

Alveolitis Húmeda: Es la inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coágulo y del alvéolo; se puede encontrar un alvéolo sangrante con abundante exudado. Suele ser producida por reacciones a cuerpos extraños en el interior del alvéolo después de haberse realizado la extracción dentaria. El dolor es menos intenso, espontáneo y sobre todo provocado.

Internacionalmente la cifra promedio de aparición de la alveolitis en el conjunto de todas las exodoncias es, según distintos autores, del 3-4%. Mientras que en las extracciones de terceras molares su frecuencia oscila entre 20 y 30%.

La etiología del cuadro no es conocida, pero diversos estudios epidemiológicos han detectado distintos factores de riesgo en el desarrollo de la alveolitis post-extracción: la dificultad de la extracción, la inexperiencia del cirujano, el uso de anticonceptivos orales, una inadecuada irrigación intraoperatoria, la edad avanzada, el sexo femenino, el tabaquismo, la inmunosupresión, y el trauma quirúrgico.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- ✓ Extenso tiempo de duración de la exodoncia,
- ✓ Infección pre existente de la pieza extraída
- ✓ Pacientes diabéticos
- ✓ Pacientes inmunosuprimidos

IV. CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Alveolitis Seca

Se caracteriza por la existencia de un alveolo desnudo, sin presencia de coágulo sanguíneo, con las paredes óseas expuestas y los bordes gingivales separados. Existe un dolor muy importante, agudo y tormentoso, que aumenta con la succión o la masticación.

Alveolitis Húmeda

Se caracteriza por la presencia de coágulo desorganizado en el alveolo luego de una exodoncia, pudiendo haber sangrado y halitosis.

2. CRITERIOS DE SEVERIDAD

En el caso de la alveolitis seca, el paciente puede manifestar irradiación del dolor al oído y a la sien homolateral. También se puede observar la aparición de adenopatías.

3. SIGNOS DE ALARMA

✓ Dolor espontáneo

4. COMPLICACIONES

✓ Osteomielitis

5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

✓ Cuerpo extraño en alveolo (restos dentarios u óseos)

V. EXÁMENES AUXILIARES

✓ Radiografía periapical, cuando se disponga de equipo de Rayos X

VI. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. PLAN DE TRABAJO

Según el tipo de alveolitis maxilar, el manejo y tratamiento será como sigue:

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
I - 1 I - 2 I - 3	• Cirujano Dentista	• Alveolitis Húmeda	Ambulatoria	• Curetaje Alveolar
			Emergencia	
			Hospitalización	
			Domiciliaria	
		• Alveolitis Seca	Ambulatoria	• Limpieza del alveolo • Prescripción analgésica
			Emergencia	
			Hospitalización	
			Domiciliaria	• Prescripción analgésica
I - 4 II - 1 II - 2	• Cirujano Dentista	• Alveolitis Húmeda	Ambulatoria	• Curetaje Alveolar
			Emergencia	
			Hospitalización	
			Domiciliaria	
		• Alveolitis Seca	Ambulatoria	• Limpieza del alveolo • Prescripción analgésica
			Emergencia	• Limpieza del alveolo • Prescripción analgésica
			Hospitalización	• Limpieza del alveolo • Prescripción analgésica
			Domiciliaria	• Prescripción analgésica

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
III - 1 III - 2	• Cirujano Dentista	• Alveolitis Húmeda	Ambulatoria	• Curetaje Alveolar
			Emergencia	_____
			Hospitalización	_____
			Domiciliaria	_____
		• Alveolitis Seca	Ambulatoria	• Limpieza del alveolo • Prescripción analgésica
			Emergencia	• Limpieza del alveolo • Prescripción analgésica
			Hospitalización	• Limpieza del alveolo • Prescripción analgésica
			Domiciliaria	• Prescripción analgésica

2. PROCEDIMIENTOS

Se describen a continuación los tratamientos o procedimientos que de acuerdo al grado de complejidad se realizarán:

2.1. LIMPIEZA DEL ALVEOLO

- Irrigación del alveolo maxilar con agua oxigenada y solución fisiológica estéril en partes iguales.
 - Colocación de pasta medicada, de acción analgésica y cicatrizante
 - El procedimiento se podrá repetir posteriormente, si el paciente manifiesta dolor intenso.
- * Prescripción analgésica (Paracetamol, Diclofenaco o Ibuprofeno, otros)

2.2. CURETAJE ALVEOLAR

- Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
 - Curetaje para la eliminación de tejido necrótico o coágulo desorganizado
 - Curetaje para estimular el sangrado para la formación de un coágulo
 - Colocación de apósito compresivo
- * Prescripción analgésica si lo amerita (Paracetamol, Diclofenaco o Ibuprofeno, otros).

3. TIPOS DE TRATAMIENTOS

	CONVENCIONAL ²³	ALTERNATIVO ²⁴	COADYUVANTE ²⁵
Alveolitis Húmeda	• Curetaje Alveolar	• Prescripción analgésica	
Alveolitis Seca	• Limpieza del alveolo	• Prescripción analgésica	

²³ Actividades terapéuticas generales y básicas que resuelven el daño de manera general y responden a la mayoría de necesidades de tratamiento

²⁴ Actividades terapéuticas alternativas que responden en aquellas situaciones terapéuticas que no pudieran resolverse por el tratamiento convencional

²⁵ Actividades terapéuticas complementarias al tratamiento convencional

4. EDUCACION SANITARIA

4.1. IEC

Es importante describir las características de la alveolitis del maxilar, con el fin, que el paciente identifique dicho daño y poder prevenir sus complicaciones. Adicionalmente el paciente deberá conocer el establecimiento de salud en capacidad de resolverlo.

4.2. CONSEJERÍA INTEGRAL

Adicionalmente se debe aconsejar sobre: a) Dieta y salud bucal, recalcando la importancia del consumo de sal fluorada para la prevención de caries dental e b) Higiene bucal mediante el uso de cepillos y cremas fluoradas y c) Visita a servicios odontológicos anualmente con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos.

5. CRITERIOS DE ALTA

Se considerará el alta cuando se logra eliminar el dolor en el caso de la alveolitis seca. Mientras que para la alveolitis húmeda, la colocación del apósito compresivo, luego de provocar el sangrado, será el criterio para establecer el alta.

VII. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Referencia a niveles antes señalados.

Contrarreferencia a Establecimiento de Salud de origen.

VIII. FLUXOGRAMA



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín Reyes O, Lima Álvarez M, Zulueta Izquierdo MM. Alveolitis. Revisión de la literatura y Actualización. Rev Cubana Estomatol 2001;38(3):176-80
2. Blum IR. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. Int J Oral Maxillofac Surg 2002;31:309-17.
3. Jaafar N, Nor GM. The prevalence of post-extraction complications in an outpatient dental clinic in Kuala Lumpur Malaysia—a retrospective survey. Singapore Dent J 2000;23:24-8
4. Birn H. Bacterial and fibrinolytic activity in «dry socket». Acta Odontol Scand 1970;28:773-83
5. Blum IR. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review. Int J Oral Maxillofac Surg 2002;31:309-17
6. Ariza E, González J, Boncu F, Hueto JA, Raspall G. Incidencia de la alveolitis seca, tras la exodoncia quirúrgica de terceros molares mandibulares en nuestra Unidad de Cirugía Oral. Rev Esp Cir oral Maxilofac 1999;21:214-9.
7. Simon E, Matee M. Post-extraction complications seen at a referral dental clinic Dar Es Salaam, Tanzania. Int Dent J 2001;51:273-6.
8. Larsen PE. The effect of a chlorhexidine rinse on the incidence of alveolar osteitis following the surgical removal of impacted mandibular third molar. J Oral Maxillofac Surg 1991;49:932-7.
9. Larsen PE. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992;73:393-7.
10. Alexander RE. Dental Extraction wound management. A case against medicating postextraction sockets. J Oral Maxillofac Surg 2000;58:538-51.
11. Tsirlis AT, Lakovidis DP, Parissis NA. Dry socket: frequency of occurrence after intraligamentary anesthesia. Quint Int 1992;23:575-7
12. García Murcia MJ, Peñarrocha Diago M. Alveolitis seca: Revisión de la literatura y metaanálisis. Rev Act Odontostomatol Esp 1994;44:25-34.

Guía de Prácticas Clínicas Estomatológicas

Se terminó de imprimir en setiembre de 2005
en los Talleres Gráficos de SINCO Editores
Jr Huaraz 449 - Breña Tel 433-5974
sincoeditores@yahoo.com



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud