



PERÚ

Ministerio
de SaludDECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Mundial"Nro. 513 -2009-INSN-DG

Resolución Directoral

Lima, 24 de Junio del 2009.

VISTO:

El Memorando N° 712-OGC- INSN-2009;

CONSIDERANDO:

Que, considerando que las Guías de Prácticas Clínicas constituyen una herramienta eficaz para el Sector Salud, que facilite la toma de decisiones y la elección con criterios definidos de la mejor intervención, basada en evidencias clínicas, y conseguir óptimos resultados con criterios de eficiencia y uso racional de recursos, fue aprobado mediante Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica";

Que, el Instituto Nacional de Salud del Niño, de acuerdo a lo dispuesto en la Norma Técnica N° 027-MINSA/DGSP-V.01 ha elaborado proyectos de guías de prácticas clínicas, la cual proporcionará al médico los criterios metodológicos, convencionales y vigentes que expresen las alternativas y orienten las decisiones médicas, apoyadas en la mejor evidencia científica, que contribuyan al mejoramiento de los procesos y la calidad de atención, de igual manera facilitará los proceso de monitoreo supervisión y evaluación de los casos, al ser auditados;

Que, estando a lo propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad;

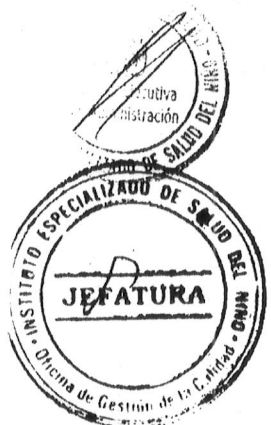
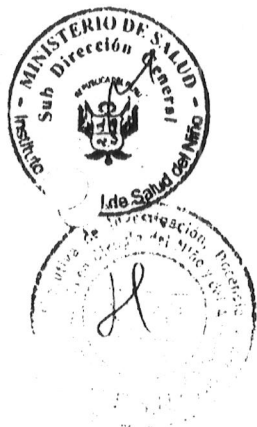
Con la visación de la Sub Dirección General, la Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño, la Oficina de Gestión de la Calidad; la Oficina Ejecutiva de Administración; y la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con sus atribuciones conferidas en el Art. 11 inc. e) de la Resolución Ministerial N° 566-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero: Aprobar las **GUIAS DE PRACTICA CLINICAS** del Instituto Nacional de Salud del Niño, según se detalla a continuación:

- **GUIA DE PRACTICA CLINICA MALOCCLUSION DENTARIA CLASE I** que consta de 04 páginas Páginas y forman parte integrante de la presente resolución.
- **GUIA CLINICA DE NECROSIS PULPAR EN DENTICION PERMANENTE Y DECIDUA** que consta de 08 Páginas y forman parte integrante de la presente resolución.
- **GUIA CLINICA DE PULPITIS REVERSIBLE EN PIEZAS DECIDUAS Y PERMANENTES** que consta de 05 Páginas y forman parte integrante de la presente resolución.

RLSA/Gilda
Cc. archivowww.isn.gob.peAv. Brasil 600
Breña. Lima 5, Perú
T(511) 330-0066



PERÚ

Ministerio
de Salud

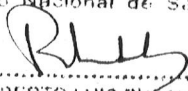
DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de las Cumbres Mundiales en el Perú"

- **GUIA DE PRACTICA CLINICA CARIES DENTAL EN NIÑOS NO COOPERADORES Y/O ENFERMEDAD SISTEMICA**, que consta de 10 Páginas y forman parte integrante de la presente resolución.
- **GUIA DE PRACTICA CLINICA CARIES LIMITADA AL ESMALTE**, que consta de 05 Páginas y forman parte integrante de la presente resolución.
- **GUIA DE PRACTICA CLINICA PULPITIS INICIAL**, que consta de 03 Páginas y forman parte integrante de la presente resolución.
- **GUIA DE PRACTICA CLINICA PULPITIS AGUDA**, que consta de 03 Páginas y forman parte integrante de la presente resolución.
- **GUIA DE PRACTICA CLINICA NECROSIS DE LA PULPA**, que consta de 03 Páginas y forman parte integrante de la presente resolución.
- **GUIA DE PRACTICA CLINICA PERIODONTITIS APICAL AGUDA**, que consta de 03 Páginas y forman parte integrante de la presente resolución.
- **GUIA DE PRACTICA CLINICA PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA**, que consta de 03 Páginas y forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo Segundo: El Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad será responsable de supervisión y cumplimiento de lo establecido en los documentos aprobados en el artículo anterior.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud del Niño


DR. ROBERTO LUIS SHIMABUKU AZATO
Director General de ININ
C.M.P. 8894

RLSA/APMU/OMV

Distribución:

DG	()
SDG	()
DEIDAECNA	()
OAJ	()
OGC	()
OEA	()
OP	()

RLSA/gld
Cc. Archivo

www.isn.gob.pe

Av. Brasil 600
Breña, Lima 5, Perú
T(511) 330-0066

INDICE

GUIAS CLINICAS APROBADAS CON RD. N° : 513-2009-INSN-DG del 24 de junio del 2009.

TITULO : **NECROSIS PULPAR EN DENTINCION PERMANENTE Y DECIDUA.**

CODIGO : k04.01

TITULO : **CARIES LIMITADA DE ESMALTE.**

CODIGO : k02.0

TITULO : **PERIODONTITIS APICAL AGUDA**

CODIGO : k04.4

TITULO : **PERIODONTITIS APICAL CRONICA**

CODIGO : k04.05

TITULO : **PULPITIS AGUDA**

CODIGO : k04.0

TITULO : **CARIES DENTAL EN NIÑOS NO COOPERADORES Y/O CON
ENFERMEDADES SISTEMICAS.**

CODIGO : k02.1

TITULO : **MALOCCLUSION DENTARIA CLASE I**

AÑO : **K07-3**
2007

TITULO : **PULPITIS REVERSIBLE EN PIEZAS DECIUAS Y PERMANENTES.**

CODIGO : K04.9



GUIA DE ATENCIÓN

TÍTULO : MALOCCLUSIÓN DENTARIA CLASE I

**SERVICIO DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA
MAXILAR
DEL INSN**

2007



INTRODUCCIÓN

La ortodoncia, dentro de la Odontología es considerada la ciencia que estudia y atiende el desarrollo de la oclusión y su corrección por medio de aparatos mecánicos que ejercen fuerzas físicas sobre la dentición y los tejidos circundantes buscando la normalización oclusal por el movimiento controlado de los dientes o el desplazamiento de los arcos dentarios.

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto.

La palabra normal o maloclusión Clase I se usa por lo general para expresar un patrón de referencia o situación óptima en las relaciones oclusales y aunque no es lo más frecuentemente encontramos en nuestros pacientes se considera el patrón más adecuado para cumplir la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida, en armonía con el sistema Estomatológico.

JUSTIFICACIÓN

La estética siempre ha sido motivo de preocupación de los individuos. Para ser humano la comunicación y la sonrisa son la puerta de entrada de las relaciones humanas y el cuidado de la boca y la posición dentaria cobra especial importancia.

El apiñamiento dentario, la biprotusión dentaria, mordida invertida posterior corresponden a la segunda incidencia de maloclusiones Clase I del servicio de ortodoncia del Instituto de Salud del Niño, lo cual amerita realizar una guía clínica a fin de describir su etiología, características clínicas, diagnóstico, clasificación etc. Para que sea revisada por todos los odontólogos, residentes, internos alumnos del departamento de Odontopediatria del instituto Especializado de Salud del Niño y estandarizar los procedimientos clínicos de las maloclusión Clase I.

Además esta guía busca promover una mejor práctica clínica que reflejará mejores resultados en la calidad de vida de la salud de la población.

GUIAS DE ATENCIÓN

1. TITULO: Maloclusión dentaria clase I

Código KO7.5

2. DEFINICION: Alteración de origen dentario manteniéndose la parte basal y la llave molar en condiciones normales (1)

Etiología: Patrón genético

Hábitos: Chuparse los dedos, el labio y uñas.

Deglución anormal incorrecta.

Defectos fonéticos

- Aspectos Epidemiológicos. De todos los pacientes que acuden al servicio de ortopedia; la clase I representa el 23% de mal oclusión dentofacial del Instituto Nacional del Niño.

3. FACTORES DE RIESGO

- Estilo de Vida: Influencia de hábitos: Succión digital del pulgar.
- Empuje Lingual
- Succión y mordedura del labio
- Mordedura de uña
- Factores hereditarios: Biotipo facial del padre y de la madre

4. CUADRO CLINICO: Signos

MALOCCLUSIÓN DE CLASE I

Cuando existen mal posiciones dentarias y la relación molar es de normoclusión, decimos que tenemos una maloclusión de clase I. Las maloclusiones de clase I suelen ser dentarias, las relaciones basales óseas son normales y en general los problemas dentarios suelen estar en el grupo anterior. Podemos encontrar en la clase I diferentes posiciones dentarias, aunque también las podremos encontrar en otros tipos de maloclusiones (2).

- Apiñamientos
- Espaciamientos



- Mordidas cruzadas anteriores y posteriores
- Mordidas abiertas
- Caninos elevados
- Malposición individual de una o más piezas dentarias.

5. **DIAGNOSTICO:** Estructuras óseas y llave molar en neutro oclusión

- Alteraciones dento alveolar
- Diagnostico Diferencial: Se diferencia de la maloclusión Clase 2 y Clase 3.

6. **EXAMENES AUXILIARES:** Solicita teleradiografía lateral del cráneo.

- Radiografía panorámica
- Radiografía postero anterior
- Fotos.
- Modelo de estudio.

7. **MANEJO.-**

Medidas Generales: Se comienza por un nivel noble.

Educación: A los padres, profesores y todo el equipo básico de salud sobre la prevención, promoción y tratamiento de la clase mal oclusión I. Que incluyen los siguientes temas:

- Evitar lactancia prolongada materna y artificial.
- Eliminar malos hábitos: chupón y succión de labio y dedo
- Adecuada higiene oral
- Prevención y tratamiento de caries incipientes
- Desgaste selectivo y orientación para la masticación de maloclusión de clase I.

Terapia Específica: Odontología restauradora con tratamientos Ortodónticos (3).

Terapia coadyuvante: Establecer relación intra e interdisciplinario a fin de que participe en el funcionamiento del programa de manera integral incorporando:



- Terapeuta de Lenguaje
- Nutricionista
- Psicólogos
- Cirujanos maxilofacial

Siendo el tratamiento ortodóntico específico y ambulatorio e individualista, corresponde al estado prestar servicio de cuarto nivel (específico) dirigido a la población de escasos recursos como el que brinda el servicio de ortodoncia del Instituto del Niño.

Criterios de alta: Objetivo general disminuir la maloclusión clase I en pacientes de 3 a 12 años con la corrección de la mala oclusión funcional

Contención de los logros conseguidos.

PRONOSTICOS: Es bueno si cumple con todas las indicaciones.

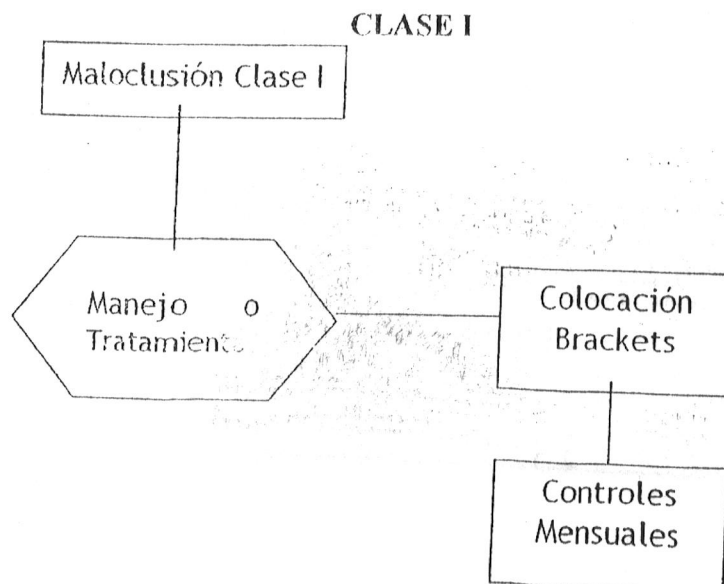
8. COMPLICACIONES

- Caries dental
- Enfermedad periodontales – reabsorción ósea
- Pacientes descontinúan sus citas por factores económicos u otros.

9. CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA

Pacientes a nivel nacional en busca de atención en el servicio de Ortodoncia del ISN,
(líder especializado en salud pública)

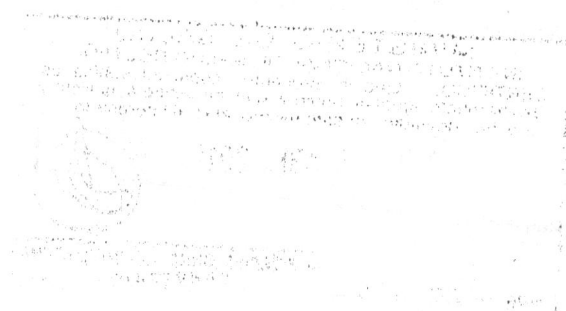
10. FLUJOGRAMA



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Manual de Ortodoncia - Moyers 4ta. Edición Página 194
2. Acta Odontológica Venezolana María Patricia Vega 41 no Caracas Enero 2003.
3. Maloclusión Factores de Riesgo y Prevención – A. Puigdolleros
Pérez Cáp. 13 – Pág. 195 – 2004.

12. ANEXOS GRÁFICOS



TITULO:

NECROSIS PULPAR EN DENTICION PERMANENTE Y DECIDUA

Código k04.1

I. DEFINICION:

Es la muerte pulpar de los dientes permanentes con pérdida de su estructura como consecuencia final de un proceso patológico en el coalla pulpa no pudo reintegrarse a la normalidad por no tener capacidad de reacción (1).

II. ETIOLOGIA:

La necrosis pulpar en dientes permanentes se presenta por agresiones que ocasionan alteraciones pulpares evidentes, algunas veces leve y parciales pero persistentes y abandonadas a su propia evolución o bien por lesiones destructivas y de gran intensidad como inflamaciones (caries, traumatismo s, sustancias citotóxicas o citocauísticas) (2).

Frecuencia: 32.9% Población que acude al IESN (3). Ver anexo.

III. FACTORES DE RIESGO:

Pacientes con mala higiene oral.
Dientes con caries profunda.
Restauraciones deficientes.
Pacientes con enfermedades sistémicas.
Traumatismos.

IV. CUADRO CLINICO:

En ocasiones puede haber dolor.
Reacciones a los cambios de temperatura son negativos. Ligera movilidad dentaria. Cambio de coloración.
Halitosis.

V. DIAGNOSTICO:

CRITERIO DIAGNOSTICO: Se considera como pieza necrótica cuando hay presencia de restauraciones deficientes, caries amplias y profundas, ligera movilidad, presencia de abscesos, en ocasiones dolor a la percusión vertical, radiográficamente se observa un engrosamiento del ligamento periodontal

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Absceso periodontal (etiología placa bacteriana). Dientes con fractura radicular. Trauma oclusal.



VI. PROCEDIMIENTOS AUXILIARES:

Pruebas de vitalidad pulpar.

Exámenes auxiliares: Radiografías periapicales.

VII. MANEJO:

MEDIDAS GENERALES:

- Visitas periódicas al odontólogo
- Control de placa bacteriana
- Instrucción de higiene oral
- Cambio de hábitos alimenticios

TERAPIA ESPECIFICA:

Remoción adecuada de restos pulpares para disminuir la pigmentación de la corona de la pieza dentaria.

Tratamiento de conducto radicular que incluye la instrumentación, medicación (curativo de demora) y obturación del conducto (4).

TERAPIA COADYUVANTE:

Antibioticoterapia

Refuerzo de la estructura dentaria.

Blanqueamiento dental.

NIVEL DE ATENCION:

Hospital de III Nivel.

CRITERIOS DE ALTA:

Ausencia de dolor.

Ausencia de signos clínicos de infección. Ausencia de movilidad

PRONOSTICO:

Favorable

VIII. COMPLICACIONES:

Pérdida del soporte óseo. Reabsorción externa.

Pérdida ósea de las piezas vecinas.

Extravasación de infección a nivel del periapice.(diseminación)

Absceso dento alveolar.

Trauma oclusal por extrusión dentaria producida por la inflamación.

Fractura coronaria.

Presencia de absceso con fístula intraoral

Perforación lateral o de piso en piezas multiradiculares (2).

X. FLUJO GRAMA-ALGORITMO



FLUJOGRAMA

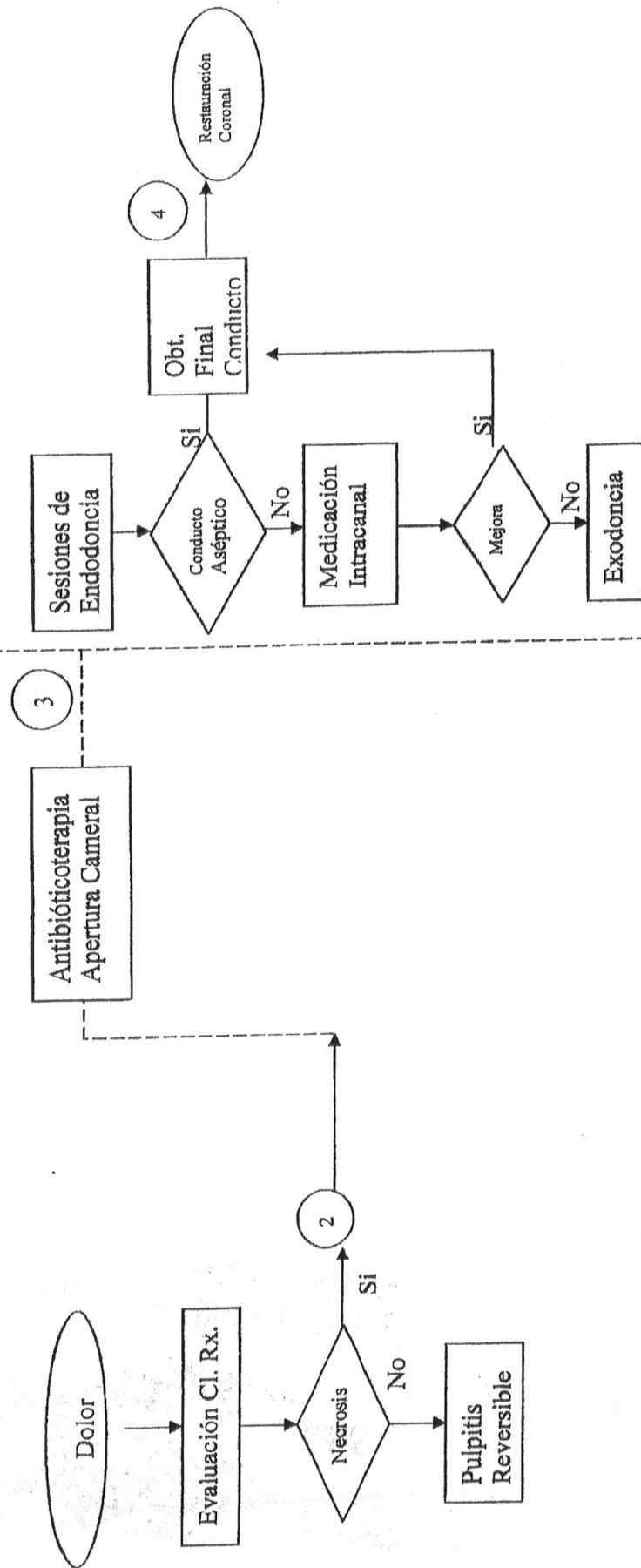


1.- Unidad de Diagnóstico

2.- Unidad de Emergencia

3.- Unidad de Endodoncia

4.- Unidad de Operatoria



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Endodoncia. Mondragón Espinoza Jaime. Editorial Interamericana 1998.
2. Endodoncia y principios de la práctica clínica WALTON Editorial Mc.Graw Hill 3era Edición 2003.
3. Oficina de Estadística y Epidemiología del IESN.
4. Manual de Procedimientos Clínicos. Pulpectomía. Hernán Villena Martínez. Editorial Universo 1989.



1. TÍTULO:

PULPITIS REVERSIBLE EN PIEZAS DECIDUAS Y PERMANENTES

CODIGO: K04.9

2. **DEFINICIÓN:** Pulpa dental inflamada de la cámara coronal que implica pulpa no infectada a nivel del conducto radicular. Eliminada la causa, la inflamación se revierte. (1)

ETIOLOGÍA:

- Bacterias: Caries, grietas en las coronas, pieza dental con hipoplasia.
- Traumatismo: Fractura de corona.
- Latrogénicos: Generación de calor por equipo de alta velocidad, profundidad de la preparación cavitaria, materiales de relleno (2)

FRECUENCIA: 25% población que acude al servicio de Calleología y Endodoncia. (3)

3. **FACTORES DE RIESGO:** -Pacientes con mala higiene bucal.

- Piezas dentales con caries profundas.
- Piezas dentales con restauraciones desbordantes.
- Nivel socioeconómico bajo.

4. CUADRO CLÍNICO:

Dolor provocado por cambios de temperatura (calor, frío), dulces, aire y masticación. El dolor disminuye o desaparece al suprimir el estímulo. No existe abscesos y fistulas. No existe movilidad de la pieza dentaria.

5. DIAGNÓSTICO:

CRITERIO DIAGNÓSTICO:

- Pulpa con inflamación mínima (solo a nivel de cámara pulpar).
- Destrucción coronaria que no involucra toda la superficie de la corona.
- Dolor provocado.
- Existencia de dos terceras partes de la longitud de la raíz.
- Hemorragia en el sitio de la exposición fácil de controlar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Pulpitis irreversible.
- Hiperemia pulpar.

6. EXÁMENES AUXILIARES

- Pruebas de vitalidad pulpar.
- Radiografía periapical

7. MANEJO:

MEDIDAS GENERALES

- Medidas preventivas educacionales para la conservación de la salud bucal a padres de familia y paciente.

TERAPIA ESPECÍFICA:

- Pulpotomía en caso de dentición decidua (Eliminación completa de la porción coronal de la pulpa dental, aplicación adecuada del medicamento fijador manteniendo la vitalidad de la pulpa radicular).
- Endodoncia en caso de dentición permanente.

TERAPIA COADYUVANTE

- Antibiótico terapia
- Refuerzo de la corona dentaria

NIVEL DE ATENCIÓN:

- Tipo de atención ambulatorio
- Hospital de III Nivel.

CRITERIOS DE ALTA:

- Fijación de pulpa radicular que implica conservación de la misma.
- Ausencia de dolor.
- Obturación temporal o permanente.
- Ajuste oclusal.

PRONÓSTICO:

- Favorable, si el dolor no se presenta de manera espontánea, 70 a 90 % de éxito

8. COMPLICACIONES:

- Dificultad de controlar la penetración del medicamento fijador ocasionado irritación de la pulpa radicular.
- Por el medicamento fijador aceleración de exfoliación de los molares primarios tratados
- Falla en la localización de la cámara pulpar, perforación radicular en el área cervical.
- Desgaste excesivo del piso radicular o de las paredes o ambas (perforación).
- Excesiva destrucción de los tejidos dentarios debido a una apertura amplia innecesaria (4).

9. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

10. FLUJOGRAMA

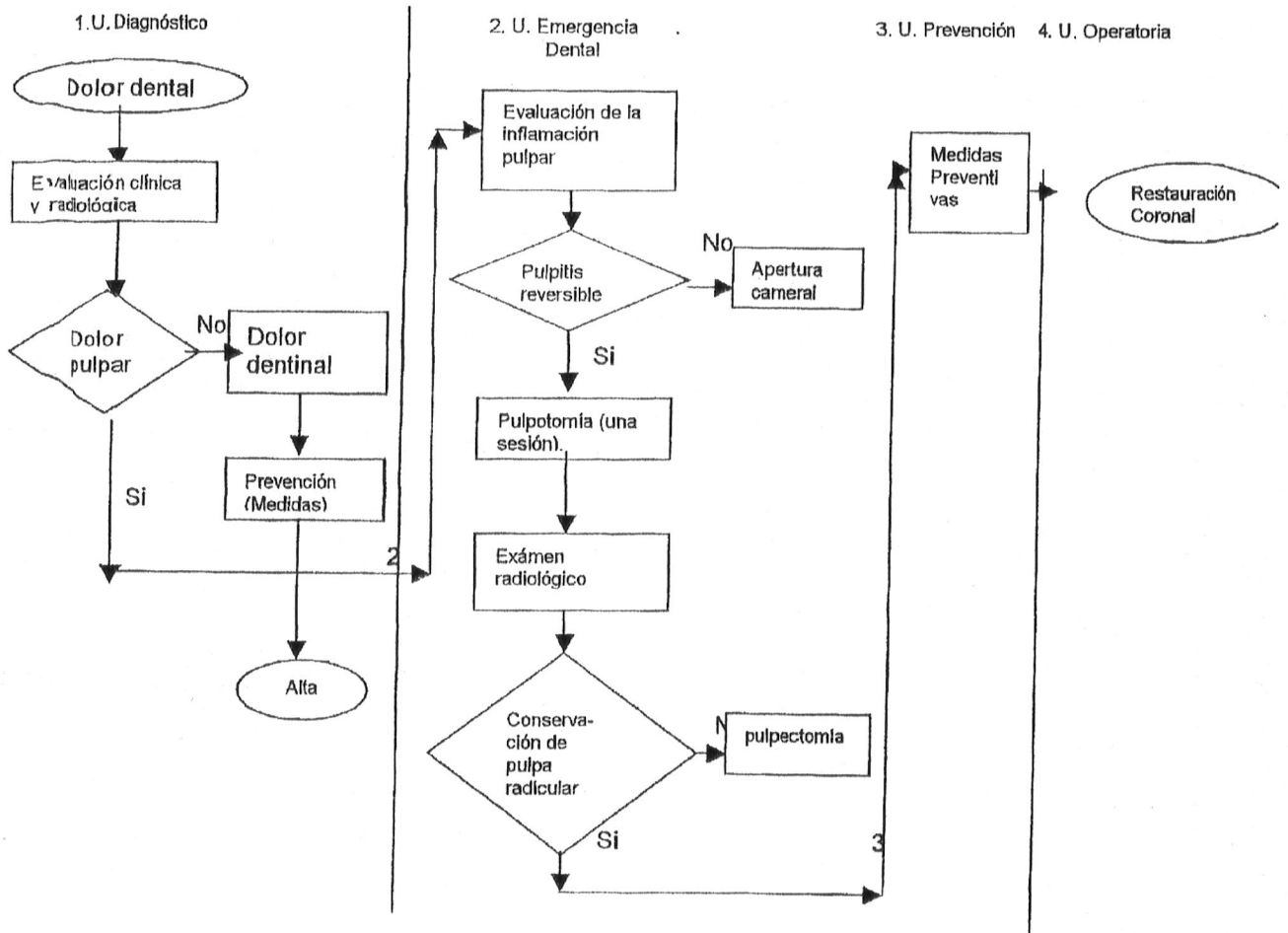
FLUJOGRAMA

El presente flujoograma describe el proceso de gestión de los recursos humanos de la empresa, desde la planificación hasta la evaluación del desempeño.



Este documento es propiedad de la empresa y no debe ser distribuido fuera de ella sin el consentimiento expreso de la dirección.

10. FLUJOGRAMA



11. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Sapp Philip, Lewis R, Eversole, Pwyssocki George. Patología Oral y Maxilo Facial contemporánea. Pag. 63 Edición Harcourt, S.A. Madrid – España, Grafos S.A. 2000.
2. Oficina de Estadística y Epidemiología del IESN.
3. Mercado C. Ramón. Manual de Odontología Pediátrica. En: Actualidad Médico Odontológica, C.A. Capítulo 4. 1ra Edición 1996. Impresora Colombia. Editor principal: Heine & Cía.
4. Weine, F. Alternativas al Tratamiento Endodónico Convencional. En: Weine, F. ed. Tratamiento Endodónico. Capítulo 16 Quinta edición. Editorial Harcourt Brace España, 1997; 714 – 756.



Los objetivos del presente estudio fueron elaborar un diseño de Guías de Médicas , un diseño de Procedimientos Médicos presente trabajo.

CARIES DENTAL EN NIÑOS NO COOPERADORES Y/O CON ENFERMEDAD SISTÉMICA

I. TITULO

Caries dental en niños no cooperadores y/o con enfermedad sistémica

Código: KO2.1 (8)

II. DEFINICIÓN

Caries Dental: *Es una enfermedad infecciosa progresiva y multifactorial de origen químico y biológico, caracterizado por la degradación de los tejidos duros del diente, causando perforaciones que dañan la estructura del diente.*

niños no cooperadores y/o con enfermedad sistémica: *son niños con caries dental, con incapacidad de colaborar para ser atendidos en el sillón dental (1)*

ETIOLOGÍA: *La caries dental se debe a la interacción de los factores principales:*

* **El Huésped,** *es decir, el diente que es atacado. La Placa Dental, donde se encuentran los microorganismos. (Streptococcus mutans o Lactobacillus acidophilus)*

* **La Saliva,** *La saliva tiene una función protectora importante. La cantidad de saliva disponible en la boca y su contenido de fluoruro, calcio y fósforo permiten la remineralización de las superficies dentales afectadas.*

* **La Dieta,** *es un factor muy importante ya que una dieta rica en carbohidratos aumenta la propensión a la caries. Las condiciones ácidas*



por debajo de pH 5,5 causan la disolución del calcio y el fosfato del esmalte dental o la dentina

* El Tiempo, el cual juega un papel importante en el avance de la lesión cariosa. (5)

Aspectos epidemiológicos:

En el Perú

La prevalencia de caries Dental es de 84 % a la edad de 12 años, para el año 2000 (Análisis de la Situación Perú. Programa especial de Análisis de Salud OPS/OMS PERÚ)

Internacional

Se considera que aproximadamente 20% de la población de Estados Unidos de Norteamérica tiene algún tipo de discapacidad, teniendo discapacidades graves sólo 10% de su población.

En México las cifras de la población con discapacidad no se conocen con precisión, pero se considera que existe aproximadamente entre 15-20% del total de la población. Algunos investigadores han reportado que aproximadamente 20% de las personas con discapacidad requieren de anestesia general para recibir tratamiento odontológico. (4)

En Cuba la caries dental afecta a más del 90% de la población y la tendencia de esta enfermedad en la población menor de 15 años (9)

Datos INSN DEL AÑO 2005

Tratamiento odontológico integral en sala de operaciones en 299 pacientes. (7)

III. FACTORES DE RIESGO

-Medio ambiente: Factores externos, agua no fluorizada

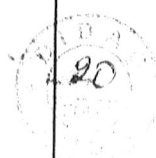
-Estilos de vida:

Factores Nutricionales:

Afectación nutricional prenatal:

- Infecciones graves o déficits nutricionales importantes en el tercer trimestre gestacional.
- Ingesta de tetraciclinas por la madre
- Prematuridad

Afectación nutricional postnatal:



Malos hábitos dietéticos:

- Hábitos alimentarios inadecuados
- Chupetes o tetinas endulzados
- Biberón endulzado para dormir
- Bebidas con azúcares ocultos frecuentes (bebidas carbónicas, zumos)
- Consumo de jarabes endulzados frecuentes
- Ingestión frecuente de azúcares

Factores relacionados con la higiene dental:

Alteraciones morfológicas de la cavidad oral

- Malformaciones orofaciales

Deficiente higiene oral:

- Mala higiene oral personal o de los padres y hermanos
- No correcta eliminación de la placa dental
- Minusvalías psíquicas importantes, dificultad de cooperación o causa de complejidad sistémica
- Factores asociados con boca seca (xerostomía)
- Hipertrofia de vegetaciones adenoidea y otras situaciones, que conducen a respirador bucal
- Anticolinérgico
- Síndrome de Sjogren
- Displasia ectodérmica

Medicamentos: como antidepresivos, antibióticos, tranquilizantes, antihipertensivos, diuréticos,

Hiposalivación combinada con desorden dietético: pueden causar una devastación dental. (6)



-Factores hereditarios: *La caries no se hereda, pero sí existen factores predisponentes para la caries, suceptibilidad congénita a la caries (6)*

IV CUADRO CLÍNICO

Cuadro Clínico de caries dental:

- ◆ Caries de primer grado: caries extensa poco profunda, a nivel de esmalte, sin dolor
- ◆ Caries de segundo grado: caries que atraviesa la línea amelo-dentinaria hasta la dentina, con sensibilidad dentinaria
- ◆ Caries de tercer grado: caries que ha llegado a la pulpa, produciendo inflamación con dolor agudo
- ◆ Caries de cuarto grado: La pulpa ha sido destruida totalmente, no hay dolor espontáneo, pero si complicaciones e infecciones

Cuantificación de los niños no cooperadores y/o con enfermedad sistémica:

Niños no cooperadores:

- Categoría I :Niño con alteración emocional
- Categoría II :Paciente infantil tímido o introvertido
- Categoría III: Niño atemorizado
- Categoría IV: Niño rebelde ante la autoridad

Niños con enfermedades sistémicas:

alteraciones renales, cardíacas y la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, cardiopatías, hemofilia y otros trastornos de la coagulación otros (2)

V. DIAGNÓSTICO



Criterios de Diagnóstico

- Cuadro clínico dental
- Radiografía: imagen radiolúcida en estructura dentaria compatible con destrucción de estructura dentaria)
- Cuadro Clínico sistémico
- Análisis de laboratorio
- Evaluación por otras especialidades médicas

Diagnóstico Diferencial caries dental

- ♦ *Hipoplasia de Turner*
- ♦ *Amelogénesis imoerfecta*
- ♦ *Odontodisplasia*
- ♦ *Pigmentación por tetraciclina*
- ♦ *Fluorosis (diente moteado) (3)*

VI. EXAMENES AUXILIARES

-Confirman el Diagnóstico Clínico dental.

- Radiografía periapical
- Radiografía bite wing
- Radiografía panorámica.

-Definen el estado basal o condición del paciente:

- *ELISA para VIH*
- *Hg, Hemograma, Hto, TC, TS, Plaq, grupo-Factor,*
- *Examen de orina*
- *PPD, radiografía de torax*
- *Riesgo quirúrgico*
- *ASA anestesiológica*
- *Evaluación Pediátrica*
- *otros.*

VII. MANEJO

Medidas generales:

- ♦ *Educación en prevención de caries dental en la que tiene que haber un cambio de estilo de vida, hábitos que puedan preservar los dientes*

Terapia Específica:

Tratamiento Odontológico Integral en sala de Operaciones

- ♦ *Eliminación de placa bacteriana*
- ♦ *Restauraciones dentales*
- ♦ *Tratamientos pulpares: pulpotomía, pulpectomía, endodoncia piezas permanentes*
- ♦ *Protección tópica con flúor*

Terapia Coadyuvante

- ♦ *Flúor de aplicación tópica*
- ♦ *Flúor por vía sistémica*
- ♦ *Dieta no cariogénica*
- ♦ *Cuidados dentales en el hogar*

Criterios de alta:

- *Superficies dentarias libre de caries*
- *verificar no sangrado oral*
- *Paciente en la unidad de recuperación de sala de operaciones en condiciones estables*

- **Pronóstico : bueno**

♦ Nivel de atención:

IV nivel

VIII. COMPLICACIONES

- *Hemorragia*
- *mal estado sistémico*
- *Hospitalización, observación continua, evaluación con nuevos análisis, evaluación Odontológica y Médica .*
- *Infecciones de origen dentario con necesidad de retratamiento*

24

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

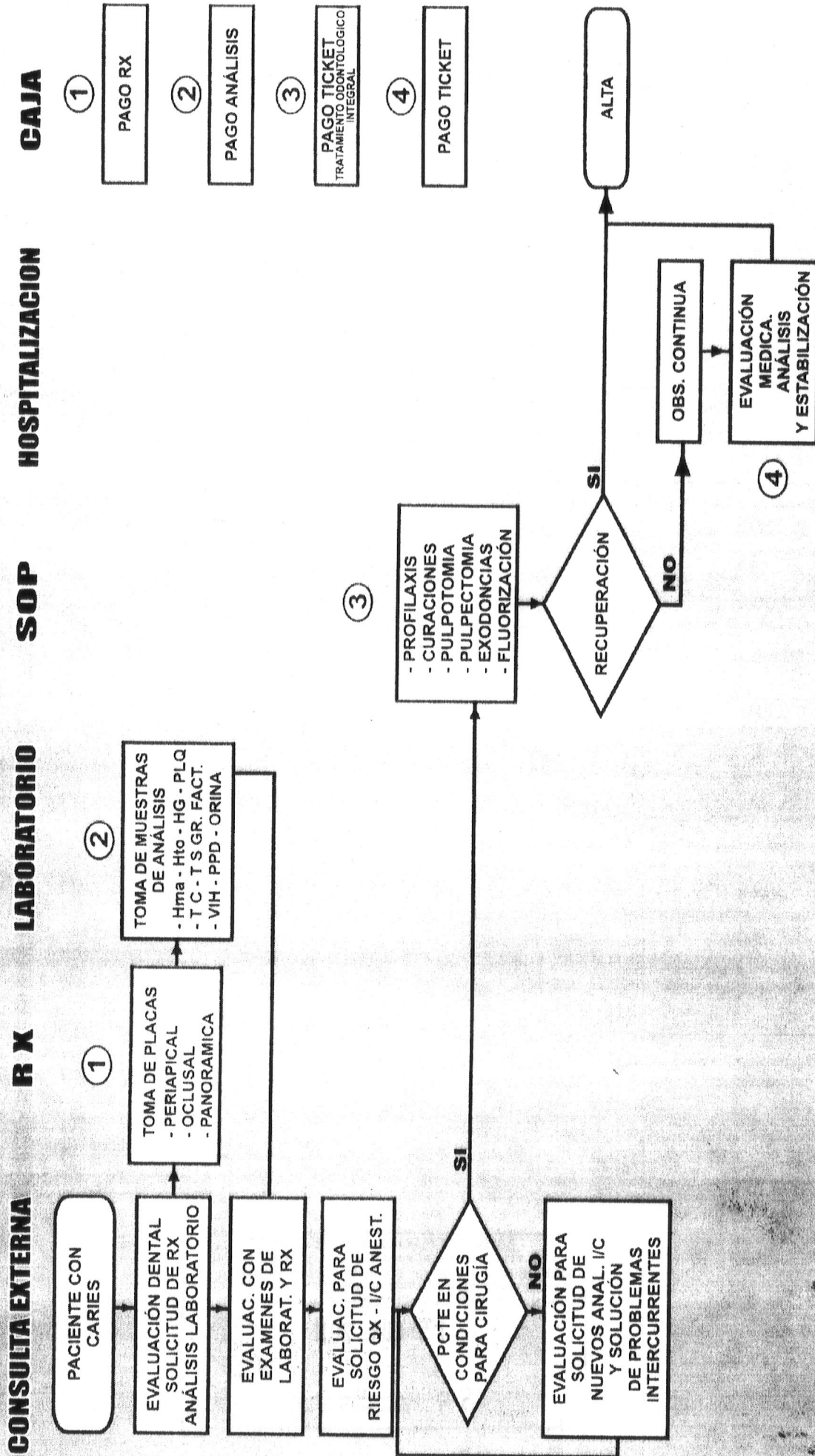
- ♦ *No se da porque el instituto especializado de Salud del Niño es un centro de referencia único en el país*

X. FLUJOGRAMA / ALGORITMO



FLUXOGRAMA : GUIA DE ATENCIÓN

CARIES DENTAL EN NIÑOS NO COOPERADORES Y/O CON ENFERMEDAD SISTÉMICA



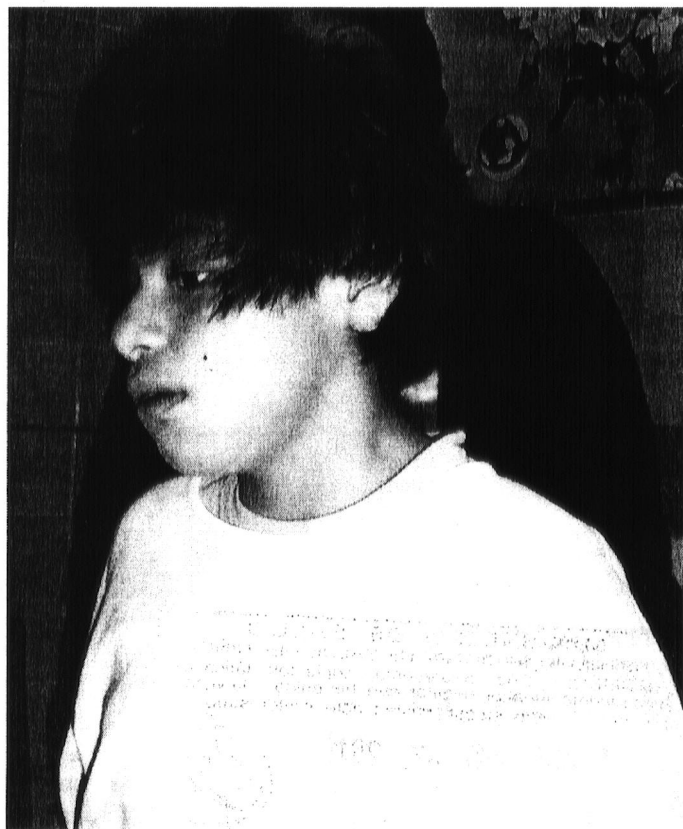
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *María Elena Guerra et al .TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS VIH(+) BAJO ANESTESIA GENERAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. acta odontológica Venezolana Vol 41, N°2.2003*
2. *J. R. Pinkhan. ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Editorial Interamericana 1991. pag 284-288.*
3. *Shaffer WG, Hine MK, Levy BM. TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL. 4ta ed México. DF: Nueva Editorial Interamericana; 2000. p. 432-7, 429.*
4. *dr. juan pablo loyola rodríguez et al .NECESIDADES DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS BAJO ANESTESIA GENERAL. Bol Méd Hosp Infant Méx 2002; Vol. 59(5):288-296*
5. *Medina-Solís Carlo Eduardo PÉRDIDA DENTAL Y PATRONES DE CARIES EN PREESCOLARES DE UNA COMUNIDAD SUBURBANA DE CAMPECHE . Acta Odontológica Venezolana. VOLUMEN 42 N° 3 / 2004*
6. *Matos MA. RIESGO DE CARIES DENTAL. Rev. Estomatológica Herediana 2004; 14(1-2:101-106*
7. *Unidad de ESTADÍSTICA del Instituto Especializado de Salud del Niño.*
8. *CIE Código Internacional de Enfermedades*
9. *[http://www. Monografias.com. trabajos16/Cuba](http://www.Monografias.com.trabajos16/Cuba)*
10. *Dr José Yance joyaca@ hot mail . com*

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL EN SALA DE OPERACIONES



**PACIENTES
NO
COOPERADORES
FIG Nª 1**



**PACIENTES
CON
ENFERMEDAD
SISTÉMICA
FIG Nª 2**

I. TITULO

CARIES LIMITADA DE ESMALTE

Código: (K02.0)

II. DEFINICIÓN

Es una condición inflamatoria de suave a moderada de la pulpa causada por estímulos nocivos en la cual es capaz de retornar al estado no inflamatorio después de retirado el estímulo

ETIOLOGÍA

Bacterianas:

Toxinas asociadas a caries

Invasión directa por caries o trauma.

Morfológicas:

Surcos y fisuras profundas o retentivas

Genético

Dieta

Tiempo y frecuencia de exposición a factores cariogénicos

III. FACTORES DE RIESGO

Paciente con mala higiene oral

Dieta cariogénica

Restauraciones deficientes

Morfología defectuosa del esmalte

Negligencia de los padres o tutores con respecto a la salud bucal del paciente

IV. CUADRO CLÍNICO

Lesión asintomática de caries dental clínicamente aparente retentiva en la zona de fosas y fisuras

V. DIAGNOSTICO

CRITERIO DIAGNOSTICO: pieza dental con lesión asintomática de caries dental clínicamente restringida al esmalte de fosas y fisuras



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: a diferencia de la mancha blanca que no es una lesión de caries dental no presenta ninguna zona de retención al examen clínico.

VI. PROCEDIMIENTOS AUXILIARES:

Solamente el examen clínico dental

VII. MANEJO

MEDIDAS GENERALES:

Instrucción de higiene oral y control de placa bacteriana

Asesoría dietética

Remoción de la lesión incipiente de caries dental

Concientizar a los padres respecto al cuidado de la salud bucal del paciente

TERAPIA ESPECÍFICA:

Remoción clínica de la lesión incipiente de caries dental

NIVEL DE ATENCIÓN:

Hospital de III nivel

CRITERIOS DE ALTA:

Ausencia de retención mecánica en la superficie del diente

Ausencia de sensibilidad o dolor

PRONOSTICO:

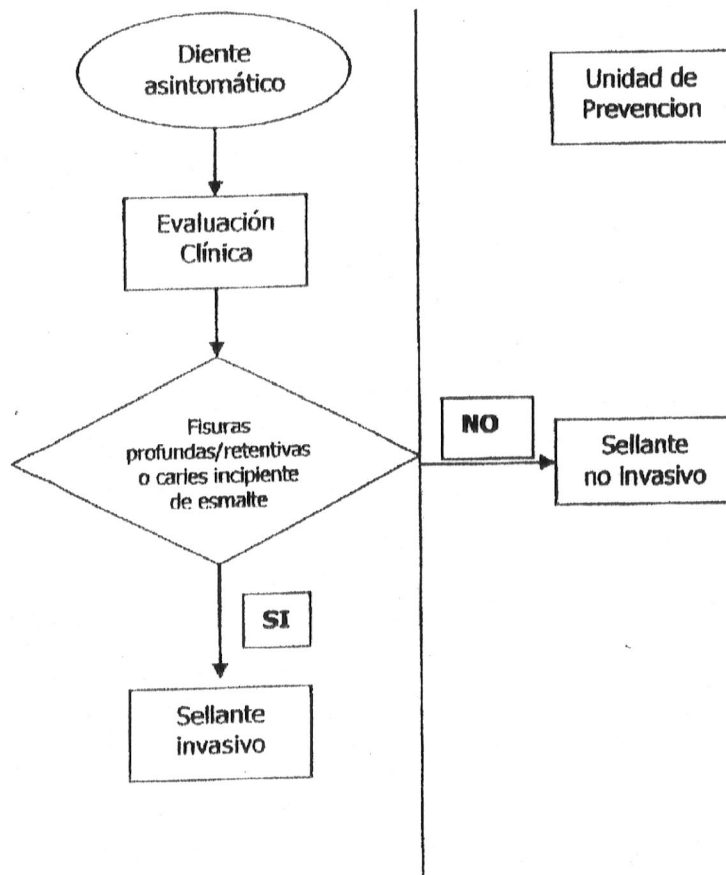
Favorable

VIII. COMPLICACIONES

Si no es detectado precozmente el proceso de la enfermedad avance comprometiendo el complejo dentino-pulpar.



Unidad de
Estética y
Operatoria
Dental



Unidad de
Prevencion

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBERS H. Tooth-colored restorative- Principles and Techniques (9th ed). Cap 11: 203. BC Decker Inc 2002 Hamilton - London.
2. ALONZO CALATRAVA L. Modelo de tratamiento preventivo-restaurador contemporáneo. En SEIF TR - Cariología - Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental, Cap 5: 99.
3. ARENOS J y col. Penetration of varnishes into demineralized dentine in-vitro. Caries Res 1997; 31: 201.
4. BARKMEIER WW, COOLEY R. Laboratory evaluation of adhesives systems. Op Dent 1992; Supplement 5: 1.
5. CORTS JP. Procedimientos Preventivo-Restauradores. Int College of Dentists Section Fourth Magazine 1996; Vol 4: Nro 1, 29.



I. TITULO: Pulpitis aguda

CODIGO: K04.0

II. DEFINICION:

Es la continuación del estado inflamatorio pulpar. Caracterizado por invasión bacteriana y de sus productos de desecho a nivel de pulpa cameral y radicular.

II. ETIOLOGIA:

Frecuentemente, los causantes de esta situación son los procedimientos odontológicos incorrectos (fresado sin la debida refrigeración, exposiciones pulpares inadvertidas, falta de protección pulpar, etc). A si como el avance del proceso de desmineralización secundaria del metabolismo microbiano sobre la superficie de la dentina.

III. OBJETIVOS

Diagnosticar y tratar oportuna y adecuadamente al paciente con Pulpitis irreversible, previniendo la diseminación por fuera del foramen apical a planos musculares profundos.

IV NIVEL DE ATENCIÓN

Tratamiento ambulatorio en nivel II,III

V CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Puede observarse una cavidad con exposición dentinaria o una obturación reciente.

Dolor paroxístico espontáneo causado, al inicio, por cambios de temperatura o por dulces o alimentos ácidos. El dolor es agudo, punzante o pulsátil y difiere de los estados reversibles por ser más severo y permanecer después del retiro del agente irritativo. Puede ser intermitente, pero posteriormente se hace continuo y muy intenso. Se incentiva al inclinar la cabeza, por incremento de la presión sanguínea.

Radiográficamente IRL mas de 2/3 de dentina

V. FACTORES DE RIESGO: (3)

3.1. Factores condicionantes:

Pacientes con mal estado nutricional por dieta cariogenica
Anatomía dental que facilita la retención de placa bacteriana
Flujo salival disminuido

Pacientes con colonización abundante de Estreptococo mutans.

3.2. Factores secundarios:

Tiempo de exposición de la placa bacteriana y edad del paciente
Medicamentosa que influyen en el flujo salival
Disminución de las defensas del organismos
Condición socioeconómica y cultural del medio familiar del paciente
Alteración congénitas de la estructura del esmalte
Ausencia de fluoruros en la dieta o de acceso a fluoroterapia

VI MANEJO

Pulpectomía
Exodoncia

VII CRITERIOS DE ALTA:

Ausencia de dolor agudo y Terapia pulpar concluida.



VIII. DESCANSO MÉDICO:

No se requiere en el tratamiento ambulatorio

IX. COSTO APROXIMADO:

Incluir costo de la consulta y los medicamentos del tratamiento Pulpar

VIII. COMPLICACIONES:

Diagnostico tardío que provoca evolución de la lesión al tejido periodontal .

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:**X. ALGORITMO:****XI. BIBLIOGRAFIA:**

Odontología Pediátrica. Escobar Muñoz F. Edit. Actualidades Medicas-Odontológicas Latinoamericanas. 3 Edic. 2004

Oficina de Estadística e Informática. IESN.

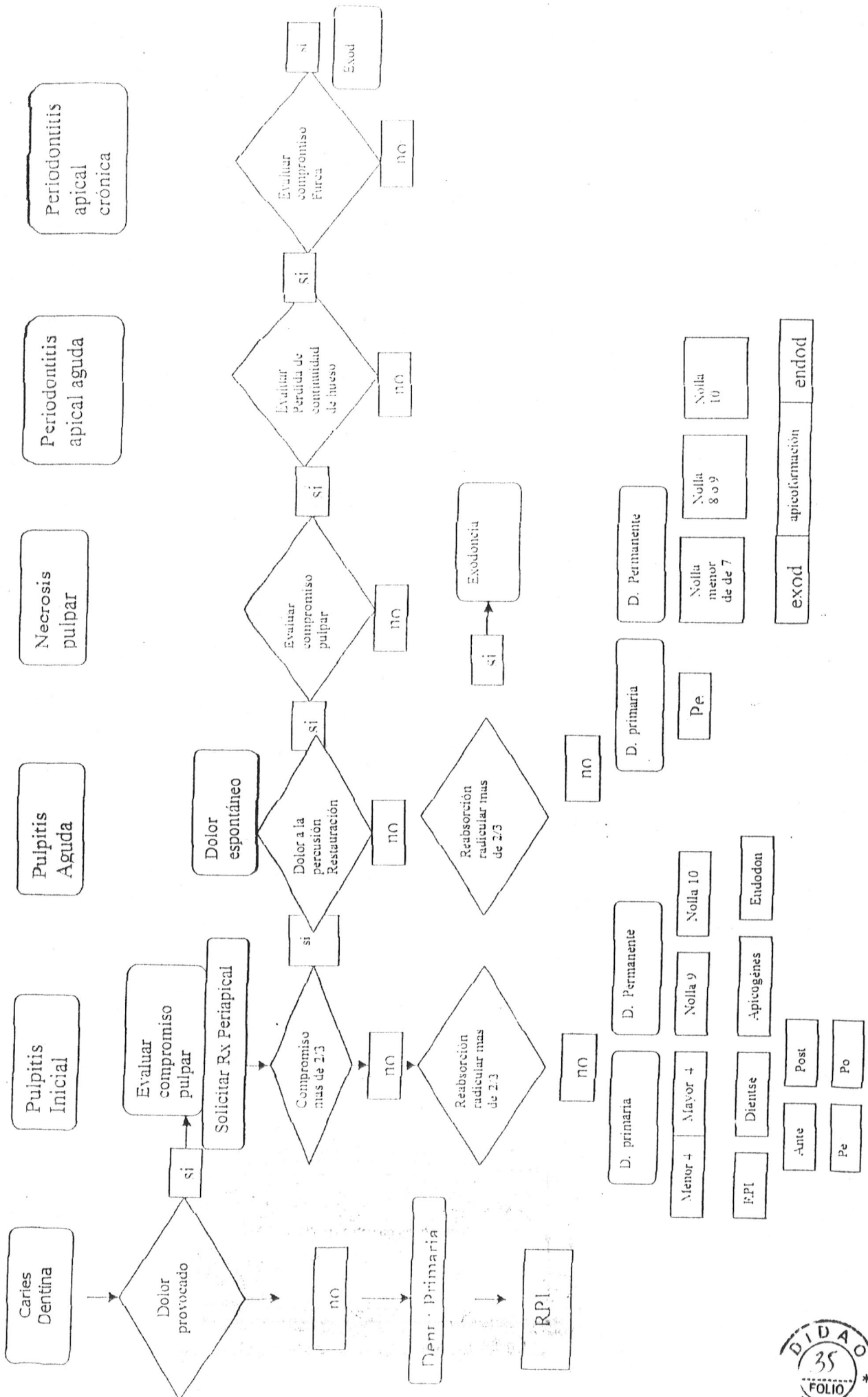
Manual de Odontopediatria. López Jordi Ma. Edit Mc Graw-Hill Inter. Edic 2002

Odontología para el bebe. De Figueredo Reynaldo. Edit. Actualidades Médicas-Odontológicas Latinoamericanas. 1 Edic. 2000

Odontología Pediátrica. Pickham JR. Nva Edit Interamericana. 4Edic 2001.

Guidelines of the AAPD. 2,003-2,005.

XII. FLUJOGRAMA:



I. TÍTULO:

PERIODONTITIS APICAL AGUDA

CÓDIGO: K04.4

II. DEFINICIÓN:

La periodontitis apical aguda no es más que una inflamación aguda del periodonto, es decir una inflamación de corta duración, determinada por los más variados agentes etiológicos.

III. ETIOLOGÍA:

Los agentes físicos químicos y microbianos, aislados o relacionados entre si, pueden provocar irritación del ligamento periodontal apical, a través del conducto radicular, o a través de traumatismos sobre la corona dentaria.

- aparatología ortodóntica inadecuada
- restauraciones que afectan la oclusión (contactos prematuros)
- gangrena pulpar
- mal procedimiento endodóntico (sobreinstrumentación, mala asepsia, soluciones irritantes)

FACTORES DE RIESGO:

Pacientes con mala higiene oral

Dientes con caries profunda

Restauraciones deficientes

Traumatismos

IV. CUADRO CLÍNICO:

Dolor espontáneo no muy intenso localizado que a veces llega a ser pulsátil.

Ligera extrusión del diente, a veces sensible al tacto, lo que impide la masticación y hasta la fonación.

V. DIAGNÓSTICO:

CRITERIO DIAGNÓSTICO

Se considera como pieza con periodontitis apical aguda, aquella que presenta dolor espontáneo de intensidad moderada a elevada, localizado, a veces pulsátil, y



radiográficamente se observara en la mayoría de los casos ensanchamiento del espacio periodontal.

CRITERIO DIFERENCIAL

Absceso dentoalveolar agudo en su fase inicial.

VI. PROCEDIMIENTOS AUXILIARES:

Pruebas de vitalidad pulpar

Exámenes auxiliares: Radiografías periapicales

VII. MANEJO:

MEDIDAS GENERALES:

- Visitas periódicas al odontólogo
- Control de la placa bacteriana
- Instrucción de la higiene oral
- Cambio de hábitos alimenticios

TERAPIA ESPECÍFICA

- Remoción completa del tejido cariado y retiro de los restos pulpares, para disminuir la pigmentación coronaria.
- Tratamiento o retratamiento del conducto radicular que incluye la instrumentación, medicación (curativo de demora) y obturación de los conductos.
- Rectificación de la oclusión, evitar contactos prematuros, por obturaciones extendidas.
- Adecuado plan de tratamiento y desarrollo de la terapia -;

TERAPIA COADYUVANTE

Antibioticoterapia (en caso de infección)

Refuerzo de la estructura dentaria

CRITERIOS DE ALTA:

Ausencia de dolor

Ausencia de signos clínicos de infección



PRONOSTICO:

Favorable

VIII. COMPLICACIONES:

Perdida del soporte óseo

Reabsorción externa

Extravasación de infección a nivel del periapice (diseminación)

Absceso dentoalveolar

Trauma oclusal por extrusión dentaria producida por la inflamación

Fractura coronaria.

Presencia de absceso con fistula intraoral.

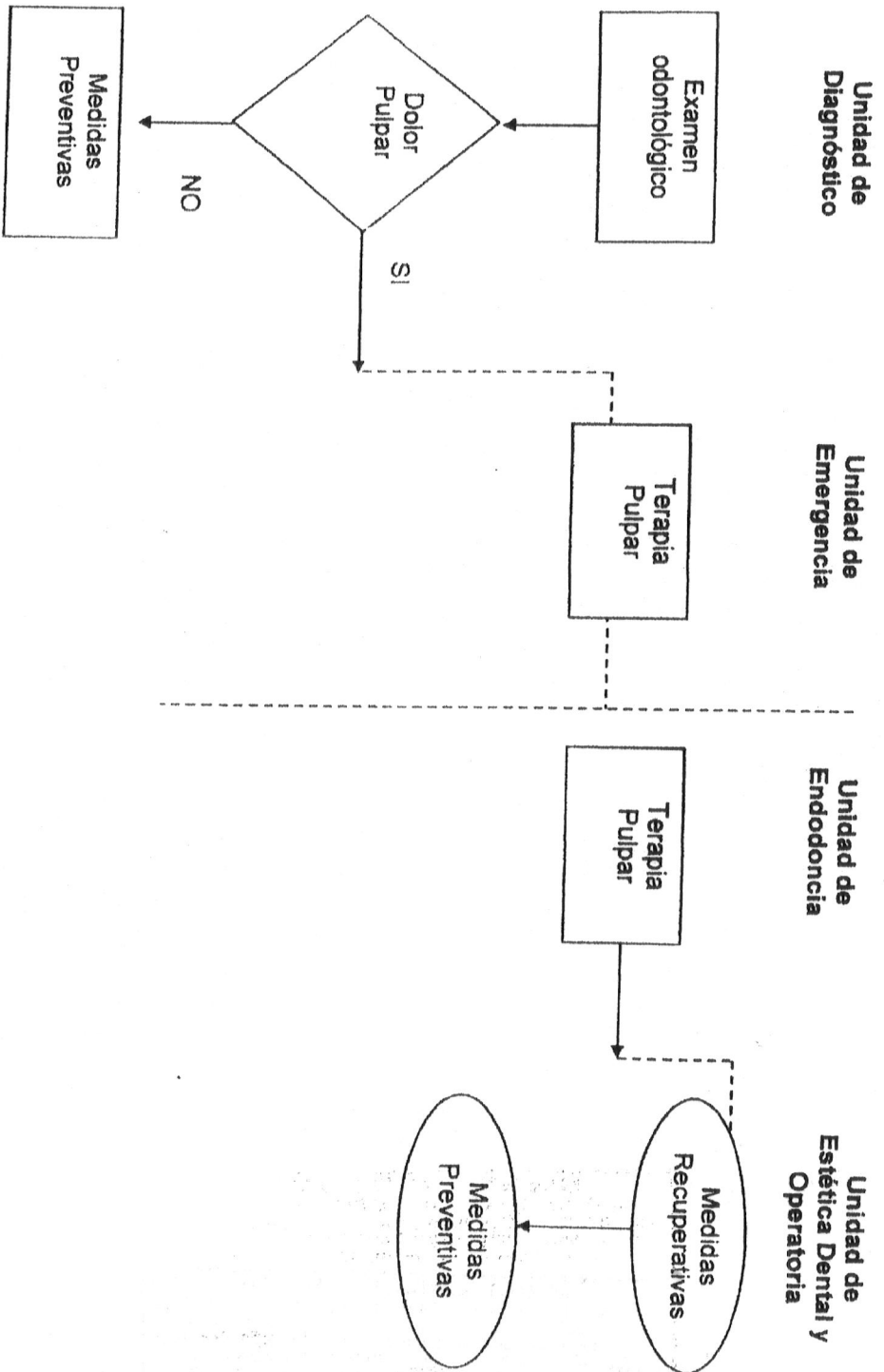
Perforación lateral o de piso en piezas multiradiculares.

Compromiso del germen dentario de la pieza permanente.

IX. FLUJOGRAMA – ALGORITMO

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **PERIODONTOLOGIA CLÍNICA** ;NEWMAN, MICHAEL G & TAKEI, HENRY H; EDITORIAL MCGRAW-HILL
2. **PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA E IMPLANTOLOGIA ODONTOLÓGICA** LINDHE; EDITORIAL PANAMERICANA
3. **ENDODONCIA EN LA PRACTICA CLÍNICA** HARTY EDITORIAL MANUAL MODERNO
4. **ENDODONCIA PRINCIPIOS Y PRACTICA CLÍNICA;** WALTON EDITORIAL: INTERAMERICANA



I. TITULO:

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA

CÓDIGO: KO4.5

II. DEFINICIÓN:

Es la inflamación y destrucción del periodonto apical como consecuencia de una necrosis pulpar, se caracteriza por presentar un área radiolúcida perirradicular generalmente sin síntomas clínicos.

III. ETIOLOGÍA:

Es una secuela de la necrosis pulpar. Si el proceso agudo no es tratado, se convierte en crónico; ello supone un cambio en el tiempo y en la población celular. Su etiología se basa en que el proceso inflamatorio agudo es una respuesta exudativa, mientras que el crónico es más bien una respuesta proliferativa.

IV. FACTORES DE RIESGO:

Pacientes con mala higiene oral Dientes con caries profunda Restauraciones deficientes Traumatismos Factores sistémico.

V. CUADRO CLÍNICO:

Es una lesión de larga data, asintomática por lo general, o levemente sintomática en pocos casos. Sus características clínicas son irrelevantes ya que el paciente no manifiesta dolor significativo y las pruebas revelan poco o ningún dolor a la percusión. En los casos donde la lesión ha perforado la cortical ósea la palpación sobre apical puede causar molestia. El diente afectado está necrótico por lo que las pruebas de vitalidad serán negativas.

VI. DIAGNOSTICO:

CRITERIO DIAGNOSTICO

Esta lesión está asociada a dientes neuróticos, en general nosotros diagnosticamos una periodontitis apical crónica, suponiendo que histológicamente esa Sesión se corresponde con un absceso apical crónico, un granuloma o un quiste periapical.



Típicamente es asintomática, y en la mayoría de los casos es un hallazgo radiográfico. También es posible asociar a esta lesión con dientes tratados endodónticamente que en la cita de control encontramos al diente asintomático, pero que ha desarrollado o persistido una periodontitis apical crónica. Las características para poder establecer el diagnóstico son las siguientes:

- a) Pruebas de vitalidad: Negativas
- b) Dolor espontáneo: Ausente o muy leve
- c) Dolor a la palpación sobre apical. Ausente o leve si la lesión ha perforado la cortical ósea.
- d) Dolor a la percusión Poco o ninguno.
- e) Movilidad Ausente.
- f) Afectación de los tejidos blandos. Ausente.
- g) Radiográficamente Imagen radiolúcida apical de tamaño variable, puede ser difusa o circunscrita.

CRITERIO DIFERENCIAL

Quiste radicular

VII. PROCEDIMIENTOS AUXILIARES:

Pruebas de vitalidad pulpar

Exámenes auxiliares: Radiografías periapicales

VIII. MANEJO:

MEDIDAS GENERALES:

- Motivación, educación preventiva y uso adecuado de higiene dental
- Control de la placa bacteriana
- Visita periódica al odontólogo

TERAPIA ESPECÍFICA

- Endodoncia

TERAPIA COADYUVANTE

Antibioticoterapia



CRITERIOS DE ALTA:

Ausencia de signos clínicos de infección

PRONOSTICO:

Favorable

IX. COMPLICACIONES:

Perdida del soporte óseo.

Reabsorción externa.

Absceso doloroso que deriva de una periodontitis apical crónica.

Preexistente al quedar contaminada o infectada por elementos.

Procedentes del conducto radicular necrótico o endodonciado.

Compromiso del germen dentario de la pieza permanente.

X. FLUJOGRAMA – ALGORITMO

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA E IMPLANTOLOGÍA ODONTOLÓGICA** LINDHE; EDITORIAL PANAMERICANA
2. **PERIODONTOLOGIA CLÍNICA;** NEWMAN, MICHAEL G. & TAKEI, CARRANZA, EDITORIAL MC GRAW HILL
3. **VÍAS DE LA PULPA** COHEN, STEPHEN & BURNS C. RICHARD
4. **ENDODONCIA PRINCIPIOS Y PRACTICA CLÍNICA;** WALTON - TORABINEJAD, EDITORIAL: INTERAMERICANA



