MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
PROYECTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD
PROGRAMA NACIONAL EXTENSA
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ORAL

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

(PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN)

Documento técnico Nro. 08

OBRAS CON EMPLEOS

Bolivia - 2003

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
PROYECTO REFORMA DEL SECTOR SALUD
PROGRAMA NACIONAL EXTENSA
Junio,2003

Elaboración final
Programa Nacional EXTENSA

1° Edición de 2000 ejemplares
Derechos Reservados

Ministerio de Salud y Deportes
Telefono. 2445359, 2495079
Fax: 2492900
La Paz - Bolivia

Proyecto Reforma del Sector Salud
Programa Nacional EXTENSA
Calle Capitán Ravelo N° 2199
Teléfono 2442666, 2440915
Fax: 2440591
rlagrava@reforma.org.bo
La Paz - Bolivia

D.L. N° 4-2-117-03 PO

Toda reproducción de partes del presente
Volumen se realizará citando la fuente

IMPRESO EN BOLIVIA - PRINTED IN BOLIVIA

PRESENTACIÓN

Impulsar la salud oral en poblaciones altamente vulnerables, como son los habitantes indígenas, originarios y campesinos de las áreas rurales se ha constituido en una de las principales estrategias del Ministerio de Salud y Deportes, en la perspectiva de dar respuesta adecuada a los nuevos requerimientos emergentes de la aplicación del Seguro Universal Materno Infantil y la necesidad de ampliar la cobertura de estos servicios a toda la población boliviana.

Para ello, el Programa Nacional de Extensión de Cobertura de Salud – EXTENSA y la Dirección Nacional de Salud Oral han elaborado los "Protocolos de Atención Odontológica para el Primer Nivel de Atención", documento que contiene las normas y criterios que orientan los procedimientos a ser aplicados en el tratamiento odontológico, tanto por los servicios de salud , como por las brigadas móviles de salud.

Con este instrumento esperamos contribuir de manera significativa a mejorar la calidad de la atención y la capacidad de resolución de los principales problemas orales, en la perspectiva de generar una atención integral en salud, objetivo fundamental de nuestra Política Nacional de Salud.

La Paz, junio de 2003

Dr. Javier Torres-Goitia Caballero
Ministro de Salud y Deportes

CREDITOS

AUTORIDADES MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Javier Torres Goitia Caballero
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Oscar Larraín Sánchez
VICEMINISTRO DE SALUD

Dr. Félix Sandóval
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Christian Fuentes Gutiérrez
DIRECTOR GENERAL DE SALUD Y SEGUROS PÚBLICOS

Dr. Raúl Prada Ferreira
DIRECTOR GENERAL DE PREVISIÓN SOCIAL

Dr. Mario Rivera Saenz
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

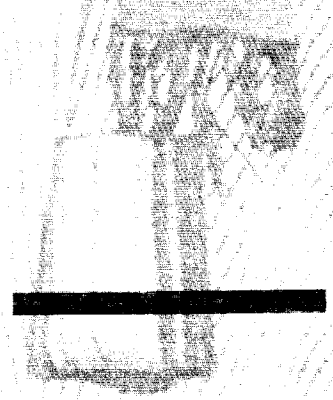
Dr. Miguel Delgado Koriyama
DIRECTOR GENERAL DE CONTROL Y PREVISION DE ENFERMEDADES

AUTORIDADES DEL PROYECTO REFORMA DEL SECTOR SALUD

José Minor Gainsborg Ayoroa
GERENTE GENERAL

Ing. Cristian Pereira Stambuk
GERENTE TECNICO

Lic. Jorge Vásquez
GERENTE ADMINISTRATIVO



PROGRAMA NACIONAL EXTENSA

Arq. Ronald Lagrava Burgoa
COORDINADOR NACIONAL PROGRAMA EXTENSA

Dr. Eduardo Requena
Dra. Rosa Palacios
Dra. Lady Mollinedo
ESTRATEGIAS OPERATIVAS EXTENSA

Dra. Carmen Estepa Suárez
MONITOREO Y EVALUACION EXTENSA

Dr. Javier López
Dra. Lizet Arias
PROYECCIÓN INSTITUCIONAL

Lic. Esther Moldes
Reynaldo Vila Guachalla
RESPONSABLE DE LOGÍSTICA

Dra. Etelvina Rojas
RESPONSABLE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA

Sra. Amparo Pacheco
ASISTENTE OPERATIVA

Dr. Jaime Gutiérrez Mallea
RESPONSABLE EXTENSA LA PAZ

Dr. Alberto Arando Berríos
RESPONSABLE EXTENSA CHUQUISACA

Dr. Héctor Leaño Padilla
RESPONSABLE EXTENSA COCHABAMBA

Dr. Javier Calizaya
RESPONSABLE EXTENSA ORURO

Dr. Gerardo Paniagua Pova
RESPONSABLE EXTENSA SANTA CRUZ

Dr. Gildo Angulo
RESPONSABLE EXTENSA TARIJA

Dr. Mario Zambrana Soto
RESPONSABLE EXTENSA POTOSI

Dr. Alberto Sánchez
RESPONSABLE EXTENSA PANDO

Dr. Luis Suárez
RESPONSABLE EXTENSA BENI

ELABORACION TÉCNICA

Equipo Nacional EXTENSA

REVISIÓN TÉCNICA

Dr. Christian Fuentes Gutiérrez
DIRECTOR GENERAL DE SALUD Y SEGUROS PÚBLICOS

Sr. José Minor Gainsborg Ayoroa
GERENTE GENERAL URS

Ing. Cristian Pereira Stambuk
GERENTE TÉCNICO URS

Dra. Martha Alcocer F.
RESPONSABLE NACIONAL DE SALUD ORAL

Dr. Emilio Pardo
COORDINADOR NACIONAL DEL SUMI

Dr. Roberto Barriga Arroyo
REDES Y TECNOLOGIA EN SALUD - URS

Dr. Fernando Espinoza
RESPONSABLE DE PROGRAMAS - URS

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

Módulos

1. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS 1

2. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA MUJERES EMBARAZADAS HASTA 6 MESES DESPUÉS DEL PARTO 25

3. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA PACIENTES DE 5 A 18 AÑOS 37

4. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA POBLACIÓN EN GENERAL 55

5. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS 69

ANEXO : Präctica de Restauración Atraumática – PRAT

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Deportes, determino crear el Programa Nacional de Extensión de Cobertura en Salud, EXTENSA, con el propósito de ampliar las coberturas de atención a comunidades rurales, dispersas, alejadas y con difícil acceso geográfico, donde no existen servicios regulares de salud.

Los Equipos Móviles de Salud, se constituyen en uno de los componentes centrales del Programa, incorporando al odontólogo general para dar respuesta a los problemas de salud oral que presentan los habitantes de estas comunidades rurales.

Sabemos que la salud oral forma parte integral de la salud en general y las enfermedades de la cavidad bucal pueden ser manifestaciones o factores agravantes de trastornos generalizados.

Según datos de 1998, en Bolivia se encontró que:

- Mas del 95% de la población infantil se encuentra afectada por caries.
- El CPO-D, en niños de 12 años, alcanzaba a 4,7. Es decir que de 28 dientes presentes en boca, al menos 5 dientes estaban cariados, perdidos u obturados).
- La prevalencia de caries no tratadas en este grupo alcanzaba el 84,6 %.

Esta situación de la salud oral se ve agravada en aquellas zonas de extrema pobreza, principalmente por la desnutrición grave y la mala alimentación.

La falta de higiene oral conlleva a graves problemas de enfermedad periodontal, otra causa para la perdida de las piezas dentales.

El presente Protocolo de Atención Odontológica, es un instrumento técnico-científico que orienta los tratamientos y procedimientos que los equipos de odontólogos deben aplicar en la atención, tanto en el primer como segundo nivel de resolución.

Está dirigido principalmente a aquellos odontólogos que brindan servicios en áreas rurales, donde el Odontólogo de la Brigada, debidamente capacitado para poder solucionar problemas bucales, con los medios que estén a su alcance, se constituye en el recurso fundamental para operativizar la Política Nacional de Salud.

Este documento está organizado en cinco grandes capítulos, según grupos de etáreos:

1. Protocolos de atención odontológica para niños menores de 5 años.
2. Protocolos de atención odontológica para la mujer embarazada hasta 6 meses después del parto.
3. Protocolos de atención odontológica para pacientes de 5 a 18 años de edad.
4. Protocolos de atención odontológica para población en general
5. Protocolos de atención odontológica para adultos mayores de 60 años de edad.

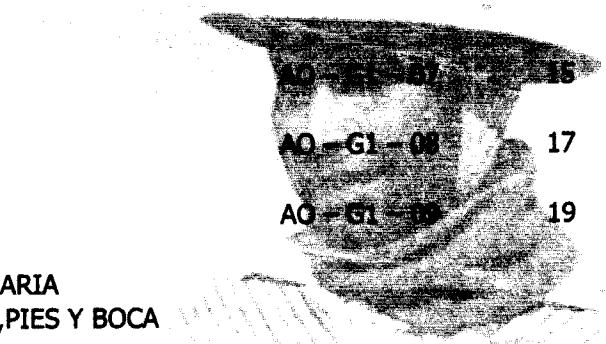
La Paz, junio de 2003

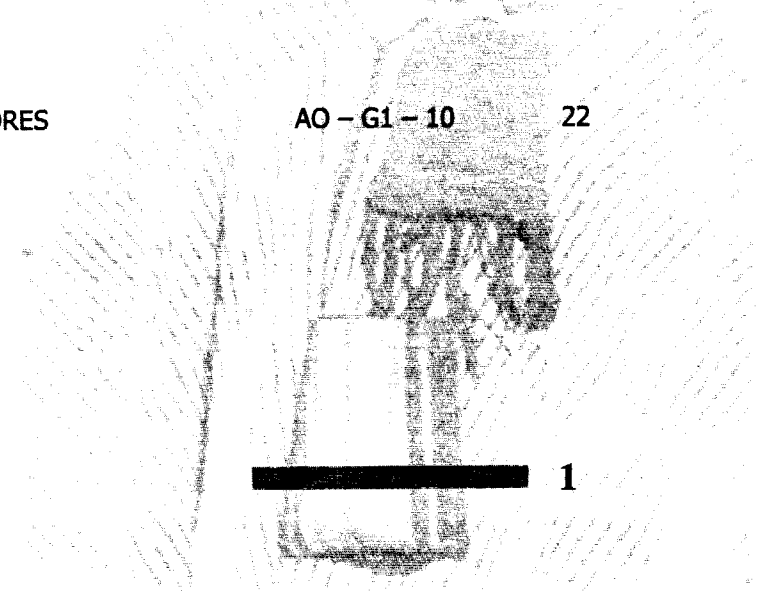
Coordinación Nacional del Programa EXTENSA

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Contenido

1.	CONSULTA ODONTOLÓGICA	AO – G1 – 01	3
2.	SELLADO DE FOSAS Y FISURAS	AO – G1 – 02	5
3.	FLUORINIZACIÓN TÓPICA	AO – G1 – 03	7
4.	OBTURACIÓN DE CARIES DE ESMALTE O PRIMER GRADO	AO – G1 – 04	9
5.	OBTURACIÓN DE CARIES DE DENTINA O SEGUNDO GRADO	AO – G1 – 05	11
6.	APLICACIÓN DE CARIOSTÁTICO EN CARIES DE BIBERÓN O DE LACTANCIA	AO – G1 – 06	13
7.	EXODONCIAS	AO – G1 – 07	15
8.	DRENAJE DE ABSCESO PERIAPICAL AGUDO	AO – G1 – 08	17
9.	PATOLOGÍA ORAL PEDIATRICA	AO – G1 – 09	19
	9.1. GINGIVO ESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA		
	9.2. HERPANGINA Y ENFERMEDAD DE MANOS,PIES Y BOCA		
	9.3. CANDIDIASIS		
	9.4. ULCERACIÓN AFTOSA RECIDIVANTE		
10.	TRAUMATISMOS DENTALES EN ÑIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	AO – G1 – 10	22





Definición.-

La consulta odontológica es la entrevista del usuario con el Odontólogo, para definir el estado de salud oral.

Procedimiento a seguir:

1. Anamnesis del paciente.
   - Filiación del paciente
   - Antecedentes familiares
   - Antecedentes personales, de nacimiento, crecimiento desarrollo, y enfermedades.
   - Lactancia y alimentación

1. Exploración extraoral.
   La exploración extraoral debe consistir en una valoración general del estado del niño.
   - La simetría las dimensiones faciales, y los tipos faciales ortodoncicos.
   - Los ojos incluyendo el aspecto del globo ocular la esclerótica, las pupilas y las conjuntivas.
   - Los movimientos del globo ocular que puedan indicar, la existencia de estrabismo o parálisis.
   - El color y el aspecto de la piel.
   - Las articulaciones temporo-mandibulares.
   - Los ganglios linfáticos cervicales, submandibulares y occipitales.

1. Exploración intraoral.
   - Tejidos blandos, incluyendo la oro faríngea y las amígdalas.
   - Higiene oral y estado periodontal.
   - Tejidos duros dentales.
   - Oclusión y relaciones ortodóncicas.

1. Ficha dental.
   - Dentición decidua o temporal.
   - Dentición mixta.
   - Dentición permanente.
   - Tipo de Oclusión.
   - Plan de tratamiento.

Después de los procedimientos anteriores se debe realizar el diagnostico de necesidades odontológicas del paciente, para determinar los tratamientos que pueden ser realizados en cada uno de ellos, siendo incorporados en la Historia clínica del paciente.

Criterio de Referencia.-

De acuerdo a la Patología del paciente el Odontólogo debe determinar la referencia o no a establecimientos de segundo o tercer nivel según las necesidades.

Instrumental.-

Espejo dental, sonda exploradora, pinza clínica, pera de aire y pera de agua

Nivel de resolución.-

Primer nivel.
Segundo nivel

Definición.-

Los sellado oclusales de fosas y fisuras son resinas sintéticas con una alta capacidad adhesiva, cuando aplicadas en las superficies oclusales de los molares y premolares, obstruyen o sellan las fisuras y fosas impidiendo así el alojamiento de residuos alimentares y bacterias productoras de caries.

Diagnóstico.-

- Fosas y fisuras en caras oclusales de molares temporales superiores e inferiores.
- Caries incipientes donde no entra la sonda exploradora.

Tratamiento.-

Aplicación de sellantes de fosas y fisuras.

Procedimiento a seguir.-

- Realizar aislamiento relativo con torundas de algodón haciendo que la pieza dental a ser tratada esté completamente seca.
- Limpiar la superficie oclusal de la pieza dental con torundas de algodón y agua limpia para retirar la placa dental y substancias grasosas que evitarán la adhesión del sellante.
- Remoción de deshechos alimentarios de las fosas y fisuras con un explorador de caries.
- Aplicar con un pincel el ácido fosfórico por el lapso de 1 minuto o según indique el fabricante.
- Lavar los dientes con bastante agua y mandar a escupir.
- En una placa de vidrio mezclar el catalizador y acelerador.
- Secar la pieza dental con una pera de aire y aislarla con torundas de algodón.
- Aplicar la mezcla en toda la cara oclusal del diente.
- Esperar que el sellante polimerice, y presente una dureza como un barniz o esmalte de uña.

- Retirar las torundas de algodón.
- Remover el exceso de la mezcla después de unos minutos.
- Con el papel articulador comprobar si la oclusión está alta, y realizar el ajuste hasta conseguir el estado confortable del paciente.
- El odontólogo debe tener cuidado de no realizar un sellado muy alto porque al no tener torno dental es mas difícil realizar un desgaste en el sellante.
- En caso de que el sellante interfiera en la oclusión realizar el desgaste con limas de papel odontológicos.

Instrumental.-

Espejo dental, sonda exploradora, pinza clínica, placa de vidrio, aplicador de sellante, pincel pequeño, pera de aire, pera de agua

Nivel de resolución.-

Primer nivel
Segundo nivel

Definición.-

La aplicación tópica de fluor es uno de los mejores medios para conseguir el contacto del esmalte dentario con las sales de fluor acuoso, la finalidad es hacer que el esmalte sea más resistente a la descalcificación ácida, se empleará
Solución o gel de fluoruro fosfato acidulado al 1.23 %

Diagnostico.-

- Piezas dentarias sanas.
- Piezas con caries incipientes.
- Todas las superficies dentarias.
- Piezas dentales temporales y permanentes.

Tratamiento.-

Aplicación tópica de fluor

Procedimiento a seguir.-

- Realizar la profilaxis dental por medio de torundas de algodón frotando todos los dientes en todas sus fases para remover la placa dental.
- Secar con pera de aire todos los dientes.
- Evitar que los dientes entren en contacto con la saliva después de la profilaxis, porque se forma rápidamente una película glicoproteica que evita o disminuye la adhesión del fluor a los dientes.
- Aplicar el fluor en cubetas individuales, en la ausencia de estas se puede usar torundas de algodón y pasar el fluor por todas las piezas dentales, se lo debe mantener por el tiempo de 4 minutos por arcada.
- Retirar las cubetas.

Recomendaciones después de la aplicación.-

- Se recomienda al paciente no ingerir ningún tipo de alimento ni liquido por el tiempo de hora.
- Se recomienda no ingerir leche por lo menos 2 horas después de aplicado el fluor, evitar inclusive la lactancia materna.
- Si el paciente tiene mucha incidencia de caries se recomienda a los padres que está aplicación sea realizada cada 3 meses, si la actividad cariogénica es relativamente baja, la aplicación de fluor debe ser cada 6 meses o cada año.

Nivel de Resolución.-

Primer Nivel
Segundo nivel

- Esta aplicación también será realizada por el Asistente Local de Salud, quién estará capacitado para realizar está actividad.

OBTURACIÓN DE CARIES DE ESMALTE O PRIMER GRADO AO-G1-04

Definición.

Las caries de primer grado son manchas blanquecinas opacas sobre la superficie dentaria, o pequeñas cavidades que no presentan ningún tipo de dolor, son asintomáticas.

Diagnostico.-

- Todas las piezas dentales que presentan caries pequeñas, de esmalte grado.
- Caries de esmalte en una sola superficie.
- Caries de esmalte en dos o mas superficies, que no sean profundas y no presenten dolor a cambios térmicos.

Tratamiento.-

Técnica PRAT (Ver anexo adjunto)

Procedimiento a seguir.-

- Preparación del ambiente de trabajo.
- Aislamiento relativo con rollos de algodón manteniendo la cavidad seca.
- Remoción de la placa y deshechos alimentarios en las partes más profundas de la cavidad.
- En caso de que la cavidad sea pequeña, se la amplia removiendo todo el esmalte mas delgado que este alrededor de la cavidad.
- Lavar la cavidad con torundas de algodón embebidas en agua y secar con otras torundas de algodón.
- Acondicionamiento de la superficie incluyendo las fosas y fisuras adyacente, por lo menos por 10 a 15 segundos, para este acondicionamiento se usa el mismo líquido del Ionómero de vidrio.
- Se vuelve a lavar la superficie con torundas de algodón y agua limpia, y se seca con otras torundas.

- Colocar en la cavidad el adhesivo dentinario con torundas de algodón.
- Preparar el Ionómero de vidrio, conforme indicaciones del fabricante.
- Aplicación del Ionómero en cantidades pequeñas en las fosas y fisuras.
- Aplicar una pequeña capa de vaselina y cuando el material este perdiendo la superficie lustrosa se aplica presión con el dedo, por 30 segundos (técnica de digito presión).
- Remover el exceso de la mezcla después de unos minutos. Una vez que la mezcla se ha semi endurecido.
- Realizar el ajuste de la oclusión hasta un estado confortable para el paciente.
- Aplicación de una capa extra de vaselina.
- Indicar al paciente no comer ningún alimento durante una hora.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, pera de agua y aire, cucharetas de dentina pequeña y mediana, cincel, espátulas de cemento, placa de vidrio o block de papel, excavador o gutaperchero, porta matriz o retenedor y cuñas.

Nivel de resolución.-

Primer nivel

OBTURACIÓN DE CARIES DE DENTINA O SEGUNDO GRADO AO-G1-05

Definición.-

Las caries de segundo grado o dentina son procesos que llegan a la dentina y continua a través de los túbulos dentinarios, los procesos de descalcificación y proteólisis accionan sobre los tejidos mineralizados y los elementos fibrilares.

Diagnostico.-

- Todas las piezas dentales que presentan caries, de segundo grado o dentina.
- Piezas dentales con caries en una sola superficie, con mayor profundidad que llega a dentina.
- Piezas dentales que presentan ligeros dolores al frió o al dulce.
- Piezas dentales que presentan dos o más superficies dentales atacadas.

Tratamiento.-

Técnica PRAT (ver anexo adjunto)

Procedimiento a seguir.-

- Preparación del ambiente de trabajo.
- Aislamiento relativo con rollos de algodón manteniendo la cavidad seca.
- Remoción de la placa y deshechos alimentarios en las partes más profundas de la de las fosas y fisuras con un explorador de caries.
- En la dentina se usan los escavadores. cuando la cavidad es pequeña, se la amplia removiendo todo el esmalte mas delgado que este alrededor de la cavidad.
- Se retira el tejido desmineralizado e infectado, los movimientos de la cuchareta deben ser circulares y horizontales para evitar exposición pulpar.
- Con el excavador mediano se limpia el piso de la cavidad.
- Lavar la cavidad con torundas de algodón embebidas en agua y secar con otras torundas de algodón.
- Acondicionamiento de la superficie incluyendo las fosas y fisuras adyacente, por lo menos por 10 a 15 segundos, para este acondicionamiento se usa el mismo líquido del Ionómero de vidrio.

- Se vuelve a lavar la superficie con torundas de algodón y agua limpia, y se seca con otras torundas.
- Colocar en la cavidad el adhesivo dentinario con torundas de algodón.
- Preparar el Ionómero de vidrio, conforme indicaciones del fabricante.
- Aplicación del Ionómero en cantidades pequeñas en las fosas y fisuras.
- Aplicar una pequeña capa de vaselina y cuando el material este perdiendo la superficie lustrosa se aplica presión con el dedo, por 30 segundos (técnica de digito presión).
- Remover el exceso de la mezcla después de unos minutos. Una vez que la mezcla se ha semi endurecido.
- Realizar el ajuste de la oclusión hasta un estado confortable para el paciente.
- Aplicación de una capa extra de vaselina.
- Indicar al paciente no comer ningún alimento durante una hora.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, pera de agua y aire, cucharetas de dentina pequeña y mediana, cincel, espátulas de cemento, placa de vidrio o block de papel, excavador o gutaperchero, porta matriz o retenedor y cuñas.

Nivel de resolución.-

Primer nivel

Etiología.-

Las caries de biberón o lactancia comúnmente llamadas son aquellas producidas por un consumo abusivo de carbohidratos durante las 24 horas, el niño lacta dormido, o consume leche en biberón o mamadera durante toda la noche, el problema de caries se agrava cuando el niño toma leche de mamadera o lactancia después de los 2 años.

Antecedentes.-

La prevalencia de la caries de biberón o de lactancia varía mucho por las condiciones culturales, sociales y educacionales que influyen en este proceso.

Se tiene datos de prevalencia, de algunos países como ser Kuwait que es el 11.5 % de la población infantil, en poblaciones indígenas de Alaska y de Colorado sobrepasa el 50 %, Inmigrantes, indios mestizos parecen ser mas susceptibles a la caries de este tipo este hecho probablemente está relacionado con aspectos sociales y culturales relacionados con alimentación e higiene.

Tratamiento.-

Aplicación de cariostático en todas las piezas dentales cariadas.

Educación.-

- El mejor control de la caries tipo mamadera o lactancia es la educación odontológica.
- La madre debe realizar la limpieza de los dientes del bebe desde que nace, principalmente después de que este tome su leche ya sea en mamadera o lactando.
  Se envuelve un trapo limpio en el dedo índice y lo remoja con agua limpia, después procede a pasar el dedo envuelto con tela por todas las piezas dentales del niño.
  Aquel niño que toma leche toda la noche apenas despierte en la mañana se debe hacer la limpieza.
- En los casos donde la caries de biberón ya estuviera instalado el odontólogo tiene a mano detener este proceso por medio de la aplicación de Fluoruros de Plata, principalmente de los fluoratos de diamino de plata, que tienen la capacidad de prevenir y estabilizar los procesos cariosos incipientes, por la acción cariostática que tienen estos productos.

Procedimiento a seguir.-

- Se limpia con un algodón las piezas dentales que tienen caries incipientes, se realiza aislamiento relativo con torundas de algodón.
- Se secan las piezas dentales con pera de aire.
- Con una torunda de algodón se procede a colocar en las lesiones cariosas el cariostático, por el tiempo de 3 minutos.
- Se retira las torundas de algodón y se enjuaga con agua mediante la pera de goma usada para este fin.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, pera de agua y aire, cucharetas de dentina pequeña y mediana y placa de vidrio o block de papel.

Nivel de Resolución.-

Primer nivel.

- El resultado que se consigue con la aplicación del cariostático es una paralización de la actividad cariogénico.
- La desventaja es la decoloración dental o sea las manchas negras que quedan en los dientes.

Definición.-

Parte de la cirugía bucal que concierne a la extracción dentaria.

Diagnóstico.-

- Piezas dentarias totalmente destruidas por caries.
- Piezas dentarias fracturadas por traumatismo cuya restauración no se puede realizar.
- Piezas dentarias supernumerarias.
- Piezas dentarias que no erupcionan dentro del tiempo cronológico.
- Piezas dentarias con lesiones de Furca.
- Piezas dentarias con movilidad con pérdida de función masticatoria.
- Restos radiculares.
- Piezas dentales con migración dental y sin función masticatoria.
- Piezas dentarias que presentan bolsas periodontales.

Material.-

Anestésico tópico 0,5 gr. Tubo de anestesia al 2%, aguja descartable corta o larga para carpule.

Procedimiento a seguir.-

- Colocar el anestésico tópica en el lugar donde será colocada la anestesia.
- Colocar la anestesia con una aguja corta o larga dependiendo de la técnica anestésica.
- Realizar la sindesmotomía.
- Proceder a la exodoncia propiamente con los movimientos de luxación necesarios.
- Realizar la hemostasia pos operatoria se realiza por compresión local con un tapón de algodón o gasa.
- En casos de fractura de raíces las cuales no se puedan extraer con los elevadores se recomienda la referencia al establecimiento de salud más cercano donde se cuente con un equipo dental.

Signos de alarma.-

- Foco de infección.
- Dolor después de la exodoncia.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, pera de agua y aire, jeringa carpule, sindesmótomo, elevadores y fórceps según la pieza dental.

Nivel de resolución.-

Primer nivel
Segundo nivel

Definición.-

Colección purulenta localizada en la zona periapical de una pieza dentaria.

Diagnóstico.-

- Paciente con una intensa hinchazón intraoral o extraoral causado por una pieza dental.

Signos y síntomas.-

Infección aguda.-
- Niño enfermo e indispuesto.
- Hipertermia.
- Cara roja e hinchada
- Pieza dental con proceso periapical.
- Pieza dental con dolor agudo a la percusión.

Infección crónica.-
- Movilidad dental.
- Halitosis.
- Cambio de color del diente.

Material.-
Anestésico tópico 0,5 gr. Tubo de anestesia al 2%, aguja descartable corta o larga. Suero salino, tubo látex.

Procedimiento a seguir.-

- Supresión de la causa, extracción de los dientes afectados.

- Drenaje del absceso.

    - Se drena el absceso con un bisturí realizando un corte en el punto de fluctuación.
    - Se reseca el tejido de granulación.
    - Se irriga la zona con peróxido de hidrógeno al 1% y suero salino.
    - Los colgajos se deben cerrar o aproximar con una sutura no firme.
    - Colocación de un drenaje.

Medicación.-

- Control del dolor con analgésico.
- Si el ojo está edematizado, debido al edema colateral, puede que se tenga que aplicar cloranfenicol en gotas o pomada para evitar conjuntivitis.
- Se debe medicar al paciente con antibióticos de amplio espectro, si es que presenta una infección sistémica secundaria a un foco local de infección dental, es decir, un niño con temperaturas elevadas, una infección facial con signos claros de diseminación y linfadenopatías regionales.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, instrumental para exodoncia, jeringa carpule y bisturí.

Nivel de resolución.-

- Niños con abscesos periapicales que no presentan complicaciones, con hinchazón y fiebre leve, Primer y Segundo Nivel.
- Niños con abscesos periapicales graves, edema severo, fiebre muy alta, Segundo Nivel.

9.1. GINGIVO ESTOMATITIS HERPÉTICA PRIMARIA.

Es la causa mas frecuente de ulceración oral grave en pacientes infantiles, Es causada por el virus del herpes Simple tipo I, Se han presentado casos de infección por el tipo II Herpes Genital, principalmente por abusos sexual, las dos clases de Herpes tienen efectos clínicamente idénticos.

Manifestaciones clínicas.-

- Se presenta entre los 6 meses de vida y alcanza una máxima incidencia a los 14 meses.
- El periodo de incubación es de 3 – 5 días.
- Irritabilidad, pirexia y malestar durante 48 horas.
- La estomatitis afecta a los tejidos gingivales, que se presentan eritema tozos, y edematosos.
- En estado posterior presentan vesículas intraepiteliales, las cuales se rompen rápidamente formando úlceras dolorosas.
- Las vesículas pueden formarse en cualquier parte de la mucosa oral incluyendo los labios.
- En casos mas graves las lesiones labiales sangran.

Tratamiento.-

- Medidas sintomáticas.
- Fomentar la ingesta de líquidos ligeros por vía oral.
- Si el paciente no puede ingerir líquidos por vía oral, se deben administrar líquidos endovenosos, y realizar la referencia.
- Analgésicos, Paracetamol, 20 mg / Kg cada 4 horas
- Para niños mayores enjuagues bucales, mediante algún antiséptico.
- En niños pequeños con ulceraciones graves se pude aplicar clorohexidina sobre las zonas afectadas con un aplicador de algodón.
- Anestésicos tópicos: Xilocaina al 2 %.
- Están contraindicados los antibióticos
- Cuando el niño pequeño que presentan deshidratación y no pueden comer ni beber es mejor realizar la referencia a un establecimiento de tercer nivel.

9.2. HERPANGINA Y ENFERMEDAD DE MANOS, PIES Y BOCA.

Estas infecciones son causadas por virus Coxsackie del Grupo A,
Como ocurre con el herpes primario, ambos trastornos tienen una fase prodrómica.

Manifestaciones clínicas.-

- Afecta fundamentalmente a los niños.

- El paciente presenta fiebre.

- Presenta malestar que dura varios días.
- Aparecen 4 o 5 vesículas en el paladar, arco palatogloso y la faringe.
- En la enfermedad de manos, pies y boca se forman hasta 10 vesículas.
- Las lesiones cutáneas aparecen en las palmas de las manos y las plantas de los pies y están rodeadas por un reborde eritematoso.
- Se curan en el plazo de 10 días.

Tratamiento.-

- Medidas sintomáticas como en las otras infecciones virales.

9.3. CANDIDIASIS.

La forma de presentación mas frecuente de la candidiasis infantil es el afta o muguet. También es conocida con el nombre de moniliasis, producida por un hongo.

Manifestacionēs clínicas.-

- Aparecen al 5° a 7° día de vida del niño probablemente por infección vaginal.
- Forman placas blanquecinas que pueden ser removidas fácilmente provocando sangramiento.
- Son ligeramente elevadas semejantes a nata.
- Pueden afectar al tracto intestinal, la piel, vaginal u urinario, pudiendo extenderse a la faringe y a los pulmones con consecuencias fatales.

Tratamiento.-

- Medicación antifúngica durante 8 semanas.
- Nistatina en comprimidos o pomada.
- Anfotericina B, por vía oral o endovenosa en caso de afección sistémica.
- Ketoconazol oral (200mg / día durante 14 días) para casos de candidiasis Mucocutanea cuando el microorganismo es resistente al tratamiento tópico.
- Fluconazol oral (100 mg/ día durante 14 días) en caso de que existan candidiasis orofaringea.

9.4. ULCERACIÓN AFTOSA RECIDIVANTE.

La ulceración aftosa recidivante afecta casi a un 20% de la población, se conocen tres tipos:

- Aftas menores.
- Aftas mayores.
- Herpetiforme.

Guardan relación con estados de deficiencia nutricional, existen algunas pruebas de que este trastorno es hereditario, y la mayor incidencia es en niños cuyos padres sufren de aftas.

Manifestaciones clínicas.-

- Las aftas menores constituyen la mayor parte de los casos, forman grupos de úlceras superficiales que miden hasta 5 mm.
- Afectan a la mucosa no queratinizada.
- Presentan un fondo seudo membranoso amarillento con un borde eritematoso.
- Se curan entre 10 a 14 días sin dejar cicatrices.

Tratamiento.-

- Tratamiento sintomático a base de enjuagues bucales.

    - Gluconato de clorohexidina al 0,2%.
    - Tetraciclina
    - Clorhidrato de bencidamina al 1,2%.

Etiología.-

La mayoría de las lesiones traumáticas de deben a caídas y accidentes en el juego. En los niños que están empezando a andar predominan las luxaciones de los dientes anteriores superiores, debido a que se caen con frecuencia al jugar e intentar levantarse, los traumatismos contusos suelen provocar mayores daños en los tejidos blandos y las estructuras de soporte, mientras que las lesiones incisas o los traumatismos a gran velocidad producen luxaciones y fracturas dentales.

Los mal tratos infantiles son otra causa de traumatismos hay cuatro tipos de mal trato infantil:

- Mal trato físico.
- Abuso sexual.
- Mal trato afectivo.
- Negligencia.

Antecedentes.-

La mayoría de los traumatismos se deben a caídas o accidentes durante los juegos, estos hechos son solo el 1% de los traumas, y un 80 % es causado por malos tratos principalmente a los niños pequeños.

Los malos tratos son ignorados, aunque cada vez es mayor la conciencia pública y los casos publicados. La primera medida para poder prevenir es reconocerlos y hacerlos públicos. Los Odontólogos están en una posición privilegiada para identificar y hacer públicos los casos de niños maltratados, ya que a menudo pueden ver la relación que existe entre el niño y sus padres o personas a cargo del niño.

Todo odontólogo debe conocer las características de lesiones para poder diagnosticar los malos tratos infantiles, así como la forma de informar, tratarlos y prevenir posteriores lesiones mayores.

La mayor incidencia se da niños de 2-4 años y en niños 8-10 años.

10.1. LUXACIONES EN LA DENTICIÓN PRIMARÍA

Definición.-

Las luxaciones son desplazamientos de los dientes dentro del hueso alveolar, son las lesiones mas frecuentes de los dientes primarios.

a. Concusión y subluxación.-

La concusión es una lesión del diente y su ligamento sin desplazamiento ni movilidad dental. La subluxación es una movilidad dental sin desplazamiento. Las dos lesiones causan un daño mínimo del ligamento periodontal. Los dientes afectados son sensibles a la percusión, se observa hemorragia y edema a nivel del ligamento, peor solo la subluxación produce hemorragia gingival y movilidad.

Tratamiento.-

- Dieta blanda durante una semana.
- Seguimiento personalizado.
- Puede ocurrir una necrosis pulpar por lo que será necesario realizar la referencia.

b. Luxación intrusiva.-

Las lesiones intrusivas son las masa frecuentes en los incisivos superiores primarios, muy a menudo los dientes recién erupcionados reciben directamente el impacto de cualquier caída en los niños. Normalmente se produce un desplazamiento palatino y superior de la corona, lo que significa que el ápice dental ha sido separado a la fuerza de su folículo.

Tratamiento.-

- Si se puede ver la corona y el daño alveolar es reducido, se deja que el diente vuelva a erupcionar.
- Si se ha producido una intrusión completa del diente, este se lo debe extraer.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA MUJERES EMBARAZADAS HASTA 6 MESES DESPUÉS DEL PARTO

Contenido

1.	CONSULTA ODONTOLÓGICA	AO – G2 – 01	27
2.	SELLADO DE FOSAS Y FISURAS	AO – G2 – 02	28
3.	FLUORINIZACIÓN TÓPICA	AO – G2 – 03	29
4.	OBTURACIÓN DE CARIES DE ESMALTE O PRIMER GRADO	AO – G2 – 04	31
5.	OBTURACIÓN DE CARIES DE DENTINA O SEGUNDO GRADO	AO – G2 – 05	32
6.	EXODONCIAS	AO – G2 – 06	33
7.	ALVEOLITIS	AO – G2 – 07	34
8.	CONTROL DE PLACA BACTERIANA	AO – G2 – 08	35
9.	DRENAJE DE ABSCESO PERIAPICAL AGUDO	AO – G2 – 09	36

Definición.-

La consulta odontológica es la entrevista del usuario con el Odontólogo, para definir el estado de salud oral, de las mujeres en estado de gestación y 6 meses después del parto.

Procedimiento a seguir:

1. Anamnesis del paciente.
   - Filiación del paciente
   - Antecedentes familiares
   - Antecedente personales, de nacimiento, enfermedades.
   - Tipo de alimentación.

2. Exploración extraoral.
   La exploración extraoral debe consistir en una valoración general de la mujer en gestación.
   - La simetría las dimensiones faciales, y los tipos faciales ortodóncicos.
   - Los ojos incluyendo el aspecto del globo ocular, la esclerótica, las pupilas y las conjuntivas.
   - El color y el aspecto de la piel.
   - Las articulaciones témporo-mandibulares.
   - Los ganglios linfáticos cervicales, submandibulares y occipitales.

3. Exploración intraoral.
   - Tejidos blandos, incluyendo la orofaringea y las amígdalas.
   - Higiene oral y estado periodontal.
   - Tejidos duros dentales.
   - Oclusión y relaciones ortodóncicas.

4. Ficha dental.

   - Dentición permanente.
   - Tipo de Oclusión.
   - Plan de tratamiento.

Después de los procedimientos anteriores se debe realizar el diagnostico de necesidades odontológicas del paciente, para determinar los tratamientos que pueden ser realizados en cada uno de ellos, registrándose en la Historia clínica del paciente.

Criterio de Referencia.-

De acuerdo a la Patología del paciente el Odontólogo debe determinar la referencia o no a establecimientos de segundo o tercer nivel según las necesidades.

Definición.-

Los sellantes oclusales de fosas y fisuras son resinas sintéticas con una alta capacidad adhesiva, cuando aplicadas en las superficies oclusales de los molares y premolares, obstruyen o sellan las fisuras y fosas impidiendo así el alojamiento de residuos alimentares y bacterias productoras de caries.

Diagnostico.-

- Mujeres embarazadas hasta los 18 años de edad.
- Superficies oclusales con fosas profundas pero sin caries.
- Caries incipientes donde no entra el explorador.

Tratamiento.- Aplicación de sellantes.

Procedimiento a seguir.-

- Realizar una profilaxis de la región oclusal de las piezas dentales con un algodón para retirar la placa dental que podrán evitara la adhesión del sellante.
- Realizar aislamiento relativo con torundas de algodón haciendo que la pieza dental a ser tratada esté completamente seca.
- Aplicar con un pincel el ácido fosfórico por el lapso de 1 minuto o según indique el fabricante.
- Lavar con bastante agua de una pera de agua y mandar a escupir.
- En una loseta de vidrio mezclar el catalizador y acelerador.
- Secar la pieza dental con una pera de aire y aislarla con torundas de algodón.
- Aplicar la mezcla en toda la cara oclusal del diente.
- Esperar que el sellante polimerice, y presente una dureza como un barniz o esmalte de uña.
- Retirar las torundas de algodón.
- El odontólogo debe tener cuidado de no realizar una obturación muy alta porque al no tener torno dental es mas difícil realizar un desgaste en el sellante.
- Comprobar la oclusión con papel articulador.
- En caso de que el sellante interfiera en la oclusión realizar el desgaste con limas de papel odontológicos.

Signos de alarma.-

- Fractura del sellante.
- Filtración.
- No adhesión del sellante.
- Mala aplicación de la técnica.

Instrumental.-

Espejo dental, sonda exploradora, pinza clínica, placa de vidrio, aplicador de sellante, pincel pequeño, pera de aire, pera de agua

Nivel de resolución.-

Primer nivel.

Definición.-

La aplicación tópica de fluor es uno de los mejores medios para conseguir el contacto del esmalte dentario con las sales de fluor acuoso, la finalidad es hacer que el esmalte sea más resistente a la descalcificación ácida.
Solución o gel de fluoruro fosfato acidulado al 1.23 %

Diagnostico.-

- Mujeres embarazadas solo hasta los 18 años
- Piezas dentarias sanas.
- Piezas con caries incipientes.
- Todas las superficies dentarias.
- Piezas dentarias sanas.

Tratamiento.-

Aplicación del Fluor gel en todas las piezas dentales, por periodos ya determinados.

Procedimiento a seguir.-

- Realizar la profilaxis dental por medio de pinza clínica y algodón frotando todos los dientes en todas sus fases para remover la placa dental.
- Secar con pera de aire todos los dientes.
- Evitar que los dientes entren en contacto con la saliva después de la profilaxis, porque se forma rápidamente una película glicoproteica que evita o disminuye la adhesión del fluor a los dientes.
- Aplicar el fluor en cubetas individuales, en la ausencia de estas se puede usar torundas de algodón y pasar el fluor por todas las piezas dentales, se lo debe mantener por el tiempo de 4 minutos por arcada.
- Retirar las cubetas en caso de haber usado este implemento.

Recomendaciones post aplicación.-

- Se recomienda al paciente no ingerir ningún tipo de alimento ni liquido por el tiempo de hora.

- Se recomienda no ingerir leche por lo menos 2 horas después de aplicado el fluor.

- Si el paciente tiene mucha incidencia de caries se recomienda que está aplicación sea realizada cada 3 meses, si la actividad cariogénica es relativamente baja, la aplicación de fluor debe ser cada 6 meses o cada año.

Nivel de Resolución.-

Primer nivel
Segundo nivel

- Esta aplicación también puede ser realizada por el Asistente Local de Salud, quién estará capacitado para realizar está actividad.

OBTURACIÓN DE CARIES DE ESMALTE O PRIMER GRADO AO-G2-04

Definición.-

Las caries de primer grado son manchas blanquecinas opacas sobre la superficie dentaria, o pequeñas cavidades que no presentan ningún tipo de dolor, asintomáticas.

Diagnostico.-

- Todas las piezas dentales que presentan caries pequeñas, de primer grado.
- Piezas dentales con caries en una sola superficie.
- Piezas dentales con caries en dos o más superficies, que no sean profundas y no presenten dolor a cambios térmicos.

Tratamiento.-

Se la realizará por medio de la técnica PRAT (anexo adjunto).

Procedimiento a seguir.-

- Aislamiento relativo con torundas de algodón manteniendo la cavidad seca.
- Retirar el tejido cariado con cucharetas para dentina, en caso de que la cavidad sea pequeña, se la agranda con las mismas cucharetas.
- Secar con pera de aire, o con torundas de algodón.
- Volver a realizar el aislamiento relativo con torundas de algodón.
- Colocar en la cavidad el adhesivo dentinario con torundas de algodón.
- Preparar el Ionómero de vidrio, conforme indicaciones del fabricante.
- Colocar en la cavidad hasta que polimerice.
- Cuando el material este perdiendo la superficie lustrosa se aplica presión con el dedo, por 30 segundos.
- Aplicar barniz protector del mismo Ionómero.
- En caso de tener la oclusión alta rebajar los excesos con instrumental dental cortante.
- Indicar al paciente no comer por el lapso de una hora.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, pera de agua y aire, cucharetas de dentina pequeña y mediana, espátulas de cemento, placa de vidrio o block de papel, excavador.

Nivel de resolución.-

Primer nivel

OBTURACIÓN DE CARIES DE DENTINA O SEGUNDO GRADO AO-G2-05

Definición.-

Las caries de segundo grado o dentina son procesos de descalcificación que llegan a la dentina y continúan a través de los túbulos dentinarios, los procesos de descalcificación y proteólisis accionan sobre los tejidos mineralizados y los elementos fibrilares.

Diagnostico.-

- Todas las piezas dentales que presentan caries , de segundo grado.
- Piezas dentales con caries en una sola superficie, con mayor profundidad.
- Piezas dentales que presentan ligeros dolores al frió o al dulce.
- Piezas dentales que presentan dos o más superficies dentales atacadas.

Tratamiento.-

Se la realizará por medio de la técnica PRAT.

Procedimiento a seguir.-

- Aislamiento relativo con torundas de algodón manteniendo la cavidad seca.
- Retirar el tejido cariado con cucharetas para dentina, en caso de que la cavidad sea pequeña, se la agranda con las mismas cucharetas.
- Secar con pera de aire, o con torundas de algodón.
- Volver a realizar el aislamiento relativo con torundas de algodón.
- Colocar en la cavidad el adhesivo dentinario con torundas de algodón.
- Preparar el Ionómero de vidrio, conforme indicaciones del fabricante.
- Colocar en la cavidad hasta que polimerice.
- Cuando el material este perdiendo la superficie lustrosa se aplica presión con el dedo, por 30 segundos.
- Aplicar barniz protector del mismo Ionómero.
- En caso de tener la oclusión alta rebajar los excesos con instrumental dental cortante.
- Indicar al paciente no comer por el lapso de una hora.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, pera de agua y aire, cucharetas de dentina pequeña y mediana, espátulas de cemento, placa de vidrio, excavador, porta matriz.

Nivel de resolución.-

Primer nivel

Definición.-

Parte de la cirugía bucal que concierne a la extracción de la pieza dentaria que no se puede proceder a la obturación..

Diagnostico.-

- Piezas dentarias totalmente destruidas por caries.
- Piezas dentarias fracturadas por traumatismo cuya restauración no se puede realizar.
- Piezas dentarias supernumerarias.
- Piezas dentarias que no erupcionan dentro del tiempo cronológico.
- Piezas dentarias con lesiones de Furca.
- Piezas dentarias con movilidad con pérdida de función masticatoria.
- Restos radícula res.
- Piezas dentales con migración dental y sin función masticatoria.
- Piezas dentarias que presentan bolsas periodontales.

Tratamiento.-

Extraer la pieza dental en mal estado.

Procedimiento a seguir.-

- Colocar el anestésico tópico en el lugar donde será colocada la anestesia.
- Colocar la anestesia con una aguja corta o larga dependiendo de la técnica anestésica.
- Realizar la sindesmotomía.
- Proceder a la exodoncia propiamente con los movimientos de luxación necesarios.
- Realizar la hemostasia pos operatoria por compresión local con un tapón de algodón o gasa.
- Proceder a la sutura de los márgenes gingivales.

Signos de alarma.-

- Foco de infección.(alveolitis) que se puede presentar después de la exodoncia.
- Dolor después de la exodoncia.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, sindesmótomo, fórceps según la pieza a extraer, en caso necesario usar los elevadores, lima para hueso, porta aguja, hilo de sutura y aguja de sutura.

Nivel de resolución.-

Primer nivel
Segundo nivel

Definición.-

Infección pútrida del alveolo dentario después de la extracción.

Diagnostico.-

- Alveolo con exodoncia reciente que produce dolor pulsátil y agudo.
- Halitosis.
- Malestar general.
- Impotencia funcional.

Tratamiento.-

Realizar los procedimientos necesarios para calmar el dolor y el proceso infeccioso.

Procedimiento a seguir.-

- Colocar el anestésico tópica en el lugar donde será colocada la anestesia.
- Colocar la anestesia con una aguja corta o larga dependiendo de la técnica anestésica.
- Realizar el curetaje del alveolo
- Lavado del alveolo con suero fisiológico
- Secado del alveolo.
- Estimulación al sangrado con la cuchareta para alveolo.
- Aplicar yodoformo al alveolo.
- Proceder a la sutura de los márgenes gingivales.
- Antibiótico terapia. (Amoxicilina 500 mg.).
- Analgésico. (Paracetamol 500 mg.)

Instrumental.-

Espejo bucal, sonsa exploradora, pinza clínica, cuchareta para alveolo, lima para hueso, porta aguja, hilo de sutura y aguja de sutura.

Nivel de resolución.

Primer nivel
Segundo nivel

Definición.-

Eliminación de la placa microbiana (formada por bacterias, células escamosas y detritus alimenticios) y la prevención de su acumulación.

Diagnostico.-

- Presencia de placa bacteriana.
- Presencia de tártaro dental.
- Cambios de coloración gingival.
- Halitosis.
- Inflamación de la encía papilar y marginal.
- Agrandamiento gingival.

Procedimiento a seguir.-

- Hacer que el paciente mastique la pastilla reveladora de placa por el tiempo de 2 minutos.
- Mientras mastique la pastilla pasar con la lengua todas las piezas dentales en todas sus superficies.
- Realizar un enjuague bucal con agua.
- Con el espejo dental revisar todas aquellas superficies que quedaron teñidas, esto indica que son esas las caras dentales que no hizo ningún tipo de higiene oral.
- Enseñar técnicas de cepillado dental y uso del hilo dental en aquellas regiones donde se pueda adquirir estos insumos, en áreas rurales alejadas se debe enseñar la limpieza de los dientes con los medios que existan en la comunidad, como ser:

    - Envolver un trapo pequeño limpio en el dedo y remojarlo con agua hervida fría y pasar el dedo por todas las superficies dentales.
    - En las diferentes comunidades ver algún medio de fabricar cepillos caseros como ser la cubierta fibrosa del coco en regiones del oriente, u otros medios en el altiplano como ser la lejía o la passa.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonsa exploradora y pinza clínica.

Niveles de resolución.-

Primer Nivel.

DRENAJE DE ABSCESO PERIAPICAL AGUDO AO-G2-09

Definición.-

Colección purulenta localizada en la zona periapical de una pieza dentaria.

Diagnostico.-

- Paciente con un edema localizado intraoral o extraoral causado por una pieza dental.

Infección aguda.-
- Paciente enfermo e indispuesto.
- Hipertermia.
- Cara roja e hinchada
- Pieza dental con proceso periapical.
- Pieza dental con dolor agudo a la percusión.

Infección crónica.-
- Movilidad dental.
- Halitosis.
- Cambio de color del diente.

Tratamiento.-

Realizar los procedimientos necesarios para que el absceso extra o intra bucal sea drenado.

Procedimiento a seguir.-

- Supresión de la causa, extracción de los dientes afectados.
- Drenaje del absceso.
    - Se drena el absceso, realizando un corte con un bisturí en el punto de fluctuación.
    - Se reseca el tejido de granulación.
    - Se irriga la zona con peróxido de hidrógeno al 1% y suero salino.
    - Los colgajos se deben cerrar o aproximar con una sutura no firme.
    - Colocación de un drenaje.
- Control del dolor con analgésico, paracetamol 500mg.
- Si el ojo está edematizado, debido al edema colateral, puede que se tenga que aplicar cloranfenicol en gotas o pomada para evitar conjuntivitis.
- Se debe medicar al paciente con antibióticos de amplio espectro, Amoxicilina de 500 mg. si es que presenta una infección sistémica secundaria a un foco local de infección dental, es decir, un niño con temperaturas elevadas, una infección facial con signos claros de diseminación y linfadenopatías regionales.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, instrumental para exodoncia, jeringa carpule y bisturí.

Nivel de resolución.-

- Mujeres en estado de gestación o 6 meses después del parto con abscesos periapicales que no presentan complicaciones, hinchazón, paciente con fiebre, Primer y Segundo Nivel.
- Mujeres en estado de gestación o 6 meses después del parto con abscesos periapicales graves, edema severo, fiebre muy alta, Segundo Nivel.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA PACIENTES DE 5 A 18 AÑOS

Contenido

1.	CONSULTA ODONTOLÓGICA	AO – G3 – 01	39
2.	SELLADO DE FOSAS Y FISURAS	AO – G3 – 02	41
3.	FLUORINIZACIÓN TÓPICA	AO – G3 – 03	43
4.	OBTURACIÓN DE CARIES DE ESMALTE O PRIMER GRADO	AO – G3 – 04	45
5.	OBTURACIÓN DE CARIES DE DENTINA O SEGUNDO GRADO	AO – G3 – 05	46
6.	EXODONCIAS	AO – G3 – 06	47
7.	ALVEOLITIS	AO – G3 – 07	48
8.	CONTROL DE PLACA BACTERIANA	AO – G3 – 08	49
9.	DRENAJE DE ABSCESO PERIAPICAL AGUDO	AO – G3 – 09	50
10.	TRAUMATISMOS DENTALES EN NIÑOS DE 5 A 18 AÑOS	AO – G3 – 10	52
	10.1. LUXACIONES EN LA DENTICIÓN PERMANENTE		

Definición.-

La consulta odontológica es la entrevista del usuario con el Odontólogo, para definir el estado de salud oral, de los.

Procedimiento a seguir:

1. Anamnesis del paciente.

    a. Filiación del paciente
    b. Antecedentes familiares
    c. Antecedente personales, de nacimiento, enfermedades.
    - Tipo de alimentación.

2. Exploración extraoral.

    La exploración extraoral debe consistir en una valoración general del niño o adolescente.

    - La simetría las dimensiones faciales, y los tipos faciales ortodóncicos.
    - Los ojos incluyendo el aspecto del globo ocular, la esclerótica, las pupilas y las conjuntivas.
    - El color y el aspecto de la piel.
    - Las articulaciones temporo-mandibulares.
    - Los ganglios linfáticos cervicales, submandibulares y occipitales.

3. Exploración intraoral.

    - Tejidos blandos, incluyendo la orofaringea y las amígdalas.
    - Higiene oral y estado periodontal.
    - Tejidos duros dentales.
    - Oclusión y relaciones ortodóncicas.

4. Ficha dental.

    - Dentición permanente.
    - Tipo de Oclusión.
    - Plan de tratamiento.

Después de los procedimientos anteriores se debe realizar el diagnostico de necesidades odontológicas del paciente, para determinar los tratamientos que pueden ser realizados en cada uno de ellos, registrándose en la Historia Clínica del paciente.

Criterio de Referencia.-

De acuerdo a la Patología del paciente, el Odontólogo debe determinar la referencia o no a establecimientos de segundo o tercer nivel según las necesidades.

Instrumental.-

Espejo dental, sonda exploradora, pinza clínica, pera de aire y pera de agua

Nivel de resolución.-

Primer nivel.
Segundo nivel

Definición.-

Los sellantes oclusales de fosas y fisuras son resinas sintéticas con una alta capacidad adhesiva, cuando aplicadas en las superficies oclusales de los molares y premolares, obstruyen o sellan las fisuras y fosas impidiendo así el alojamiento de residuos alimenticios y bacterias productoras de caries.

Diagnostico.-

- Pacientes hasta los 18 años de edad.
- Superficies oclusales con fosas profundas pero sin caries.
- Caries incipientes donde no entra el explorador.

Tratamiento.-

Aplicación del sellante en todas las piezas dentales con fosas y fisuras profundas.

Procedimiento a seguir.-

- Realizar una profilaxis de la región oclusal de las piezas dentales con un algodón para retirar la placa dental que evitarán la adhesión del sellante.
- Realizar aislamiento relativo con torundas de algodón haciendo que la pieza dental a ser tratada esté completamente seca.
- Aplicar con un pincel el ácido fosfórico por el lapso de 1 minuto o según indique el fabricante.
- Lavar con bastante agua de una pera de agua y mandar a escupir.
- En una loseta de vidrio mezclar el catalizador y acelerador.
- Secar la pieza dental con una pera de aire y aislarla con torundas de algodón.
- Aplicar la mezcla en toda la superficie oclusal del diente.
- Esperar que el sellante polimerice, y presente una dureza como un barniz o esmalte de uña.
- Retirar las torundas de algodón.

- El odontólogo debe tener cuidado de no realizar una obturación muy alta porque al no tener torno dental es mas difícil realizar un desgaste en el sellante.

- En caso de que el sellante interfiera en la oclusión realizar el desgaste con limas de papel odontológicos.

Signos de alarma.-

- Fractura del sellante.
- Filtración.
- No adhesión del sellante.
- Mala aplicación de la técnica.

Instrumental.-

Espejo dental, sonda exploradora, pinza clínica, placa de vidrio, aplicador de sellante, pincel pequeño, pera de aire, pera de agua

Nivel de resolución.-

Primer nivel.

Definición.-

La aplicación tópica de fluor es uno de los mejores medios para conseguir el contacto del esmalte dentario con las sales de fluor acuoso, la finalidad es hacer que el esmalte sea más resistente a la descalcificación ácida.
Solución o gel de fluoruro fosfato acidulado al 1.23 %.

Diagnostico.-

- Niños y adolescentes hasta los 18 años.
- Piezas dentarias sanas.
- Piezas con caries incipientes.
- Todas las superficies dentarias.
- Piezas dentales permanentes.

Tratamiento.-

Aplicación de fluor gel en todas las piezas dentales

Procedimiento a seguir.-

- Realizar la profilaxis dental por medio de pinza clínica y algodón frotando todos los dientes en todas sus fases para remover la placa dental.
- Secar con pera de aire todos los dientes.
- Evitar que los dientes entren en contacto con la saliva después de la profilaxis, porque se forma rápidamente una película glicoproteica que evita o disminuye la adhesión del fluor a los dientes.
- Aplicar el fluor en cubetas individuales, en la ausencia de estas se puede usar torundas de algodón y pasar el fluor por todas las piezas dentales, se lo debe mantener por el tiempo de 4 minutos por arcada.
- Retirar las cubetas si se las hubiera empleado.

Recomendaciones post aplicación.-

- Se recomienda al paciente no ingerir ningún tipo de alimento ni liquido por el tiempo de hora.

- Se recomienda no ingerir leche por lo menos 2 horas después de aplicado el fluor.

- Si el paciente tiene mucha incidencia de caries se recomienda que está aplicación sea realizada cada 3 meses, si la actividad cariogénica es relativamente baja, la aplicación de fluor debe ser cada 6 meses o cada año.

Nivel de Resolución.-

Primer Nivel
Segundo nivel

- Esta aplicación también puede ser realizada por el Asistente Local de Salud, quién estará capacitado para realizar está actividad.

Definición.-

Las caries de primer grado son manchas blanquecinas opacas sobre la superficie dentaria, o pequeñas cavidades que no presentan ningún tipo de dolor, asintomáticas.

Diagnostico.-

- Todas las piezas dentales que presentan caries pequeñas, de primer grado.
- Piezas dentales con caries en una sola superficie.
- Piezas dentales con caries en dos o más superficies, que no sean profundas y no presenten dolor a cambios térmicos.

Tratamiento.-

Se realizará con la técnica PRAT. (Ver anexo adjunto).

Procedimiento a seguir.-

- Aislamiento relativo con torundas de algodón manteniendo la cavidad seca.
- Retirar el tejido cariado con cucharetas para dentina, en caso de que la cavidad sea pequeña, se la agranda con las mismas cucharetas.
- Secar con pera de aire, o con torundas de algodón.
- Volver a realizar el aislamiento relativo con torundas de algodón.
- Colocar en la cavidad el adhesivo dentinario con torundas de algodón.
- Preparar el Ionómero de vidrio, conforme indicaciones del fabricante.
- Colocar en la cavidad hasta que polimerice.
- Cuando el material este perdiendo la superficie lustrosa se aplica presión con el dedo, por 30 segundos.
- Aplicar barniz protector del mismo Ionómero.
- En caso de tener la oclusión alta rebajar los excesos con instrumental dental cortante.
- Indicar al paciente no comer por el lapso de una hora.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, pera de agua y aire, cucharetas de dentina pequeña y mediana, espátulas de cemento, placa de vidrio o block de papel, excavador.

Nivel de resolución.-

OBTURACIÓN DE CARIES DE DENTINA O SEGUNDO GRADO AO-G3-05

Definición.-

Las caries de segundo grado o dentina son procesos que llegan a la dentina y continua a través de los túbulos dentinarios, los procesos de descalcificación y proteólisis accionan sobre los tejidos mineralizados y los elementos fibrilares.

Diagnostico.-

- Todas las piezas dentales que presentan caries , de segundo grado.
- Piezas dentales con caries en una sola superficie, con mayor profundidad.
- Piezas dentales que presentan ligeros dolores al frió o al dulce.
- Piezas dentales que presentan dos o más superficies dentales atacadas.

Tratamiento.-

Se realizará con la técnica PRAT (ver anexo adjunto).

Procedimiento a seguir.-

- Aislamiento relativo con torundas de algodón manteniendo la cavidad seca.
- Retirar el tejido cariado con cucharetas para dentina, en caso de que la cavidad sea pequeña, se la agranda con las mismas cucharetas.
- Secar con pera de aire, o con torundas de algodón.
- Volver a realizar el aislamiento relativo con torundas de algodón.
- Colocar en la cavidad el adhesivo dentinario con torundas de algodón.
- Preparar el Ionómero de vidrio, conforme indicaciones del fabricante.
- Colocar en la cavidad hasta que polimerice.
- Cuando el material este perdiendo la superficie lustrosa se aplica presión con el dedo, por 30 segundos.
- Aplicar barniz protector del mismo Ionómero.
- En caso de tener la oclusión alta rebajar los excesos con instrumental dental cortante.
- Indicar al paciente no comer por el lapso de una hora.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, pera de agua y aire, cucharetas de dentina pequeña y mediana, espátulas de cemento, placa de vidrio, excavador, porta matriz

Nivel de resolución.-

Primer nivel
Segundo nivel

Definición.-

Parte de la cirugía bucal que concierne a la extracción dentaria.

Diagnostico.-

- Piezas dentarias totalmente destruidas por caries.
- Piezas dentarias fracturadas por traumatismo cuya restauración no se puede realizar.
- Piezas dentarias supernumerarias.
- Piezas dentarias que no erupcionan dentro del tiempo cronológico.
- Piezas dentarias con lesiones de Furca.
- Piezas dentarias con movilidad con pérdida de función masticatoria.
- Restos radícula res.
- Piezas dentales con migración dental y sin función masticatoria.
- Piezas dentarias que presentan bolsas periodontales.

Tratamiento.-

Realizar la técnica necesaria para extraer una pieza dentaria que no se puede obturar.

Procedimiento a seguir.-

- Colocar el anestésico tópica en el lugar donde será colocada la anestesia.
- Colocar la anestesia con una aguja corta o larga dependiendo de la técnica anestésica.
- Realizar la sindesmotomía.
- Proceder a la exodoncia propiamente con los movimientos de luxación necesarios.
- Realizar la hemostasia pos operatoria se realiza por compresión local con un tapón de algodón o gasa.
- Proceder a la sutura de los márgenes gingivales.

Signos de alarma.-

- Foco de infección.(alveolitis) después de la extracción.
- Dolor después de la exodoncia.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, sindesmótomo, fórceps según la pieza a extraer, en caso necesario usar los elevadores, lima para hueso, porta aguja, hilo de sutura y aguja de sutura.

Nivel de resolución.-

Primer nivel
Segundo nivel

Definición.-

Infección pútrida del alveolo dentario después de la extracción.

Diagnostico.-

- Alveolo con exodoncia reciente que produce dolor pulsátil y agudo.
- Halitosis.
- Malestar general.
- Impotencia funcional.

Tratamiento.-

Realizar los procedimientos necesarios para aliviar el dolor y la infección después de una exodoncia.

Procedimiento a seguir.-

- Aplicar el anestésico tópica en el lugar donde será colocada la anestesia.
- Aplicar la anestesia local con una aguja corta o larga dependiendo de la técnica anestésica.
- Realizar el curetaje del alveolo
- Lavado del alveolo con suero fisiológico
- Secado del alveolo.
- Estimulación al sangrado con la cuchareta para dentina.
- Aplicar yodoformo al alveolo.
- Proceder a la sutura de los márgenes gingivales.
- Antibiótico terapia. (Amoxicilina 500 mg.).
- Analgésico. (Paracetamol 500 mg.)

Instrumental.-

Cuchareta para alveolo, jeringas para irrigación, porta agujas, hilo y aguja de sutura.

Nivel de resolución.

Primer nivel
Segundo nivel

Definición.-

Eliminación de la placa microbiana (formada por bacterias, células escamosas y detritus alimenticios) y la prevención de su acumulación.

Indicaciones.-

- Presencia de placa bacteriana.
- Presencia de tártaro dental.
- Cambios de coloración gingival.
- Halitosis.
- Inflamación de la encía papilar y marginal.
- Agrandamiento gingival.

Procedimiento a seguir.-

- Hacer que el paciente mastique la pastilla reveladora de placa por el tiempo de 2 minutos.
- Mientras mastique la pastilla pasar con la lengua todas las piezas dentales en todas sus superficies.
- Realizar un enjuague bucal con agua.
- Con el espejo dental revisar todas aquellas superficies que quedaron teñidas, esto indica que son esas las caras dentales que no hizo ningún tipo de higiene oral.
- Enseñar técnicas de cepillado dental y uso del hilo dental en aquellas regiones donde se pueda adquirir estos insumos, en áreas rurales alejadas se debe enseñar la limpieza de los dientes con los medios que existan en la comunidad, como ser:

  - Envolver un trapo pequeño limpio en el dedo y remojarlo con agua hervida fría y pasar el dedo por todas las superficies dentales.

  - En las diferentes comunidades ver algún medio de fabricar cepillos caseros como ser la cubierta fibrosa del coco en regiones del oriente, u otros medios en el altiplano como ser la lejía o la passa.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica

Niveles de resolución.-

Primer Nivel.

Definición.-

Colección purulenta localizada en la zona periapical de una pieza dentaria.

Indicaciones.-

- Paciente con una intensa hinchazón intraoral o extraoral causado por una pieza dental.

Signos y síntomas.-

Infección aguda.-

- Paciente enfermo e indispuesto.
- Hipertermia.
- Cara roja e hinchada
- Pieza dental con proceso periapical.
- Pieza dental con dolor agudo a la percusión.

Infección crónica.-

- Movilidad dental.
- Halitosis.
- Cambio de color del diente.

Material.-

Anestésico tópico 0,5 gr. Tubo de anestesia al 2%, aguja descartable corta o larga. Suero salino, tubo látex.

Procedimiento a seguir.-

- Supresión de la causa, extracción de los dientes afectados.
- Drenaje del absceso.
    - Se drena el absceso con un bisturí en el punto de fluctuación.
    - Se reseca el tejido de granulación.
    - Se irriga la zona con peróxido de hidrógeno al 1% y suero salino.
    - Los colgajos se deben cerrar o aproximar con una sutura no firme.
    - Colocación de un drenaje.

Medicación.-

- Control del dolor con analgésico.
- Si el ojo está edematizado, debido al edema colateral, puede que se tenga que aplicar cloranfenicol en gotas o pomada para evitar conjuntivitis.
- Se debe medicar al paciente con antibióticos de amplio espectro, si es que presenta una infección sistémica secundaria a un foco local de infección dental, es decir, un niño con temperaturas elevadas, una infección facial con signos claros de diseminación y linfadenopatías regionales.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, instrumental para exodoncia, jeringa carpule bisturí

Nivel de resolución.-

- Niños con abscesos periapicales que no presentan complicaciones, hinchazón, paciente con fiebre, Primer y Segundo Nivel.
- Niños con abscesos periapicales graves, edema severo, fiebre muy alta, Segundo Nivel.

Etiología.-

La mayoría de las lesiones traumáticas se deben a caídas y accidentes en el juego. En los niños que están empezando a andar predominan las luxaciones de los dientes anteriores superiores, debido a que se caen con frecuencia al jugar e intentar levantarse, los traumatismos contusos suelen provocar mayores daños en los tejidos blandos y las estructuras de soporte, mientras que las lesiones incisas o los traumatismos a gran velocidad producen luxaciones y fracturas dentales.

Los mal tratos infantiles son otra causa de traumatismos hay cuatro tipos de mal trato infantil:

- Mal trato físico.
- Abuso sexual.
- Mal trato afectivo.
- Negligencia.

Antecedentes.-

La mayoría de los traumatismos se deben a caídas o accidentes durante los juegos, estos hechos son solo el 1% de los traumas, y un 80 % es causado por malos tratos principalmente a los niños pequeños.

Los malos tratos son ignorados, aunque cada vez es mayor la conciencia pública y los casos publicados. La primera medida para poder prevenir es reconocerlos y hacerlos públicos. Los Odontólogos están en una posición privilegiada para identificar y hacer públicos los casos de niños maltratados, ya que a menudo pueden ver la relación que existe entre el niño y sus padres o personas a cargo del niño.

Todo odontólogo debe conocer las características de lesiones para poder diagnosticar los malos tratos infantiles, así como la forma de informar, tratarlos y prevenir posteriores lesiones mayores.

Una mayor incidencia es en niños de 2-4 años y en niños 8-10 años.

10.1. LUXACIONES EN LA DENTICIÓN PERMANENTE

Las luxaciones son desplazamientos de los dientes dentro del hueso alveolar, son las lesiones mas frecuentes de los dientes incisivos permanentes.

a. Concusión y subluxación.-

La concusión es una lesión del diente y su ligamento sin desplazamiento ni movilidad dental. La subluxación es una movilidad dental sin desplazamiento. Las dos lesiones causan un daño mínimo del ligamento periodontal. Los dientes afectados son sensibles a la percusión, pero se mantienen firmes dentro el alveolo. Los dientes subluxados mantiene una mayor movilidad pero no están desplazados.

Tratamiento.-

- Aliviar la oclusión
- Dieta blanda durante una semana.
- Seguimiento personalizado.
- Puede ocurrir una necrosis pulpar por lo que será necesario realizar la referencia.

b. Luxación intrusiva.-

Las lesiones intrusivas (producida por la compresión de la raíz hacia el interior del hueso alveolar) causa un daño severo en las estructuras de soporte y del paquete neurovascular.

Tratamiento.-

- Si la intrusión es profunda y la pieza dental solo aparece un poco de corona, se debe recolocar el diente en su posición normal,
- En caso de que la intrusión no es muy profunda se puede dejar el diente para que vuelva a erupcionar naturalmente.
- Se realizará la referencia para realizar la endodoncia.

Luxación lateral y extrusión.-

Los dientes se pueden luxar en cualquier dirección y dependiendo del grado de la luxación, el diente puede necesitar recolocación e inmovilización, para esto se puede usar los dedos o pinzas.

Tratamiento.-

- Recolocación del diente con anestesia local. Es importante recolocar el diente inmediatamente ocurrido el trauma, porque si pasa más de 24 horas la recolocación es muy difícil.
- Se Sutura las heridas gingivales.
- Se inmoviliza los dientes con acrílico auto polimerizable.
- Dieta blanda por 3 semanas.
- Las luxaciones laterales siempre presentan fracturas dentoalveolares, por lo que es necesario moldear el hueso en la posición correcta.
- Si el diente se oscurece se refiere a segundo nivel para realizar endodoncia.

d. Avulsión.-

La avulsión es cuando el diente es expulsado del alveolo al exterior causado por algún tipo de trauma.

Las posibilidades del diente ser salvado y conservado en el alveolo dependen del tiempo en que el diente haya permanecido fuera de la boca, siempre que fuera posible lo mejor es reimplantarlo.

Tratamientos.-

Primeros auxilios.-

Es importante que en estos casos los padres, parientes y profesores deberían estar capacitados para solucionar estos problemas y conocer los siguientes primeros auxilios:

- Mantener el diente avulsionado en leche hasta acudir al dentista.
- Nunca colocar el diente en agua pues puede producir la lisis hipotónica de las células del ligamento.
- El diente avulsionado se lo puede poner en la boca del paciente debajo de su lengua por algunos minutos hasta llegar al dentista.

El Odontólogo.-

- Si el diente está sucio se lo debe enjuagar con leche y reimplantarlo.
- Debe reimplantar el diente inmediatamente el paciente acuda para su atención.
- Inmovilizar con acrílico auto polimerizable por 7 a 10 días.
- Dieta blanda.
- Administrar antiinflamatorios.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA POBLACIÓN EN GENERAL

Contenido

1.	CONSULTA ODONTOLÓGICA	AO – G4 – 01	57
2.	OBTURACIÓN DE CARIES DE ESMALTE O PRIMER GRADO	AO – G4 – 04	59
3.	OBTURACIÓN DE CARIES DE DENTINA O SEGUNDO GRADO	AO – G4 – 05	61
4.	EXODONCIAS	AO – G4 – 06	63
5.	ALVEOLITIS	AO – G4 – 07	65
6.	CONTROL DE PLACA BACTERIANA	AO – G4 – 08	66
7.	DRENAJE DE ABSCESO PERIAPICAL AGUDO	AO – G4 – 09	67

Definición.-

La consulta odontológica es la entrevista del usuario con el Odontólogo, para definir el estado de salud oral, de los .

Procedimiento a seguir:

1. Anamnesis del paciente.

    d. Filiación del paciente
    e. Antecedentes familiares
    f. Antecedente personales, de nacimiento, enfermedades.
    - Tipo de alimentación.

2. Exploración extraoral.

    La exploración extraoral debe consistir en una valoración general de la mujer en gestación.
    - La simetría las dimensiones faciales, y los tipos faciales ortodóncicos.
    - Los ojos incluyendo el aspecto del globo ocular, la esclerótica, las pupilas y las conjuntivas.
    - El color y el aspecto de la piel.
    - Las articulaciones temporo mandibulares.
    - Los ganglios linfáticos cervicales, submandibulares y occipitales.

3. Exploración intraoral.

    - Tejidos blandos, incluyendo la orofaringea y las amígdalas.
    - Higiene oral y estado periodontal.
    - Tejidos duros dentales.
    - Oclusión y relaciones ortodóncicas.

4. Ficha dental.

    - Dentición permanente.
    - Tipo de Oclusión.
    - Plan de tratamiento.

Después de los procedimientos anteriores se debe realizar el diagnostico de necesidades odontológicas del paciente, para determinar los tratamientos que pueden ser realizados en cada uno de ellos, registrándose en la Historia Clínica del paciente.

Criterio de Referencia.-

De acuerdo a la Patología del paciente el Odontólogo debe determinar la referencia o no a establecimientos de segundo o tercer nivel según las necesidades.

Instrumental.-

Espejo dental, sonda exploradora, pinza clínica, pera de aire y pera de agua

Nivel de resolución.-

Primer nivel.
Segundo nivel

OBTURACIÓN DE CARIES DE ESMALTE O PRIMER GRADO AO-G4-04

Definición.-

Las caries de primer grado son manchas blanquecinas opacas sobre la superficie dentaria, o pequeñas cavidades que no presentan ningún tipo de dolor, asintomáticas.

Diagnostico.-

- Todas las piezas dentales que presentan caries pequeñas, de primer grado.
- Piezas dentales con caries en una sola superficie.
- Piezas dentales con caries en dos o más superficies, que no sean profundas y no presenten dolor a cambios térmicos.

Tratamiento.-

Se realizará con la técnica PRAT. (Ver anexo adjunto).

Procedimientos.-

- Aislamiento relativo con torundas de algodón manteniendo la cavidad seca.
- Retirar el tejido cariado con cucharetas para dentina, en caso de que la cavidad sea pequeña, se la agranda con las mismas cucharetas.
- Secar con pera de aire, o con torundas de algodón.
- Volver a realizar el aislamiento relativo con torundas de algodón.
- Colocar en la cavidad el adhesivo dentinario con torundas de algodón.
- Preparar el Ionómero de vidrio, conforme indicaciones del fabricante.
- Colocar en la cavidad hasta que polimerice.

- Cuando el material este perdiendo la superficie lustrosa se aplica presión con el dedo, por 30 segundos.
- Aplicar barniz protector del mismo Ionómero.
- En caso de tener la oclusión alta rebajar los excesos con instrumental dental cortante.
- Indicar al paciente no comer por el lapso de una hora.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, pera de agua y aire, cucharetas de dentina pequeña y mediana, espátulas de cemento, placa de vidrio o block de papel, excavador.

Nivel de resolución.-

Primer nivel

OBTURACIÓN DE CARIES DE DENTINA O SEGUNDO GRADO AO-G4-05

Definición.-

Las caries de segundo grado o dentina son procesos que llegan a la dentina y continua a través de los túbulos dentinarios, los procesos de descalcificación y proteólisis accionan sobre los tejidos mineralizados y los elementos fibrilares.

Diagnostico.-

- Todas las piezas dentales que presentan caries , de segundo grado.
- Piezas dentales con caries en una sola superficie, con mayor profundidad.
- Piezas dentales que presentan ligeros dolores al frió o al dulce.
- Piezas dentales que presentan dos o más superficies dentales atacadas.

Tratamiento.-

Se la realizará con la técnica PRAT (ver anexo adjunto)

Procedimiento a seguir.-

- Aislamiento relativo con torundas de algodón manteniendo la cavidad seca.
- Retirar el tejido cariado con cucharetas para dentina, en caso de que la cavidad sea pequeña, se la agranda con las mismas cucharetas.
- Secar con pera de aire, o con torundas de algodón.
- Volver a realizar el aislamiento relativo con torundas de algodón.
- Colocar en la cavidad el adhesivo dentinario con torundas de algodón.
- Preparar el Ionómero de vidrio, conforme indicaciones del fabricante.
- Colocar en la cavidad hasta que polimerice.
- Cuando el material este perdiendo la superficie lustrosa se aplica presión con el dedo, por 30 segundos.

- Aplicar barniz protector del mismo Ionómero.
- En caso de tener la oclusión alta rebajar los excesos con instrumental dental cortante.
- Indicar al paciente no comer por el lapso de una hora.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, pera de agua y aire, cucharetas de dentina pequeña y mediana, espátulas de cemento, placa de vidrio, excavador, porta matriz.

Nivel de resolución.-

Primer nivel

Definición.-

Parte de la cirugía bucal que concierne a la extracción dentaria.

Diagnostico.-

- Piezas dentarias totalmente destruidas por caries.
- Piezas dentarias fracturadas por traumatismo cuya restauración no se puede realizar.
- Piezas dentarias supernumerarias.
- Piezas dentarias que no erupcionan dentro del tiempo cronológico.
- Piezas dentarias con lesiones de Furca.
- Piezas dentarias con movilidad con pérdida de función masticatoria.
- Restos radícula res.
- Piezas dentales con migración dental y sin función masticatoria.
- Piezas dentarias que presentan bolsas periodontales.

Tratamiento.-

Realizar los procedimientos necesarios para extraer una pieza dental en mal estado.

Procedimiento a seguir.-

- Aplicar el anestésico tópica en el lugar donde será colocada la anestesia.
- Aplicar la anestesia local con una aguja corta o larga dependiendo de la técnica anestésica.
- Realizar la sindesmotomía.
- Proceder a la exodoncia propiamente con los movimientos de aprensión, luxación y tracción.
- Realizar la hemostasia pos operatoria se realiza por compresión local con un tapón de algodón o gasa.
- Proceder a la sutura de los márgenes gingivales

Signos de alarma.-

- Foco de infección.(alveolitis)
- Dolor después de la exodoncia.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, sindesmótomo, fórceps según la pieza a extraer, en caso necesario usar los elevadores, lima para hueso, porta aguja, hilo de sutura y aguja de sutura.

Nivel de resolución.-

Primer nivel
Segundo nivel

Definición.-

Infección pútrida del alveolo dentario después de la extracción.

Diagnostico.-

- Alveolo con exodoncia reciente que produce dolor pulsátil y agudo.
- Halitosis.
- Malestar general.
- Impotencia funcional.

Tratamiento.-

Realizar los procedimientos necesarios para aliviar el dolor y la infección después de una exodoncia.

Procedimiento a seguir.-

- Colocar el anestésico tópica en el lugar donde será colocada la anestesia.
- Colocar la anestesia con una aguja corta o larga dependiendo de la técnica anestésica.
- Realizar el curetaje del alveolo
- Lavado del alveolo con suero fisiológico
- Secado del alveolo.
- Estimulación al sangrado con la cuchareta para dentina.
- Aplicar yodoformo al alveolo.
- Proceder a la sutura de los márgenes gingivales.
- Antibiótico terapia. (Amoxicilina 500 mg.).
- Analgésico. (Paracetamol 500 mg.)

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, cureta para alveolo, jeringas para irrigar, porta agujas, agujas e hilo de sutura.

Nivel de resolución.-

Primer nivel
Segundo nivel

Definición.-

Eliminación de la placa microbiana (formada por bacterias, células escamosas y detritus alimenticios) y la prevención de su acumulación.

Diagnostico.-

- Presencia de placa bacteriana.
- Presencia de tártaro dental.
- Cambios de coloración gingival.
- Halitosis.
- Inflamación de la encía papilar y marginal.
- Agrandamiento gingival.

Procedimiento a seguir.-

- Hacer que el paciente mastique la pastilla reveladora de placa por el tiempo de 2 minutos.
- Mientras mastique la pastilla pasar con la lengua todas las piezas dentales en todas sus superficies.
- Realizar un enjuague bucal con agua.
- Con el espejo dental revisar todas aquellas superficies que quedaron teñidas, esto indica que son esas las caras dentales que no hizo ningún tipo de higiene oral.
- Enseñar técnicas de cepillado dental y uso del hilo dental en aquellas regiones donde se pueda adquirir estos insumos, en áreas rurales alejadas se debe enseñar la limpieza de los dientes con los medios que existan en la comunidad, como ser:
  - Envolver un trapo pequeño limpio en el dedo y remojarlo con agua hervida fría y pasar el dedo por todas las superficies dentales.
  - En las diferentes comunidades ver algún medio de fabricar cepillos caseros como ser la cubierta fibrosa del coco en regiones del oriente, u otros medios en el altiplano como ser la lejía o la passa.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora y pinza clínica.

Niveles de resolución.-

Primer Nivel.

Definición.-

Colección purulenta localizada en la zona periapical de una pieza dentaria.

Diagnostico.-

- Paciente con edema localizado intraoral o extraoral causado por una pieza dental.

Infección aguda.-

- Paciente enfermo e indispuesto.
- Hipertermia.
- Cara roja e hinchada
- Pieza dental con proceso periapical.
- Pieza dental con dolor agudo a la percusión.

Infección crónica.-

- Movilidad dental.
- Halitosis.
- Cambio de color del diente.

Material.-

Anestésico tópico 0,5 gr. Tubo de anestesia al 2%, aguja descartable corta o larga. Suero salino, tubo látex.

Tratamiento.-

- Supresión de la causa, extracción de los dientes afectados.

- Drenaje del absceso.

  - Se drena el absceso con un bisturí en el punto de fluctuación.
  - Se reseca el tejido de granulación.
  - Se irriga la zona con peróxido de hidrógeno al 1% y suero salino.
  - Los colgajos se deben cerrar o aproximar con una sutura no firme.
  - Colocación de un drenaje.

- Control del dolor con analgésico paracetamol 500 mg.
- Si el ojo está edematizado, debido al edema colateral, puede que se tenga que aplicar cloranfenicol en gotas o pomada para evitar conjuntivitis.
- Se debe medicar al paciente con antibióticos de amplio espectro, Amoxicilina 500mg si es que presenta una infección sistémica secundaria a un foco local de infección dental, es decir, un niño con temperaturas elevadas, una infección facial con signos claros de diseminación y linfadenopatías regionales.

Instrumental.-

Espejo bucal, sonda exploradora, pinza clínica, instrumental para exodoncia, jeringa carpule bisturí

Nivel de resolución.-

- Personas con abscesos periapicales que no presentan complicaciones, hinchazón, paciente con fiebre, Primer y Segundo Nivel.
- Personas con abscesos periapicales graves, edema severo, fiebre muy alta, Segundo Nivel.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS

Contenido

GENERALIDADES

Introducción.-

Los cuidados bucales para los ancianos prácticamente han sido excluidos de todos los programas Odontológicos en curso, este problema también se repite en los curriculums de todas las Universidades del País, donde se da prioridades por grupos, como ser: tratamientos de niños, mujeres en estado de embarazo, jóvenes y adultos en una menor proporción.

Antecedentes.-

Se tiene como antecedente que en Canadá el 81 % de las personas mayores de 65 años necesitan cuidados periodontales, y el 78,3 % necesitan otros cuidados entre ellos de prótesis, en Bolivia no tenemos un diagnóstico epidemiológico de las personas de la tercera edad.

Programas de Salud Pública.-

Los problemas bucales de las personas de la tercera edad varían desde casos críticos de gente desdentada, con severas deficiencias masticatorias, hasta alteraciones de tejidos blandos y de glándulas salivares, las unidades de salud deberían seguir la siguiente metodología.

- Detección de ancianos con problemas causados por prótesis dentales, en tejidos blandos.
- La necesidad que tienen en usar prótesis dentales.
- Determinar el estado general de salud de los dientes presentes.
- El estado general de los tejidos periodontales.
- Métodos de higiene oral.

Procedimientos.-

- El odontólogo debe dar orientación sobre métodos de higiene oral.
- Se debe dar orientación en cuanto al cuidado de las prótesis.
- Si la prótesis está causando alguna lesión en boca indicar el cambio y tratar de realizar una mejor adaptación.

ANEXO 1

Técnica de Restauración Atraumática

PRACTICA DE RESTAURACIÓN ATRAUMÁTICA

Introducción.-

La técnica del tratamiento restaurativo Atraumático (PRAT) es un procedimiento basado en excavar cavidades usando un instrumento de mano y restaurando posteriormente con material adhesivo (cemento de Ionómero de Vidrio).

Este procedimiento es creado por la necesidad que tienen millones de personas en países menos desarrollados y en campos de refugiados los cuales no tienen acceso a la atención dental convencional, lo que hace que sus piezas se deterioren por causa de la caries a extremos tales que solo se puede realizar la extracción dental.

La técnica PRAT permite el tratamiento de lesiones destinarías en aquellos comunidades donde no tienen electricidad, y donde no existe un equipo dental.

La técnica PRAT es contraindicada en lesiones profundas, anchas y cercanas a la pulpa dental.

La ventaja de la Restauración atraumática es un instrumento de apoyo para los Odontólogos en la educación en salud Oral, sabemos que tratar de realizar una educación en Salud Oral sin resolver los problemas dentales de la comunidad; hace que la misma no tenga la fuerza necesaria para conseguir lo deseado, porque las personas quieren que sus problemas sean resueltos, antes de recibir mensajes promoviendo Salud, toda actividad preventiva debe ir acompañada de actividades curativas.

En Países en desarrollo el tratamiento curativo mas usado es la extracción dental que causa una mutilación, con graves problemas de salud en general, por la deficiencia masticatoria que se presenta después de las extracciones, y también por los problemas de mala oclusión que aparecen en las arcadas dentales.

Antecedentes.-

En el mes de octubre de 1991, se evaluó la efectividad del PRAT en el área rural de Tailandia, después de un año, el 92% de las restauraciones en dientes permanentes tuvieron éxito, considerando la constante liberación de fluor y la mayor adhesión química que tiene el Ionómero de Vidrio, se constato que muy pocas restauraciones tuvieron que ser repetidas ya sea por defectos o por recidiva de caries.

Con la técnica PRAT los odontólogos brigadistas tendrán a mano un medio fácil y versátil para proporcionar obturaciones de esmalte y dentina a la población de las comunidades, estos profesionales ya no necesitarán transportar el equipo dental ni preocuparse por la existencia de electricidad, para poder realizar técnicas curativas en los dientes.

Material.-

El cemento de Ionómero de vidrio es un material usado para la restauración de las cavidades, tiene mucho futuro usándolo en etapas tempranas de la caries, el avance de esta es detenido o reducido gracias a la liberación de Fluor que tiene el Ionómero de vidrio.

Composición.-

- Polvo.- Siliciumoxide, aluminumoxide, fluoruro de calcio.
- Líquido.- ácido polyacrílico o agua destilada.

Características Clínicas.-

El cemento de Ionómero de Vidrio se adhiere químicamente al esmalte y la Dentina, da un excelente sellado a la cavidad, la adhesión en el esmalte es mas fuerte que a la dentina.

1. La principal característica de cemento de Ionómero de Vidrio es la constante liberación de fluoruro, está propiedad consigue la inhibición al avance de la caries.
2. El Ionómero de vidrio tiene muy buena biocompatibilidad con la pulpa dental, y no causa reacciones inflamatorias pulpares ni gingivales.
3. La desventaja del Ionómero es que puede presentar un alto desgaste oclusal y una baja dureza, comparado otros materiales de obturación.

Ventajas.-

Los cementos de Ionómero de vidrio se pueden usar con confianza en lesiones cariosas de una sola superficie, en lesiones de dos o más superficies la aplicación resulta un poco más complicada, el éxito de la obturación depende del diente y del tamaño de la cavidad, las ventajas que tiene este material son:

- Técnica simple para el Odontólogo.
- Adhesión química dentina / esmalte.
- Constante liberación de fluor.
- Adecuado tiempo para su aplicación y un rápido fraguado.
- Excelente biocompatibilidad con la pulpa.
- Mínima sensibilidad a los cambios térmicos.
- Alta resistencia a la masticación.

Mezcla y aplicación.-

- En un bloque de papel o loseta de vidrio se coloca una medida de polvo.

- La relación estándar del polvo y del líquido es de 3.6 / 1.0g. Esta consistencia puede ser obtenida con una medida de polvo y una gota de líquido.

- Dividir el polvo en dos porciones iguales, mezclar luna de las partes con todo el líquido por 10 segundos, añadir la segunda parte y mezclarla entre 15 a 20 segundos hasta obtener una aleación homogénea. El total del tiempo de la mezcla no tiene que exceder los 30 segundos.

Precauciones.-

- El líquido no deberá ser colocado, en la placa de vidrio o el bloque de papel si el polvo no está listo para ser preparado.

- Inmediatamente usado el cemento de Ionómero de vidrio deberá ser removido del instrumental.

- Si el cemento de Ionómero estuviera seco no se debe obturar la cavidad, es mejor preparar otra porción.

Cada tipo de Ionómero presenta sus indicaciones, se recomienda seguir las instrucciones de los fabricantes.

Intrumental.-

El instrumental que se usa para cada procedimiento deberá ser el adecuado.

Para el éxito de cualquier tratamiento es esencial que el operador conozca las funciones de todos y cada uno de los instrumentales que van ha ser usados, a continuación se describirá las funciones del instrumental usado para preparar la cavidad y realizar la restauración, indicando al odontólogo métodos para mantener los instrumentales con filo y saber como evitar la contaminación cruzada.

1. **Espejo Bucal.-** Este instrumental será usado para reflejar luz dentro del campo operatorio, para ver indirectamente la cavidad oral, también sirve para retraer la mejilla o la lengua, en casos necesarios.

2. **Sonda Exploradora.-** Este instrumental se usará para explorar las piezas dentales que presenten caries, no deberá ser usada para caries muy pequeñas, al realizar esta operación se podría destruir el proceso de remineralización del diente. El explorador tampoco debe ser usado en cavidades profundas muy cerca de pulpa para evitar dolor que puede ser producido con esta maniobra.

3. **Pinza Clínica.-** Este instrumental deberá ser usado para llevar y colocar los rollos de algodón a la cavidad bucal para conseguir un aislado relativo de la pieza a ser tratada, también sirve para remover la banda T o matriz.

4. **Cuchareta o cucharilla.-** Este instrumental será usado para remover la caries dental de la cavidad, deberá tener en dos tamaños diferentes. El de diámetro pequeño, aproximadamente de 0,6 mm y el de diámetro mediano aproximadamente de 1,2mm.

5. **Cincel.-** Este instrumental podría ser usado para agrandar la entrada de la cavidad, para poder tener mejor acceso a la cavidad, podría ser Ash 10-2-12, 1180/53 y 1189/54.

6. **Loseta o placa de vidrio y espátula de plástico.-** Estros instrumentales deben ser usados para mezclar el cemento de Ionómero de vidrio, algunas cajas del cemento tienen la espátula de plástico para la mezcla.

7. **Gutaperchero o excavador.-** Este instrumental tiene dos funciones, la punta plana se usará para insertar el material en la cavidad, y la punta filosa se usará para remover el exceso del material y restaurar el contorno original del diente anatómicamente.
   Se podrá usar el instrumental plástico del Kit, un lado para introducir el material a la cavidad y el otro lado será usado para tapar la cavidad.

8. **Porta matriz y retenedor.-** estos instrumentales serán usados para contornear la superficie proximal de las obturaciones.

9. **Cuñas.-** Serán usadas para ajustar la parte cervical del diente, lo cual evitará que exista exceso de material obturador en las encías papilares.

Cómo afilar el instrumental a ser usado.-

Los instrumentales como las cucharetas y los excavadores y cinceles se deberán afilar periódicamente, un instrumental sin filo es peligroso ya que se necesitará mayor fuerza para remover la caries, lo cual puede causar una exposición pulpar.

Para comprobar el filo del los instrumentales solo se debe verificar sobre la uña del dedo pulgar, si el instrumental escarba la uña, quiere decir que esta con filo, pero si este se desliza sobre la uña significa que no está filoso.

Los instrumentales tienen que ser afilados por el odontólogo con una piedra Arkansas.

Control de Infección.-

La esterilización del instrumental, y de las áreas de trabajo es importante para evitar la infección cruzada operador/ paciente y viceversa, así como paciente a paciente vía operador.
Procedimientos que deberán ser tomados en cuenta:

1. Remover todas las partículas que hayan quedado en el instrumental usado, con un cepillo, agua y jabón.
2. Colocar el instrumental lavado en una olla a presión con agua.
3. Colocar la olla a presión en el fuego o estufa hasta que el agua hierva.
4. Hacer hervir el agua por 15 minutos.
5. Remover la olla de la estufa y dejar que enfrié.
6. Sacar el instrumental de la olla.

El instrumental puede también ser esterilizado usando cualquier olla e hirviendo el agua con el instrumental dentro por el tiempo de 30 minutos.

En caso de no tener ninguno de estos medios se realizará una desinfección del instrumental sumergiéndolo en cualquier antiséptico por el periodo de 30 minutos.

Restauración de las cavidades.-

La técnica de la Práctica de restauración atraumática no puede ser usada en todos los casos de caries dental, es necesario que el odontólogo realice un buen diagnóstico pulpar, el éxito de éste tratamiento depende del diagnóstico, y del procedimiento.

Identificación de la caries.-

Clínicamente la caries dental se presenta como una masa suave, extendida, algo dura, casi siempre se encuentra el esmalte fracturado lo que nos da lugar a verificar la textura de la dentina, que usualmente se presenta reblandecida, el color de la dentina con caries puede variar desde café hasta amarillo pálido, sin embargo se tiene que tener cuidado en verificar caries pues no siempre presenta color definido.

Caries de una sola superficie.-

- Las fosas y fisuras de la superficie oclusal de premolares y molares, cuando afecta al esmalte o dentina y esmalte.
- En la fosa lingual de los incisivos superiores.
- En los surcos vestibulares y linguales de premolares y molares.
- En superficies proximales de los dientes anteriores.

Preparación de la cavidad.-

1. Preparación del ambiente de trabajo.
2. Aislamiento del campo operatorio con rollos de algodon.
3. Remoción de la placa y deshechos alimentarios en las partes más profundas de las fosas y fisuras con el explorador de caries.
4. La cavidad de caries existente en la pieza dental se la debe ampliar removiendo todo el esmalte más delgado alrededor de la cavidad, con un excavador, cucharеta o hatchet.
5. Remover la caries comenzando con una cucharеta pequeña y luego la mediana y grande, poner un especial cuidado en la unión del esmalte y la dentina.
6. Los movimientos de la cucharеta deben ser circulares y horizontales para evitar exposición pulpar. Se debe remover toda la caries de la dentina.

Limpieza de la cavidad preparada.-

1. Para reforzar la unión del cemento de Ionómero de vidrio a la dentina se debe aplicar un acondicionador dentinario, en esta técnica es usado el mismo líquido del Ionómero que es un ácido poliacrílico.
2. Después de aplicado el acondicionador, se debe enjuagar con torundas de algodón y agua limpia, aplicadas en la cavidad con una pinza clínica.
3. Si la cavidad durante el procedimiento se contamina con sangre, esta debe ser removida con agua oxigenada.
4. La cavidad debe ser secada con torundas de algodón secos.

Restauración.-

I. Cavidades de una sola superficie.

Cuando no es posible remover el esmalte de los espacios pequeños con caries, estos deben ser limpiados con acondicionador dentinario, después de que la preparación esté lista, se procede a la obturación.

1. Mezclar el cemento de Ionómero conforme indique el fabricante.

2. La mezcla se la debe insertar en la cavidad usando la puntá plana del gutaperchero o aplicador y obturar colocando cantidades pequeñas tanto en la cavidad como en las fosas y fisuras adyacentes, ejerciendo una presión ligera evitando dejar burbujas de aire.

3. Tiene que asegurarse de terminar el procedimiento cuando el Ionómero presenta todavía una superficie lustrosa.

4. Aplicar una pequeña capa aislante (vaselina)

5. Tan pronto como el material empiece a perder su superficie lustrosa se tiene que aplicar presión con el dedo, técnica de digito presión con el fin de comprimir el material dentro de la cavidad. El dedo se lo puede retirar de la superficie después de 30 segundos.

6. El exceso del material se debe remover con un excavador.

7. Realizar el ajuste de la oclusión, marcando con un papel articular.

8. Se debe dar al paciente agua de una pera de agua, para que se enjuague la boca.

9. Después de terminado todo el procedimiento, se advierte al paciente no comer ningún alimento durante una hora.

Cavidades en superficies proximales.-

Se utiliza el mismo procedimiento efectuado en las cavidades de una sola superficie.

Existen 2 tipos se cavidades en las superficies proximales, una de los dientes anteriores y de los dientes posteriores.

En cavidades de dientes anteriores se procederá de la siguiente manera:

1. Se realiza aislado relativo con torundas de algodón.

2. Se lava y se seca la cavidad con torundas pequeñas de algodón, se debe mantener todo el procedimiento libre de saliva.

3. Para tener un contorno anatómico del diente en la región cervical, se usara una banda de celuloide.

4. Usar una cuña que será insertada por la parte vestibular para mantener la banda en posición y conservar la anatomía.

5. La banda debe ser sujetada con los dedos por el tiempo de 30 segundos aplicando fuerza contra el diente para poder conseguir que el material se adhiera a la cavidad y darle una anatomía aceptable.

6. Aflojar la banda y remover el exceso del material.

7. Aplicar la vaselina sobre la restauración, y esperar 30 segundos hasta que seque.

8. Darle al paciente agua con una pera de agua y hacer que el paciente se enjuague la boca, para remover el exceso de materia.

9. Advertir al paciente de no comer durante una hora después del tratamiento.

Restauración en caras proximales de molares y premolares.

Las superficies proximales de los dientes posteriores serán restauradas con un porta matriz, en dentición primaria se debe tener cuidado en el tamaño de la cavidad y verificar bien el tiempo que falta para que la pieza haga el recambio.

Después de tomar en cuenta las anteriores recomendaciones la técnica de restauración se la realizará en la misma secuencia que se indica en los procedimientos de superficies proximales de dientes anteriores.

La variación al respecto de la técnica está en que en los molares y premolares se debe usar el porta matriz de tipo Ivory con tornillo de ajuste

Después de terminado el procedimiento se verificará la oclusión.