



Código
MPS-007

Versión
1.0

Aprobación
Febrero 2024

Sección Normalización

Manual de procedimiento en salud

Odontología ISSS

MPS

AUTORIZADO

F. 
Dr. Edwin Roberto Salmerón *

Gerente de Salud

REVISADO

F. 
Licda. Rosa Alba Quinteros

Jefatura Unidad de
Desarrollo Institucional

APROBADO


Dra. Mónica G. Ayala Guerrero

Directora General del ISSS

GOBIERNO DE



EL SALVADOR



Portada

- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Desarrollo
 - 1. Diagnóstico
 - 2. Detartraje
 - 3. Profilaxis
 - 4. Aplicación tópica de flúor
 - 5. Terapia Barniz de Flúor
 - 6. Sellante de fosas y fisuras
 - 7. Preparaciones cavitarias y obturaciones
 - 8. Extracciones dentales
 - 9. Aperturas endodónticos o acceso coronal
 - 10. Drenaje de abscesos
 - 11. Curetaje alveolar
 - 12. Tratamiento de conductos radiculares
 - 13. Curetaje subgingival
 - 14. Alisado radicular
 - 15. Drenaje de accesos periodontales
 - 16. Gingivectomía - Gingivoplastia
 - 17. Colgajos por debridación
 - 18. Cirugía periodontal regenerativa
 - 19. Cirugía mucogingival
 - 20. Cuña distal o mesial
 - 21. Ajuste oclusal
 - 22. Pulpotomía
 - 23. Exodoncia de pieza dentaria traumatizada
 - 24. Traumatismo bucal en niños
 - 25. Procedimiento de traumatismo bucal en niños
 - 26. Fractura de instrumental manual y rotatorio de endodoncia
 - 27. Toma de radiografía panorámica
- VII. Responsabilidades
- VIII. Formularios
- IX. Personal que participó en actualización del documento
- X. Registro de actualización del documento
- XI. Anexos
- XII. Registro de adendas



I. Propósito

Regular y estandarizar los procedimientos odontológicos preventivos, correctivos y quirúrgico acorde a portafolio de servicios, mejorando la calidad y oportunidad de atención odontológica a los derechohabientes consultantes en los diversos centros de atención del ISSS.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Constitución de la República de El Salvador.
- Código de salud.
- Ley y Reglamentos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Ley nacer con cariño.
- Ley crecer juntos.
- Ley de derechos y deberes de los pacientes y prestadores de servicios.
- Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS (octubre 2022).

III. Alcance

El manual de procedimiento en salud de odontología ISSS, tiene un alcance para todo personal de odontología en los diferentes centros de atención del ISSS.

IV. Vigencia

El manual de procedimiento en salud de odontología ISSS, se revisará de oficio con una periodicidad de 5 años y a solicitud de profesionales de odontología las veces que se considere necesario.

V. Definiciones

- **Clasificación ICDAS:** Sistema Internacional de Detección y Diagnóstico de Caries.



VI. Desarrollo

1. Diagnóstico

A. Definición

Procedimiento que consiste en el análisis de la historia clínica médica-odontológica del paciente, la detección de signos y síntomas que afecten su salud, así como factores de riesgos y la evaluación de pruebas complementarias con la finalidad de identificar el estado de salud del paciente y determinar un plan de tratamiento acorde a sus necesidades.

B. Objetivos

- Determinar el estado de salud oral y sistémico del paciente.
- Identificar la presencia de enfermedad, a través del interrogatorio al paciente o tutor, el examen clínico, análisis radiográfico y pruebas complementarias.
- Diseñar un plan de tratamiento.
- Proporcionar herramientas para informar al paciente o tutor su condición de salud y plan de tratamiento.

C. Indicaciones

- Paciente de primera vez.
- Paciente cuyo diagnóstico tenga 3 años de antigüedad.

D. Recursos

➤ Humanos

- ✓ Odontólogo general, especialistas e higienistas.

➤ Equipo

- ✓ Instrumental de diagnóstico.
- ✓ Sonda IPC-OMS-PSI extremo de bola 0.5mm.
- ✓ Sonda periodontal.
- ✓ Jeringa triple.
- ✓ Aparato de rayos x (cuando aplique).

➤ Insumos

- ✓ Equipo de bioseguridad.
- ✓ Gluconato de clorhexidina 0.12% y/o peróxido de hidrogeno 1%.
- ✓ Películas radiográficas (cuando aplique).



- ✓ Líquidos de rayos x (cuando aplique).
- ✓ Algodón.
- ✓ Hilo dental.

E. Preparación del paciente

- Informar del procedimiento al paciente o tutor.

F. Descripción del procedimiento

➤ Anamnesis

- a) Se realiza interrogatorio del paciente o tutor, que incluye la historia médico-odontológica, motivo de consulta, signos y síntomas, historia de la presente enfermedad y expectativas del tratamiento.
- b) A todo paciente se le indicará previo a examen clínico que efectuó un enjuague de gluconato de clorhexidina al 0.12% o peróxido de hidrógeno al 1.0%, aproximadamente 15ml. durante 30 segundos para disminuir la carga bacteriana y viral.

➤ Examen clínico

- c) Evaluación de los tejidos extraorales a través de la exploración clínica visual y palpación de la región facial y cervical.
- d) Revisión y auscultación de la articulación temporo-mandibular con la finalidad de detectar diferentes patologías (chasquidos o crepitación, subluxación, luxación, disfunción mandibular, entre otros).
- e) Evaluación de los tejidos intraorales a través de la exploración clínica visual y palpación de tejidos blandos, labios, piso de la boca, lengua, paladar duro, paladar blando, frenillos, glándulas salivales y región bucofaríngea.
- f) Evaluación de las estructuras dentarias, se realiza a través del método de observación directa de las superficies dentales y la exploración táctil con la ayuda de la sonda de extremo de bola:
 - Para la detección de lesiones cariosas se seca la superficie y se determina cambio de color, textura en las superficies lisas como también en la base de las fosas y fisuras o la presencia de microcavidades o cavidades evidentes.
 - En lesiones cariosas incipientes, se hace uso de la sonda sin efectuar presión digital para confirmar la pérdida de integridad de la superficie; esto con la finalidad de detectar la gravedad y el nivel de actividad de la caries dental, de acuerdo con los criterios ICDAS. De igual forma se realiza para la detección de otras lesiones como abrasiones, abfracción, erosión dental, atriciones o fracturas de la estructura dentaria; y el estado de prótesis dentales.



Para lo cual se realizará de acuerdo a la siguiente clasificación:

➤ **Clasificación**

▪ **ICDAS 0**

Sano. Se incluyen surcos teñidos y alteraciones del desarrollo dental.

▪ **ICDAS 1**

Primer cambio visual en esmalte. En superficies lisas, sólo es posible verlo después de secar de forma prolongada el diente (5s) o restringido a los confines de la fosa o fisura, la opacidad de caries se ve que no es consistente con la apariencia clínica de esmalte sano. En surcos y fisuras, el cambio de coloración estará confinado estrictamente al fondo siguiendo la trayectoria anatómica del surco o fisura.

▪ **ICDAS 2**

Cambio distintivo visual en esmalte húmedo. En superficies lisas, hay opacidad o decoloración por caries que no es consistente con la apariencia clínica de esmalte sano (La lesión sigue siendo visible cuando está seca). La lesión se localiza en las proximidades (en contacto o dentro de 1 mm) del margen gingival o junto a los accesorios de ortodoncia o prótesis sobre la superficie del diente o en zonas retentivas de biofilm oral o cálculo dental.

En surcos y fisuras, el cambio de coloración estará extendido a las paredes de la fisura.

▪ **ICDAS 3**

Cavidad por caries limitada al esmalte, sin signos visuales de afectación de dentina. Al secar por aproximadamente 5 segundos se distingue una pérdida clara de la integridad de la superficie del esmalte. En caso de duda, o para confirmar la evaluación visual, se puede utilizar la sonda OMS/IPC/PSR sin presión digital para confirmar la pérdida de integridad de la superficie. Microcavitación (0.5-1.5 mm aproximadamente).

▪ **ICDAS 4**

Sombra oscura de la dentina por debajo del esmalte, con o sin ruptura del esmalte. Esta lesión aparece como una sombra de dentina visible a través de la superficie del esmalte, pasa los límites de la lesión de mancha blanca o café, puede o no mostrar signos de ruptura localizada. Este aspecto se ve a menudo con más facilidad cuando el diente es humedecido, la sombra es oscura e intrínseca y puede ser de color gris, azul o café.

▪ **ICDAS 5**

Cavidad evidente con dentina visible. Cavitación en esmalte opaco o decolorado exponiendo la dentina subyacente, involucrando menos de la mitad de la superficie del diente. Se puede utilizar sonda OMS/IPC/PSR para confirmar la presencia de cavidad en dentina. Esto se logra



deslizando el extremo de bola a lo largo de la superficie y se detecta cavidad en dentina cuando la bola entra en la abertura causada por caries.

Pérdida de tejido compromete menos del 50% de la superficie.

▪ **ICDAS 6**

Cavidad extensa con dentina visible. Puede ser profunda o amplia y la dentina es claramente visible en las paredes y en la base, implica por lo menos la mitad de una superficie del diente. La cresta marginal puede o no estar presente.

Pérdida de tejido compromete el 50% o más de la superficie involucrada.

- g) Evaluación del periodonto, se realiza a través del método de observación directa y la exploración táctil, se considera el aspecto clínico de la encía, se identifica la presencia de biofilm o cálculo subgingival con la ayuda de sonda periodontal o explorador. Para la localización de bolsas periodontales, se inserta la sonda paralela al eje vertical del diente alrededor de la superficie, para detectar las áreas de penetración más profundas haciendo énfasis en zonas interdetales y furca en piezas multirradicales.
- h) Otras pruebas diagnósticas utilizadas son la palpación, percusión y estimulación pulpar a través de cambio de temperatura y revisar movilidad de todas las piezas dentarias.
- i) Examen radiográfico, cuando aplique. Comprende la toma de radiografías tanto periapicales o interproximales (aleta) y su interpretación.
- j) El procedimiento diagnóstico finaliza con el diseño del plan de tratamiento priorizando motivo de consulta y continuando con los procedimientos en orden de mayor a menor complejidad y consentimiento del paciente.
- k) Terminando el diagnóstico se explicará al paciente o tutor su diagnóstico, plan de tratamiento, y riesgos. Se llenará la hoja de consentimiento informado con firma de paciente, testigo y odontólogo o higienistas tratantes.

G. Tiempo de procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos.

H. Incapacidad

- ✓ No aplica.

I. Referencia (cuando aplique)

- ✓ Interconsultas médicas
- ✓ Exámenes de laboratorio.
- ✓ Referencia a higiene oral.
- ✓ Referencia a especialidades de acuerdo con las necesidades encontradas.

J. Recomendaciones

● A odontólogo

Realizar interconsulta con médico tratante en pacientes que han presentado cuadro de infarto en los últimos 6 meses, pacientes con enfermedad renal u otras que comprometan el estado de salud en general.

● Al paciente o tutor

1. Asistir a sus citas de seguimiento y controles, respetando su horario y deberes correspondientes.
2. No asistir en ayunas.
3. Tomar sus medicamentos, en caso de padecer enfermedad sistémica.
4. Hacer uso adecuado de las referencias.

2. Detartraje

A. Definición

- Es el procedimiento clínico utilizado para remover mecánicamente el biofilm y los depósitos calcificados (cálculos supragingivales) de la porción coronal del diente para evitar daños en los tejidos de soporte y así disminuir la presencia de enfermedades como gingivitis y periodontitis.

B. Objetivo

- Remover mecánicamente el biofilm y los depósitos calcificados de la porción coronal del diente para evitar daños en los tejidos de soporte.

C. Evaluación previa

- ✓ Detección de depósitos de cálculo dental supragingival en el examen clínico. Asimismo, se verificará si el paciente presenta algún compromiso sistémico y determinar el manejo adecuado.

D. Indicaciones

- ✓ Pacientes con cálculo supragingival.



E. Contraindicación

- ✓ En caso que el paciente presente discrasia sanguínea (púrpura trombocitopénica, hemofilia, leucemia, pacientes que toman anticoagulantes, entre otros) no se realizará el tratamiento a menos que lleve la autorización del médico tratante.
- ✓ En el caso que el paciente utilice marcapaso (más de 10 años) se realizará el tratamiento con instrumento manual.

F. Recursos

- **Humano**
 - ✓ Higienista dental, odontólogo general y especialista.
- **Material y equipo**
 - ✓ Aparatos ultrasónicos.
 - ✓ Curetas.
 - ✓ Cíncel zerfin.
 - ✓ Sonda periodontal.
 - ✓ Instrumento de profilaxis USC #128.
 - ✓ Eyector de saliva.
 - ✓ Vaso.
 - ✓ Gasas.
- **Insumos**
 - ✓ Gluconato de clorhexidina al 0.12%.
 - ✓ Anestésico tópico lidocaína spray.
 - ✓ Solución peróxido de hidrógeno al 1.0%.

G. Preparación del paciente

- ✓ Se explicará al paciente en qué consistirá el procedimiento.
- ✓ En caso que el paciente utilice aparato auditivo se sugerirá que se lo retire durante el procedimiento.

H. Precauciones

- ✓ Desarrollar apropiadamente la técnica de remoción de cálculo dental para evitar daño a los tejidos bucales.
- ✓ Utilizar buena succión dental.

I. Complicaciones

- ✓ Hemorragia.



- ✓ Hipersensibilidad dental.
- ✓ Movilidad dental.
- ✓ Otros.

J. Descripción del procedimiento

- a) Detección de los sitios donde se encuentran depósitos de biofilm y cálculos supragingivales. Esto se efectuará utilizando buena iluminación, con ayuda del espejo bucal y aire comprimido para remover la saliva.
- b) Exploración táctil utilizando el explorador o sonda periodontal para localizar hasta donde se extiende el cálculo dental. A todo paciente se le indicará previo procedimiento que efectúe un enjuague de gluconato de clorhexidina al 0.12% o peróxido de hidrógeno al 1.0%, aproximadamente 15 ml durante 30 segundos para disminuir la carga bacteriana y viral.
- c) Examinar la superficie dental con un explorador o sonda periodontal para valorar si el cálculo es eliminado en su totalidad.

K. Tiempo de procedimiento

- ✓ Aproximadamente 20 a 30 minutos. Cuando hay moderada o abundante presencia de cálculo dental puede realizarse en más citas.
- ✓ En niños aproximadamente de 10 a 15 minutos.

L. Incapacidad

- ✓ No aplica.

M. Referencia

- ✓ Referir pacientes adultos a periodoncista con pérdida de inserción, con o sin movilidad dental y/o presencia de recesión gingival.

N. Recomendaciones al paciente

1. Concientizar al paciente de realizar las técnicas de higiene oral correctamente, antes, durante y al finalizar el tratamiento para obtener buenos resultados y asistir puntualmente a sus citas de control.

3. Profilaxis

A. Definición

- Procedimiento que consiste en la detección y eliminación de biofilm y materia alba de la superficie del diente; utilizando un micromotor con pasta de piedra pómez fina aplicada con una copa de hule.

B. Objetivos

- Remover las manchas y pulido de superficies dentales.

C. Evaluación previa

- Detección y eliminación de biofilm, materia alba y manchas exógenas.

D. Indicaciones

○ **Población infantil (0 a 12 años)**

Se efectuará el procedimiento:

- ✓ Profilaxis manual de 6 meses a 2 años acompañada de gasa o cepillo dental.
- ✓ De 2 años de edad en adelante, se realiza posterior al control de placa dentobacteriana.
- ✓ La profilaxis se realiza previo a la aplicación tópica de flúor y colocación de sellante de fosas y fisuras.

○ **Población adolescente, adultos, gestantes y adulto mayor**

- ✓ Se efectuará este procedimiento a pacientes con gingivitis o periodontitis posterior al detartraje.

E. Contraindicación

- ✓ Ninguna.

F. Recursos

• **Humano**

- ✓ Higienista dental, odontólogo general y especialista.

• **Material y equipo**

- ✓ Pieza de mano de baja velocidad (micromotor).
- ✓ Contrángulo de pasador o ángulo profilaxis descartable.
- ✓ Copa de hule para contrángulo de pasador.
- ✓ Pasta de piedra pómez.



- ✓ Agua.
- ✓ Eyector de saliva.
- ✓ Frasco dappen.
- ✓ Gasa esteril.
- ✓ Hilo dental.

G. Preparación del paciente

- ✓ Se explicará al paciente o tutor en qué consistirá el procedimiento.

H. Precauciones

- ✓ Evitar el sobrecalentamiento de las piezas dentales.
- ✓ Utilizar suficiente pasta profiláctica con baja velocidad.
- ✓ No lastimar la encía.
- ✓ Mientras realiza el procedimiento debe utilizarse todas las medidas de bioseguridad y equipo de protección personal (gabachón descartable, guantes, mascarilla, gorro y visor).

I. Complicaciones

- ✓ Ninguna.

J. Descripción del procedimiento

- a) Efectuar índice de placa bacteriana.
- b) Preparar en un frasco dappen la piedra pómez fina mezclada con agua. Esta mezcla será utilizada como pasta. La pasta limpiadora debe mantenerse húmeda para reducir el calor que produce la fricción al girar la copa.
- c) Identificar las zonas con placa bacteriana utilizando buena iluminación y espejo bucal.
- d) La cavidad bucal debe humedecerse con agua para disminuir el calor generado por la copa de hule.
- e) La copa de hule se llena de pasta y se distribuye sobre varios dientes.
- f) La copa de hule debe girar a la mínima velocidad posible con presión moderada e intermitente deslizándola por toda la superficie dentaria con movimientos circulares.
- g) La velocidad se activa y se modera por medio del reóstato.
- h) Para finalizar la profilaxis se utilizará hilo dental para eliminar la placa bacteriana de la superficie interproximal.
- i) Examinar las superficies dentales utilizando el espejo bucal para determinar si la placa bacteriana ha sido removida totalmente.

K. Tiempo de procedimiento

- ✓ Aproximadamente 10 a 20 minutos.



L. Incapacidad

- ✓ No aplica.

M. Referencia

- ✓ Si el paciente presenta caries dental, se referirá al odontólogo general u odontopediatra (en caso de niños).
- ✓ Si el paciente presenta periodontitis se referirá a periodoncia.

N. Recomendación al paciente o tutor

1. Una vez finalizado el plan de tratamiento, se recomendará al paciente efectuar el procedimiento de higiene dental cada 6 meses o según criterio del profesional.
2. Se recomendará al paciente continuar con el tratamiento odontológico u otra especialidad (si fuera necesario).
3. Se hará énfasis en continuar practicando las técnicas de higiene oral y alimentación balanceada.

4. Aplicación tópica de flúor

A. Definición

- Procedimiento que consiste en aplicar, frotar o poner en contacto la sustancia que contenga flúor con la porción coronal del diente.

B. Objetivo

- Fortalecer la superficie del diente.
- Remineralizar las superficies dentales.

C. Evaluación previa

- ✓ Que las superficies dentales estén sin presencia de irritantes locales.

D. Indicaciones

- ✓ Después de la profilaxis.

E. Contraindicación

- ✓ Niños menores de 2 años.
- ✓ Hipersensibilidad al flúor tópico.
- ✓ Pacientes con fluorosis dental.
- ✓ Pacientes con capacidades especiales y dificultad a la deglución.

F. Recursos**• Humano**

- ✓ Higienista dental, odontólogos generales y especialistas.

• Material y equipo a utilizar

- ✓ Copa de hule.
- ✓ Piedra pómez fina.
- ✓ Rodetes de algodón.
- ✓ Flúor gel acidulado.
- ✓ Hisopo.
- ✓ Guantes.
- ✓ Mascarilla.
- ✓ Espejo bucal.
- ✓ Eyector.
- ✓ Contrángulo de pasador o ángulo descartable.
- ✓ Micromotor.

G. Preparación del paciente

- ✓ Efectuar previamente profilaxis dental.

H. Precauciones

- ✓ En caso de sensibilidad dentaria se efectuará la aplicación tópica de flúor antes de terminar el plan de tratamiento.
- ✓ Asegurarse de efectuar una adecuada aspiración de la saliva con el eyector.

I. Complicaciones

- ✓ Náuseas, vómito o dolor estomacal por ingesta accidental de flúor.
- ✓ Reacciones alérgicas al flúor.

J. Descripción del procedimiento (Técnica)

- Se realizará efectuando previamente la profilaxis de las piezas dentarias con copa de hule y piedra pómez fina.
- Secar la superficie del diente con algodón o jeringa triple.
- Aislar el área con rodetes de algodón.
- Controlar el flujo salival utilizando el eyector.
- Aplicar el flúor gel utilizando un hisopo sobre las piezas dentarias.
- Dejar actuar el flúor en las piezas el tiempo que indique el fabricante.



En caso que presente hipersensibilidad dental se efectuará "Terapia de flúor". Esta terapia consiste en aplicar el flúor durante 5 días consecutivos, según procedimiento.

K. Tiempo de procedimiento

- ✓ Aproximadamente 5 minutos.

L. Referencia

- ✓ No aplica.

M. Incapacidad

- ✓ No aplica.

N. Recomendación al paciente

1. Realizarse 2 veces al año.
2. El paciente no deberá enjuagarse, ni consumir alimentos o ingerir agua por un periodo no menor de 30 minutos posteriores a la técnica.

5. Terapia Barniz de Flúor

A. Definición

- Es un procedimiento que consiste en aplicar, frotar o poner en contacto la porción coronal del diente con una sustancia que contenga flúor para fomentar la remineralización de superficie dental.

B. Objetivo

- Remineralizar las superficies dentales que posean lesiones incipientes reversibles (manchas blancas).
- Reducir la sensibilidad dental.
- Disminuir el riesgo de caries a través de su uso terapéutico.

C. Evaluación

- ✓ Que las superficies dentales estén sin presencia de irritantes locales (biofilm y cálculo dental).

D. Indicaciones

- **En niños y adolescentes**
 - i. Al finalizar el diagnóstico y elaboración del plan de tratamiento posterior a la profilaxis.



- ii. Aplicar en pacientes que presentan una o varias de las siguientes condiciones:
 - ✓ Lesiones incipientes reversibles (Manchas blancas, lesiones ICDAS 1 y 2).
 - ✓ Síndrome de hipomineralización incisivo molar (HMI).
 - ✓ Sensibilidad dental.

- **Adultos (odontólogo general y periodoncista)**

- iii. Aplicar en pacientes que presentan una o varias de las siguientes condiciones:
 - ✓ Lesiones incipientes reversibles (Manchas blancas).
 - ✓ Sensibilidad dental.

E. Contraindicación

- ✓ Niños menores de 2 años con bajo riesgo de caries.
- ✓ Hipersensibilidad al flúor.
- ✓ Paciente con gingivitis ulcerosa o estomatitis.

F. Recursos

- **Humano**

- ✓ Odontólogo general, odontopediatra y periodoncista.

- **Material y equipo a utilizar**

- ✓ Bandeja básica y equipo de protección.
- ✓ Copa de hule.
- ✓ Piedra pómez fina.
- ✓ Rodetes de algodón.
- ✓ Barniz de Flúor al 5.0% o barniz de contacto prolongado.
- ✓ Hisopo.
- ✓ Hilo dental.
- ✓ Contrángulo de pasador o descartable.
- ✓ Micromotor.
- ✓ Lámpara fotocurado de acuerdo al material a utilizar.

G. Preparación del paciente

- ✓ Efectuar previamente profilaxis dental.

H. Precauciones

- ✓ En caso de sensibilidad dentaria se efectuará la aplicación de terapia de barniz de flúor antes de terminar el plan de tratamiento o según criterio clínico.
- ✓ Asegurarse de efectuar una adecuada aspiración de la saliva con el eyector.

I. Complicaciones

- ✓ Alergia a componentes del barniz de flúor.

J. Descripción del procedimiento (Técnica utilizando barniz de flúor al 5%)

- a) Efectuar previamente la profilaxis de las piezas dentarias con copa de hule y piedra pómez fina.
- b) Secar sin desecar la superficie del diente con algodón o jeringa triple.
- c) Aislar el área con rodetes de algodón.
- d) Controlar el flujo salival utilizando el eyector.
- e) Para limitar la ingestión oral indeseable, determine la dosis apropiada para el paciente con la ayuda de la guía de dosificación, según fabricante.

0.25 ml:

- Tratamiento de pacientes con dientes temporales.
- Tratamiento de todos los pacientes en los que sólo se deben cubrir superficies dentales.
- Limitadas áreas de recesión o cavidades.

0.40 ml:

- Tratamiento de pacientes con dientes temporales y permanentes en los que se deben cubrir superficies dentales más grandes, áreas de recesión o cavidades.

0.50 ml:

- Sólo para pacientes con dientes permanentes en los que se deben cubrir áreas más grandes.

- f) Realice aplicación horizontal desde la pieza más posterior a la anterior y por cuadrante.
- g) Evitar el contacto del pincel con saliva acumulada para evitar el asentamiento prematuro de las cerdas.
- h) Se recomienda utilizar técnica de goteo (agua) posterior a la aplicación para mejorar la fijación del barniz y evitar el barrido del material con la saliva.
- i) Dejar sobre la superficie el barniz 1 o 2 minutos.

K. Descripción del procedimiento (Técnica utilizando barniz de contacto prolongado)

- a) Efectuar previamente la profilaxis de las piezas dentarias con copa de hule y piedra pómez fina.
- b) Secar sin desecar la superficie del diente con algodón o jeringa triple.
- c) Aislar el área con rodetes de algodón.
- d) Controlar el flujo salival utilizando el eyector.
- e) Realice aplicación horizontal desde la pieza más posterior a la anterior y por cuadrante.
- f) Fotocurar.



L. Tiempo de procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos.

M. Frecuencia de aplicación

- ✓ Barniz de flúor al 5%: Una aplicación cada semana por 1 mes.
- ✓ Barniz de contacto prolongado: a criterio de odontólogo tratante.
- ✓ Aplicaciones adicionales a criterio del especialista post evaluación de cada caso individual.

N. Incapacidad

- ✓ No aplica.

O. Referencia

- ✓ No aplica

P. Recomendación al paciente o tutor

- **Barniz de flúor al 5%**

1. No es necesario que el paciente escupa después de la aplicación.
2. Evitar comer por 3 horas posterior a la aplicación
3. Suspender uso de enjuagues bucales por 3 días.
4. Hacer cambio de cepillo dental.

- **Barniz de contacto prolongado**

1. Informar al paciente que no es un material permanente.

Q. Recomendaciones generales

1. No comer alimentos pegajosos ni con colorantes durante todo el día.
2. En niños menores a 2 años no cepillar durante 12 horas posterior a la aplicación.
3. Durante 24 horas posterior a la aplicación:
 - ✓ En niños mayores de 2 años no realizar cepillado.
 - ✓ Dieta blanda.
 - ✓ Evitar líquidos fríos y calientes.

6. Sellante de fosas y fisuras

A. Definición

- Procedimiento que se realiza para sellar fosas y fisuras a pacientes con piezas primarias y permanentes (primeras molares, premolares y piezas anteriores con cíngulos profundos).

B. Objetivos

- Sellar fosas y fisuras de piezas primarias y permanentes.
- Modificar la superficie del diente en áreas que presenten fosas y fisuras profundas.
- Minimizar el riesgo de inicio de caries dental en las superficies con fosas y fisuras profundas.
- Aislar la superficie de lesiones incipientes en ICDAS 1 y 2.
- Aplicar en ICDAS 3 a criterio de odontopediatra.

C. Indicaciones

- Piezas completamente erupcionadas y libres de caries en su superficie oclusal.
- Piezas con lesiones ICDAS 1 Y 2.
- Pacientes que presenten las siguientes condiciones:
 - ✓ Molares y premolares permanentes con surcos y fisuras angostas y profundas.
 - ✓ Piezas anteriores con cíngulos profundos.

D. Contraindicación

- Piezas con caries parcialmente erupcionadas.
- ICDAS 4,5 y 6.

E. Recursos

- **Humano**
 - ✓ Higienista dental, odontólogo general y especialista.
- **Material y equipo a utilizar**
 - ✓ Set de diagnóstico.
 - ✓ Rodetes de algodón.
 - ✓ Eyector.
 - ✓ Jeringa triple.
 - ✓ Ácido grabador (ácido fosfórico al 37%).
 - ✓ Agua.
 - ✓ Pincel de aplicación.
 - ✓ Lámpara de fotocurado.



- ✓ Resina para sellado de fosas y fisuras.
- ✓ Papel de articular.

F. Preparación del paciente

- ✓ Realizar profilaxis previo a tratamiento.

G. Precauciones

- ✓ Procedimiento se efectuará por cuadrante.
- ✓ Evitar el exceso de material (resina de sellado) que pueda interferir en la oclusión dental.

H. Complicaciones

- ✓ Pérdida o desadapte total del sellante.
- ✓ Interferencia oclusal por exceso de material.

I. Descripción del procedimiento (técnica)

- a) Se realiza profilaxis.
- b) Aislamiento relativo de los dientes o piezas a tratar.
- c) Secar la superficie o superficies a sellar con aire comprimido libre de impurezas.
- d) Grabar, lavar y secar la superficie del diente.
- e) Aplicar el sellante sobre la superficie.
- f) Evaluar posteriormente el nivel de adherencia y la presencia de burbujas en el sellante con un explorador, si se encuentra alguna de estas fallas se deberá repetir el procedimiento.

J. Tiempo del procedimiento

- ✓ Aproximadamente 10 minutos.

K. Incapacidad

- ✓ No aplica.

L. Referencia

- ✓ En caso de lesiones cariosas incipientes se referirá a odontólogo general u odontopediatra.

M. Recomendaciones para el paciente

1. No masticar alimentos por 40 minutos después de la aplicación del sellante.
2. No descuidar la higiene bucal diaria.
3. Revisión y control de las piezas selladas cada seis meses.

7. Preparaciones cavitarias y obturaciones

A. Definición

- Eliminación de la lesión cariosa para posterior restauración de la anatomía del diente a través de una obturación devolviendo la función masticatoria.

B. Objetivo

- Restaurar piezas dentales afectadas por caries, en cualquiera de sus superficies, reconstruyéndola con materiales biocompatibles.

C. Evaluación

- ✓ A través de diagnóstico clínico y/o radiográfico.

D. Indicaciones

- ✓ Donde haya una lesión cariosa en cualquiera de sus superficies.
- ✓ Fractura, pérdida de superficie dentaria, entre otros.

E. Contraindicaciones

- ✓ Lesiones cariosas profundas que involucran pulpa dental.
- ✓ Lesiones cariosas radiculares o subgingivales.

F. Recursos

• Humano

- ✓ Odontólogo general y odontopediatra.

• Equipo

- ✓ Pieza de mano de alta velocidad.
- ✓ Lámpara de fotocurado.
- ✓ Unidad dental.
- ✓ Instrumental operatorio.

• Materiales e insumos

- ✓ Jeringa carpule.
- ✓ Aguja dental.
- ✓ Ácido grabador.
- ✓ Adhesivo.
- ✓ Resinas compositas.
- ✓ Cementos dentales.
- ✓ Cuñas.



- ✓ Bandas de metal y celuloideas.
- ✓ Tiras de lijas.
- ✓ Fresas de corte, terminado y pulido.
- ✓ Rodetes de algodón.
- ✓ Eyector.
- ✓ Dique de goma.
- ✓ Seda dental.
- ✓ Papel articular.
- ✓ Abreboca.

• **Medicamentos o insumos**

- ✓ Anestésico local: Lidocaina al 2% con epinefrina, 1 en 80,000 y Mepivacaina al 3% sin vaso constrictor.
- ✓ Anestésico tópico.
- ✓ Gluconato de clorhexidina al 0.12% (No aplica en odontopediatría).

G. Preparación del paciente

- ✓ En caso de pacientes sistemicamente comprometido deberá tomar el medicamento indicado.
- ✓ Explicar al paciente el procedimiento a realizar.

H. Precauciones

- ✓ Realizar correcta anamnesis antes de la infiltración del anestésico local, especialmente en pacientes con enfermedades sistémicas.
- ✓ Determinar la técnica y material correcto de acuerdo a la localización de la lesión cariosa.

I. Complicaciones

- ✓ Fractura de obturaciones extensas.
- ✓ Sensibilidad dental post operatoria.

J. Procedimiento para obturación con resina composita de fotopolimerizado

- a) Asepsia intraoral con gluconato de clorhexidina al 0.12% o peróxido de hidrogeno al 1% por 30 segundos.
- b) Aplicar anestesia local infiltrativa o de bloqueo si fuese necesario.
- c) Eliminar la lesión cariosa con equipo rotatorio, preparando una cavidad mínimamente invasiva.
- d) Lavar y secar la cavidad.
- e) Realizar aislamiento absoluto de la pieza dental.
- f) Asepsia de la cavidad preparada.



- g) Colocar base protectora pulpar (Ionómero de vidrio) en preparaciones profundas para proteger el tejido pulpar.
- h) Seleccionar el color de la resina con el diente limpio y húmedo.
- i) Aplicar el ácido grabador (de acuerdo a especificaciones del fabricante).
- j) Lavar con abundante agua.
- k) Secar para retirar el exceso de agua, mantener la humedad y evitar la contaminación.
- l) Colocar adhesivo en las superficies internas de la preparación cavitaria y fotocurar.
- m) Colocar la resina en incrementos, según indicaciones del fabricante y fotocurar.
- n) Restaurar la morfología.
- o) Revisar la oclusión con papel de articular.
- p) Realizar terminado y pulido.
- q) En cavidades interproximales, utilizar tiras de lija, bandas de celuloide, banda matriz y cuñas.

K. Tiempo estipulado para el procedimiento

- ✓ Aproximadamente treinta (30) minutos por paciente.

L. Referencia

- ✓ Referencia a endodoncia u otra especialidad, en caso aplique.

M. Incapacidad

- ✓ No amerita.

N. Recomendaciones

• **A odontólogos**

1. Para la obturación definitiva en piezas que han recibido tratamiento de endodoncia deberá:
 - i. Retirar completamente la obturación provisional y remanentes de obturación antigua (previas al procedimiento).
 - ii. Desinfección adecuada de la cavidad con clorhexidina al 0.12%, peróxido al 1% o alcohol al 70%.
 - iii. Colocar base de ionómero de vidrio.
 - iv. Colocar obturación definitiva de resina.
 - v. Realizar adecuado ajuste oclusal.

• **A pacientes**

1. No masticar del lado tratado durante las 24 horas posteriores al tratamiento.
2. No ingerir bebidas o alimentos con colorantes 24 horas posteriores al tratamiento.
3. Proporcionar indicaciones para prevenir úlceras traumáticas auto infringidas producidas por mordedura o traumas, por la falta de sensibilidad por efectos de la anestesia local.

8. Extracciones dentales

A. Definición

- ✓ Acto quirúrgico en el que se practica la extirpación de la pieza dentaria.

B. Objetivo

- ✓ Eliminar una pieza dental de su alveolo por medios quirúrgicos para reducir factores de riesgo con el menor trauma posible.

C. Evaluación

- ✓ A través de diagnóstico clínico y/o radiográfico.

D. Indicaciones

Las indicaciones más frecuentes de extracción son las siguientes:

- ✓ Caries extensas y profundas no restaurables.
- ✓ Restos radiculares.
- ✓ Enfermedad periodontal no tratable.
- ✓ Fracturas verticales.
- ✓ Piezas con necrosis pulpar no tratable con terapia endodóntica.
- ✓ Piezas dentales retenidas.
- ✓ Piezas dentales supernumerarias.
- ✓ Piezas dentales erupcionadas permanentes o primarios con anomalías de posición.
- ✓ Piezas primarias con erupción ectópica de la pieza permanente.
- ✓ Piezas dentales relacionadas con quistes y tumores.
- ✓ Piezas primarias traumatizadas o intruidas en caso que haya compromiso del germen dentario permanente en formación.
- ✓ Indicación de extracción seriada.
- ✓ Indicaciones protésicas y ortodónticas.
- ✓ Las indicadas por el facultativo.

E. Contraindicaciones

Se trataría de condiciones locales o generales que exigen un retraso en el tratamiento quirúrgico hasta que estén cubierto los posibles riesgos:

- Contraindicaciones locales:** La mayoría son de origen infeccioso dentro de las cuales se engloban procesos de abscesos, edema facial y celulitis, de presentación aguda y causa dentaria. Sin embargo, el estado psicofísico del paciente, la falta de control del proceso infeccioso, el peligro de difusión y aumento de la toxemia y la dificultad de la técnica

quirúrgica, piezas con tratamiento de conductos radiculares (TCR); restos radiculares inaccesibles, pueden aconsejar postergar la exodoncia hasta que las condiciones sean las adecuadas.

- ii. **Tumores malignos bucales:** Gingivo-estomatitis ulcero necrótica; tratamientos post radioterapia o quimioterapia.
- iii. **Contraindicaciones generales:** Son alteraciones a nivel sistémico que obligan a un control por parte del médico a demorar la intervención por peligro a descompensación o aparición de complicaciones que agravan el cuadro general.

F. Recursos

• Humano

- ✓ Odontólogo general o especialistas.

• Equipo

- ✓ Pieza de mano de alta velocidad.
- ✓ Unidad dental y eyector de saliva en buen estado.
- ✓ Aparato de Rx. (cuando aplique).
- ✓ Instrumental de extracciones (Fórceps, elevadores, pinza porta aguja, tijeras rectas, mango de bisturí, elevador de periostio y cureta alveolar).

• Materiales

- ✓ Películas radiográficas.
- ✓ Líquidos reveladores, cuando aplique.
- ✓ Gasas.
- ✓ Sutura.
- ✓ Fresas quirúrgicas.
- ✓ Hojas de bisturí.
- ✓ Instrumental quirúrgico (fórceps, elevadores, curetas alveolares, osteótomos, lima para hueso, etc.)
- ✓ Hoja de indicaciones postquirúrgicas.

• Medicamentos

- ✓ Según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

G. Preparación del paciente

- ✓ Evitar presentarse en ayuno.
- ✓ Presentarse con los dientes cepillados.
- ✓ Tomar o suspender el medicamento indicado en caso necesario.



- ✓ Explicar al paciente, padres o responsable el procedimiento a realizar.

H. Precauciones

- ✓ Presencia de enfermedades sistémicas no controladas.
- ✓ Falta de colaboración del niño para la realizar el tratamiento.

I. Complicaciones

- ✓ Intraoperatorias: Hemorragia, fractura, desplazamientos, desgarro de tejidos blandos, lesiones nerviosas, entre otras.
- ✓ Postoperatorias inmediatas: hemorragia, hematoma, trismo, aparición de aftas y vesículas herpéticas, entre otras.
- ✓ Post operatorias tardías: aparecen 3 o 4 días después de la extracción y son: alveolitis, infecciones, secuestros óseos, secuelas periodontales en dientes vecinos, entre otras.

J. Descripción del procedimiento

- ✓ Asepsia intraoral con gluconato de clorhexidina al 0.12% por 30 seg.
- ✓ Aplicación de anestésico tópico.
- ✓ Anestesia local infiltrativa o regional.
- ✓ Debridación de encía.
- ✓ Luxación de la pieza dental.
- ✓ Extracción quirúrgica de la pieza dental.
- ✓ Curetaje alveolar, de ser requerido.
- ✓ Irrigación del alvéolo, de ser requerido.
- ✓ Sutura, de ser necesario.
- ✓ Colocar gasa y morderla por 30 minutos, hasta lograr la hemostasia necesaria.
- ✓ Indicaciones postquirúrgicas verbales y/o escritas.

De existir alguna complicación deberá ser realizado levantamiento de colgajo, odontosección, osteotomía y sutura de ser necesaria.

K. Tiempo estipulado para el procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos por paciente. Puede aumentar el tiempo si presenta complicaciones.

L. Referencia/retorno

- ✓ Al centro de atención que poseen equipo de rayos X a toma de radiografía periapical.
- ✓ A cirugía maxilofacial: Cuando la extracción a criterio del odontólogo general no se puede efectuar la misma por la complejidad del procedimiento.

M. Incapacidad

- ✓ Tres 3 a 5 días, si aplica.

N. Recomendaciones

- **Paciente adulto y adolescente**

Se entregará hoja de recomendaciones al paciente en forma oral y escrito:

1. Mantener presionada la gasa colocada en el lugar de la extracción durante un periodo de 30 a 45 minutos. Colocar otra gasa limpia si el sangramiento persiste.
2. Cumplir con las indicaciones de los medicamentos recetados por los odontólogos.
3. Ingerir alimentos blandos no calientes, masticando del lado opuesto al de la extracción.
4. Cepillarse los dientes con cuidado y evitar tocar el lugar de la extracción.
5. No enjuagarse ni escupir más que al cepillarse los dientes con mucho cuidado y suavidad.
6. No tocar la herida con la lengua o los dedos.
7. No succionar (como al usar la pajilla para beber) durante las 24 horas, siguientes a la extracción.
8. No realizar esfuerzos físicos e intensos antes de 48 horas.
9. No ingerir bebidas alcohólicas mientras dure el tratamiento con antibiótico.
10. No fumar.
11. Consultar a su odontólogo si se mantiene la inflamación y el dolor después de 48 horas.

- **Paciente pediátrico**

Prescribir el medicamento profiláctico en caso necesario.

- i. **Para el paciente preoperatorio**

1. Evitar el ayuno.
2. Presentarse con los dientes cepillados.
3. Tomar el medicamento profiláctico en caso necesario cuando presente una enfermedad sistémica o caso que lo amerite.

- ii. **Para el paciente post operatorio**

1. No dejar que el niño haga enjuagatorios hasta el día siguiente de la intervención quirúrgica.
2. No permitir que el niño succione o toque la herida con la lengua o los dedos.
3. En caso de dolor, tomar el analgésico que el odontopediatra le haya recomendado, siguiendo las indicaciones de dosificación indicadas.

4. No descuidar la higiene bucal del niño, cepille los dientes como de costumbre 3 o más veces al día.
5. Después de toda extracción, es natural que haya hemorragia, por lo que se debe indicar al niño que presione la gasa sobre la herida por un mínimo de 10 a 20 minutos.
6. Evitar que el niño escupa el día de la extracción. Si la hemorragia persiste, vuelva a la clínica.
7. Evitar actividad física de alto rendimiento.
8. La alimentación debe ser blanda y fría en las primeras 24 horas a fin de que no lastime la herida.
9. Evitar la succión y mordeduras del labio del área anestesiada.
10. En caso de hemorragia prolongada, dolor, infección e inflamación, buscar ayuda médica odontológica al centro de atención más cercano.

9. Aperturas endodónticas o acceso coronal

A. Definición

- Remoción del tejido carioso, techo de cámara pulpar, así como también la realización de desgastes compensatorios que permitan la eliminación de todo el tejido pulpar coronario y el acceso directo a los conductos radiculares.

B. Objetivos

- Obtener una vía directa, amplia y sin obstáculos hacia la entrada de los conductos radiculares.
- Conservar los tejidos duros:
 - i. Conservación del piso de cámara pulpar y paredes sanas (apertura conservadora).
 - ii. Eliminación del techo de cámara, lo cual nos permitirá la eliminación de todo el contenido de la pulpa y un acceso directo al conducto o los conductos pulpares.

C. Evaluación

- A través de diagnóstico clínico y/o radiográfico.

D. Indicaciones

- ✓ Dientes que presentan exposición pulpar por caries.
- ✓ Dientes con pulpa dental expuesta a causa de traumatismos.
- ✓ Pulpitis irreversible sintomática y asintomática.
- ✓ Pacientes con atrición severa.



- ✓ Necrosis pulpar.
- ✓ Fines protésicos.

E. Contraindicaciones

- ✓ Destrucción coronaria extensa y caries radiculares.
- ✓ Paciente con apertura bucal limitada.

F. Recursos

- **Humano**

- ✓ Odontólogo general, odontopediatras y endodoncistas.

- **Equipo**

- ✓ Unidad dental.
- ✓ Pieza de mano de alta velocidad.
- ✓ Aparato de Rx, cuando aplique.

- **Material e insumo**

- ✓ Instrumental completo y de aislamiento.
- ✓ Películas radiográficas.
- ✓ Soluciones irrigadoras: hipoclorito de sodio diluido al 2% - 3% o gluconato de clorhexidina 0.12% o suero fisiológico en odontopediatría.
- ✓ Fresas endo Z.
- ✓ Fresas redondas.
- ✓ Cemento temporal.
- ✓ Eyector de saliva.

- **Medicamentos**

- ✓ Según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

G. Preparación del paciente

- ✓ Evitar presentarse en ayuno.
- ✓ Tomar el medicamento indicado, en caso necesario.
- ✓ Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.

H. Precauciones para el endodoncista

- ✓ El instrumento endodóntico (lima) deberá atravesar holgadamente conductos, sin entrar forzado ni rozar las paredes de la misma, permitiendo así la correcta limpieza y conformación de las paredes del conducto en toda su extensión.
- ✓ Evitar perforar el piso pulpar usando una fresa endo Z.

I. Complicaciones

- ✓ Perforación lateral y piso pulpar durante la apertura coronaria.
- ✓ Fractura coronaria.
- ✓ Accidente con solución irrigadora con hipoclorito de sodio.
- ✓ Fractura de instrumento dentro del conducto radicular.

J. Descripción del procedimiento

- a) Toma de radiografía, si posee equipo de rayos X.
- b) Asepsia intraoral.
- c) Anestesia local o infiltrativa.
- d) Aislamiento absoluto.
- e) Remoción completa del tejido carioso.
- f) Asepsia del campo operatorio con alcohol al 70% o hipoclorito de sodio en uso.
- g) Apertura de cámara pulpar.
- h) Irrigación con hipoclorito de sodio, gluconato de clorhexidina al 0.12% o solución salina y secar.
- i) Medicación intrapulpar, cuando sea necesario.
- j) Colocar torunda de algodón estéril.
- k) Colocar obturación temporal de preferencia: ionómero de vidrio de alta resistencia.

K. Tiempo estipulado para el procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos por paciente.

L. Referencia/retorno

- ✓ A endodoncia.

M. Incapacidad

- ✓ En casos agudos 1-3 días.

N. Recomendaciones**• A odontólogos**

1. Eliminar por completo el tejido cariado.
2. En pacientes con historia de infarto en periodos menores de 6 meses (solicitar interconsulta con médico tratante).

• A pacientes

Instruir adecuadamente al paciente sobre:

1. La duración del material de obturación temporal.



2. Los cuidados para evitar fracturas.
3. Cumplir los medicamentos prescritos.
4. Recomendación que toda pieza tratada en endodoncia debe rehabilitarse adecuadamente.

O. Educación

1. Explicar al paciente sobre los riesgos y probabilidades de éxito del tratamiento a realizar, la importancia de una atención oportuna para mejorar el pronóstico y el cumplimiento del orden establecido de sus citas programadas por los especialistas.

10. Drenaje de abscesos

A. Definición

- Establecimiento de una vía de evacuación de la colección purulenta que forma una cavidad y produce una masa fluctuante y dolorosa. Se caracteriza principalmente por la fluctuación y la presencia de signos inflamatorios locales.

B. Objetivo

- Evacuar la colección purulenta para aliviar el dolor y controlar la diseminación de la infección a tejidos subyacentes.

C. Evaluación

- ✓ Se realizará a través de diagnóstico clínico donde se observará:
- ✓ Fluctuante a la palpación.
- ✓ Deformación de contorno bien delimitado.
- ✓ Zona eritematosa relacionada.
- ✓ Dientes relacionados muestran pruebas de vitalidad negativa.
- ✓ Adenopatías regionales dolorosas.

D. Indicaciones

- ✓ Todos los abscesos que cumplan con las condiciones clínicas (fluctuantes) serán drenados, respetando las estructuras anatómicas, una vez que han sido diagnosticados.
- ✓ Abscesos periodontales agudos o crónicos.
- ✓ Abscesos periapical agudos y crónicos.
- ✓ Abscesos gingivales.
- ✓ Abscesos pericoronarios.



E. Contraindicaciones

- ✓ Abscesos dentoalveolares en fase clínica en evolución.

F. Recursos

- **Humano**

- ✓ Odontólogo general y especialistas.

- **Equipo e instrumental**

- ✓ Unidad dental.
- ✓ Instrumental de diagnóstico (Espejo, pinza y explorador).
- ✓ Tijera.
- ✓ Hoja de bisturí #12. o #15.

- **Material**

- ✓ Gasas o compresas estériles.
- ✓ Solución irrigadora.
- ✓ Guantes.
- ✓ Eyector de saliva.

- **Medicamentos**

- ✓ Según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

G. Preparación del paciente

- ✓ Evitar presentarse en ayuno.
- ✓ Tomar el medicamento indicado, en caso necesario.
- ✓ Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.

H. Precauciones

- ✓ Abscesos de gran tamaño y profundos que requieran desbridamiento amplio en un quirófano.

I. Complicaciones

- ✓ En drenos extraorales podría formar cicatrices.
- ✓ Compromiso sistémico que produce debilitamiento, adinamia, fiebre, sudoración, entre otras.

J. Descripción del procedimiento

- a) Asepsia intraoral con gluconato de clorhexidina al 0.12% por 30 seg.
- b) Anestesia local infiltrativa o regional.
- c) Incisión con una hoja de bisturí #15 por bolsa periodontal o por zona fluctuante (Evaluar realizar incisión adyacente a la zona fluctuante para una mejor cicatrización).



- d) Drenaje del contenido purulento con curetaje del tejido granulomatoso y presión en la parte externa para drenar el material purulento remanente acercando los bordes de la incisión.
- e) Prescripción de antibiótico, analgésicos, antiinflamatorio y enjuague antiséptico.

K. Tiempo estipulado para el procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos.

L. Referencia/retorno

- ✓ Drenajes más complejos deben ser referidos a cirugía maxilofacial.

M. Incapacidad

- ✓ De 3 - 5 días.

N. Educación

1. Instruir al paciente sobre los cuidados e higiene del área afectada, recordándoles evitar el tocar la zona de la incisión, así como el cumplimiento de las indicaciones del odontólogo.
2. Generalmente los síntomas agudos ceden después de 24 horas, aunque pueden persistir por más tiempo e independientemente, el paciente deberá cumplir con el tratamiento farmacológico.
3. Asistir a un centro de atención más cercano donde hay servicio odontológico para curaciones, en caso lo requiera.

11. Curetaje alveolar

A. Definición

- Procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción de detritos, restos de ligamentos e incluso cálculos dentarios dentro del alvéolo, posterior a una extracción dental o infección postquirúrgica.

B. Objetivo

- Obtener una correcta curación de la herida alveolar a través de la eliminación de cuerpos extraños en el alvéolo, restos radiculares, de quistes y granulomas.

C. Evaluación

- ✓ Generalmente está indicada después de una extracción dental, cuando sea requerido.

D. Indicaciones

- ✓ Curetaje posterior a extracción dental.
- ✓ Alveolitis húmeda.



E. Contraindicaciones

- ✓ Paciente infantil.

F. Recursos

• **Humano**

- ✓ Odontólogo general y especialistas.

• **Equipo**

- ✓ Unidad dental.
- ✓ Instrumental de diagnóstico (Espejo, pinza y explorador).
- ✓ Cureta alveolar.

• **Material**

- ✓ Gasas.
- ✓ Sutura.
- ✓ Solución irrigadora.
- ✓ Eyector de saliva.

• **Medicamentos**

- ✓ Según los definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

G. Preparación del paciente

- ✓ Evitar presentarse en ayuno.
- ✓ Tomar el medicamento indicado, en caso necesario.
- ✓ Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.

H. Precauciones

- ✓ Realizar un curetaje cuidadoso de piezas superiores cuyas raíces están próximas al seno maxilar.

I. Complicaciones

- ✓ Perforación de seno.

J. Descripción del procedimiento

- Asepsia intraoral con gluconato de clorhexidina al 0.12% por 30 segundos (no aplica en odontopediatría).
- Anestesia local infiltrativa o regional.



- c) Raspado y limpieza del alveolo posterior a la extracción provocando un sangramiento sano.
- d) Irrigar abundantemente con gluconato de clorhexidina.
- e) Compresión de las tablas, de ser necesario se sutura.
- f) Se prescribe antibiótico, analgésicos, antiinflamatorios y enjuague antiséptico.

K. Tiempo estipulado para el procedimiento

- ✓ Aproximadamente treinta (30) minutos.

L. Referencia/retorno

- ✓ Ninguno.

M. Incapacidad

- ✓ De 2 a 3 días.

N. Recomendaciones

1. Se dará hoja de recomendaciones al paciente en forma oral y escrito, estas serán similar a la de una extracción dental.
2. Mantener presionada la gasa colocada en el lugar de la extracción o curetaje durante un periodo de 30 a 45 minutos. Colocar otra gasa limpia si el sangramiento persiste.
3. Cumplir con las indicaciones de los medicamentos recetados por los odontólogos.
4. Ingerir alimentos blandos no calientes, masticando del lado opuesto al de la extracción.
5. Cepillarse los dientes con cuidado y evitar tocar el lugar de la extracción.
6. No enjuagarse ni escupir más que al cepillarse los dientes, y esto con mucho cuidado y suavidad.
7. No tocar la zona afectada con la lengua o los dedos.
8. No succionar (como al usar la pajilla para beber) durante las 24 horas siguientes a la extracción o curetaje.
9. No realizar esfuerzos físicos e intensos antes de 48 horas.
10. No ingerir bebidas alcohólicas.
11. No fumar.
12. Consultar a su odontólogo si se mantiene la inflamación y el dolor después de 48 horas.

12. Tratamiento de conductos radiculares

A. Concepto

- Procedimiento por el cual se elimina pulpa vital o material necrótico de cámara pulpar y conductos radiculares, para posteriormente sellar con material obturador.

B. Objetivo

- Mantener en funcionamiento, el mayor tiempo posible, la pieza en boca.

C. Indicaciones

- Pacientes con patología pulpar y periapicales.
- Paciente con indicación profiláctica.
- Pieza con traumatismo (Fractura coronal).

D. Contraindicaciones

A criterio del especialista

- ✓ Piezas periodontalmente comprometidas, conductos obliterados, difícil anatomía radicular, destrucción coronaria extensa, caries radicular.
- ✓ Terceros molares.
- ✓ Pacientes con apertura bucal disminuida y/o con problemas articulares que no permita el acceso adecuado a la pieza dental a tratar.

E. Recursos

• Humano

- ✓ Endodoncista.

• Insumos e instrumentales

- ✓ Puntas de Papel.
- ✓ Puntas de gutaperchas (Principales y accesorias).
- ✓ Polvo de hidróxido de calcio (Químicamente puro).
- ✓ Diques de goma.
- ✓ Cemento provisional (Ionómero de vidrio de alta resistencia, entre otros).
- ✓ Hipoclorito de sodio (diluido desde el 1% hasta 6%).
- ✓ Solución salina.
- ✓ Clorhexidina 0.12%.
- ✓ Anestésicos dentales al 2% y 3%.
- ✓ Agua destilada.
- ✓ Cemento sellador de conductos radiculares biocompatibles.



- ✓ Alcohol 90.
- ✓ Solución quelante.
- ✓ Gasas.
- ✓ Algodón.
- ✓ Eyector y/o cánulas.
- ✓ Radiografía periapical.
- ✓ Líquidos de revelado radiográfico.
- ✓ Espejo.
- ✓ Pinza de curación.
- ✓ Explorador #5.
- ✓ Explorador endodóntico.
- ✓ Pinza portagrapa.
- ✓ Perforador de dique.
- ✓ Limas manuales y rotatorias (Diferentes medidas y aleaciones).
- ✓ Cucharillas endodóntico.
- ✓ Espátulas para cemento.
- ✓ Aplicador de cemento.
- ✓ Losetas de vidrio y papel.
- ✓ Espaciador de gutapercha.
- ✓ Condensador de gutapercha.
- ✓ Grapas (Diferente número).
- ✓ Tijera recta.
- ✓ Arco de Young.
- ✓ Regla milimetrada.
- ✓ Lupa.
- ✓ Jeringa descartable.
- ✓ Jeringa carpule.
- ✓ Agujas dentales cortas y largas.
- ✓ Ganchos para revelado de radiografías.
- ✓ Fresas de alta velocidad (variedad de formas y números).
- ✓ Fresas gates gliden.
- ✓ Fresas endo Z.

• **Equipo**

- ✓ Unidad dental completa y en buen estado.
- ✓ Pulpovitalómetro.
- ✓ Motor rotatorio.
- ✓ Localizador de ápice.



- ✓ Equipo radiográfico.
- ✓ Mechero.
- ✓ Negatoscopio.
- ✓ Caja para revelar radiografías.

- **Terapia farmacológica**

- ✓ Según el Listado oficial de Medicamento (LOM).

F. Preparación del paciente

- ✓ Evitar presentarse en ayuno.
- ✓ Tomar el medicamento indicado, en caso necesario.
- ✓ Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.

G. Precauciones

- ✓ Consideraciones a pacientes con procesos alérgicos al látex, anestésicos, medicamentos, entre otros.

H. Complicaciones

- **Durante**

- ✓ Exacerbación de dolor.
- ✓ Inflamación de tejido blando.
- ✓ Reacción alérgica e intolerancia a componentes de soluciones y materiales utilizados en el tratamiento.
- ✓ Accidente con solución irrigadora.
- ✓ Separación de porción del instrumento dentro del conducto radicular.
 - i. Uso excesivo de la lima, según especificaciones del fabricante.
 - ii. La anatomía de la pieza (abordar técnica de instrumentación, según anatomía radicular).
- ✓ Fractura de la pieza dental.
- ✓ Fisuras radiculares.

- **Después**

- ✓ Contaminación (No rehabilitación, desalojo de obturación, entre otros).
- ✓ Fractura o fisura de pieza dental.
- ✓ Dolor.
- ✓ Inflamación.
- ✓ Abscesos o celulitis.



I. Descripción del procedimiento

- a) Evaluación de radiografía periapical.
- b) Asepsia de la cavidad bucal usando un enjuague con gluconato de clorhexidina al 0.12% o peróxido de hidrogeno al 1%.
- c) Anestésiar al paciente con anestésico de uso odontológico (Lidocaina, mepivacaina al 2 al 3%) aplicando una técnica anestésica infiltrativa y/o regional, según la pieza a tratar.
- d) Aislamiento absoluto del campo operatorio.
- e) Remoción de la obturación y tejido cariado, si lo hubiese.
- f) Asepsia del campo operatorio con alcohol 70°, hipoclorito de sodio, peróxido de hidrógeno al 1%).
- g) Apertura cameral.
- h) Debridamiento y neutralización del paquete neurovascular, utilizando limas y soluciones irrigadoras (hipoclorito de sodio en concentración del 1 al 6%, solución salina, suero fisiológico)
- i) Toma de conductometría usando localizador de foramen apical y/o radiografía periapical.
- j) Implementación de trabajo biomecánico con el uso de instrumental rotatorio y/o manual.
- k) Lavar constantemente con soluciones irrigadoras (hipoclorito de sodio en concentración del 1 al 6%, solución salina y/o suero fisiológico), según patología correspondiente.
- l) Realizar conometría verificando con una radiografía periapical.
- m) Secar los conductos antes de:
 - i. Colocar medicación con hidróxido de calcio químicamente puro, mezclado con solución salina, anestésico o agua destilada.
 - ii. Antes del sellado de los conductos radiculares.
- l) Sellado de los conductos radiculares, utilizando puntas de gutapercha y cemento biocompatibles.
- m) Colocación de obturación provisional con cemento de ionómero de vidrio sin torunda de algodón.

J. Tiempo estipulado para el procedimiento

- ✓ De 1 hora por intervención, salvo complicaciones.

K. Referencia/retorno

- ✓ Odontología general, para reconstrucción de la pieza dentaria. La reconstrucción protésica será realizada fuera del ISSS.
- ✓ Periodoncia en algunos casos.

L. Recomendaciones. (Para el profesional de salud, si aplica)

1. No utilizar localizador de ápice en pacientes que usen marcapasos.
2. Tomar radiografías con chalecos de plomo en pacientes embarazadas y pacientes tiroideos.

M. Educación

- ✓ Información oral y escrita al paciente, previamente y posterior al procedimiento.

13. Curetaje subgingival

A. Definición

- Procedimiento que consiste en el raspado de la pared gingival de una bolsa periodontal para eliminar el tejido de granulación.

B. Objetivo

- Eliminar el epitelio de la pared blanda de la bolsa junto al epitelio de unión subyacente que produce inflamación crónica.

C. Indicaciones

- ✓ Las indicaciones para el curetaje subgingival son muy limitadas. Se puede realizar antes del raspado y alisado radicular para los siguientes propósitos:
 - i. Para establecer una nueva inserción en bolsas infraóseas moderadamente profundas localizadas en áreas accesibles.
 - ii. Como procedimiento no definitivo para reducir la inflamación antes de la eliminación de la bolsa usando otros métodos o cuando están contraindicadas otras técnicas quirúrgicas más agresivas.
 - iii. Como un método de tratamiento de mantenimiento para áreas de inflamación y profundidad de bolsa recurrentes, sobre todo en lugares donde ya se realizó antes una cirugía de reducción de bolsa.

D. Contraindicaciones

- ✓ Ninguna.

E. Complicaciones

- ✓ Ninguna.

F. Recursos

- **Humano**
 - ✓ Periodoncista.
- **Material y equipo**
 - ✓ Bandeja básica que incluye: espejo, pinza de curación, sonda periodontal, eyector y gasas.
 - ✓ Equipo de bioseguridad que incluye: visor protector, mascarilla, guantes y gabachón.



- ✓ Jeringa carpule con aguja dental.
- ✓ Curetas periodontales (Gracey y McCall).
- ✓ Jeringa descartable para irrigar.
- ✓ Anestésico tópico y anestésico local.

- **Medicamentos**

- ✓ Los definidos en Listado oficial de Medicamentos (LOM).

G. Descripción del procedimiento

- a) Asepsia intraoral con gluconato de clorhexidina 0.12%.
- b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local.
- c) Curetaje de la bolsa periodontal: El instrumento se inserta de forma tal que contacte el revestimiento interno de la pared de la bolsa y se le desplaza sobre el tejido blando, casi siempre con un movimiento horizontal. Se puede sostener la pared de la bolsa con presión digital ligera sobre la superficie externa. Entonces se coloca la cureta debajo del borde cortante del epitelio de unión para socavarlo.
- d) Se lava la zona para remover los residuos y se adapta de manera parcial al diente por medio de la presión digital ligera.

En algunos casos puede estar indicada la sutura de la papila separada.

H. Complicaciones post- procedimiento

- ✓ Ninguno.

I. Tiempo del procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos.

J. Recomendaciones

- ✓ Ninguna.

K. Educación

1. Mantener una higiene bucal usando técnicas de cepillado, uso de hilo dental y otros aditamentos de limpieza.

14. Alisado radicular

A. Definición

- ✓ Es el proceso de eliminación de los irritantes locales de la superficie radicular para obtener un cemento radicular descontaminado.

B. Objetivo

- ✓ Restaurar la salud gingival al eliminar por completo los irritantes que producen inflamación gingival de la superficie radicular.

C. Indicaciones

- ✓ Tejidos gingivales inflamados, sangrantes y/o edematosos.
- ✓ En presencia de bolsas periodontales de 4 mm en adelante.
- ✓ En presencia de factores etiológicos locales como biofilm, cemento contaminado y endotoxinas.
- ✓ Previo a la programación de procedimientos quirúrgicos.

D. Contraindicaciones

- ✓ Tejido fibroso.
- ✓ Bolsas profundas en piezas con pérdida ósea avanzada y con movilidad dental.

E. Complicaciones

- ✓ Hipersensibilidad dental.

F. Recursos

• Humano

- ✓ Periodoncista.

• Material y equipo

- ✓ Bandeja básica y equipo de bioseguridad.
- ✓ Equipo de ultrasonido con puntas ultrasónicas.
- ✓ Jeringa carpule y aguja dental.
- ✓ Curetas periodontales (Gracey y McCall) según zona a tratar.
- ✓ Jeringa descartable para irrigar.

• Medicamentos a utilizar en el procedimiento

- ✓ Gluconato de clorhexidina 0.12%.
- ✓ Anestésico tópico lidocaína 10% aerosol.
- ✓ Anestésico local.
- ✓ Suero fisiológico o solución salina.



G. Descripción del procedimiento

- a) Asepsia intraoral con gluconato de clorhexidina 0.12%.
- b) Anestésico tópico.
- c) Anestesia infiltrativa con anestésico local.
- d) Exploración de la bolsa con la sonda periodontal.
- e) Se inicia con la instrumentación ultrasónica, haciendo un toque y presión ligera, manteniendo la punta paralela a la superficie dental y en movimiento constante.
- f) Se continúa con el uso de curetas (Gracey y/o McCall) para eliminar depósitos residuales y realizar el alisado final:
 - i. La cureta se sostiene con una sujeción en bolígrafo modificada y se establece un apoyo digital estable.
 - ii. El borde cortante correcto se adapta un poco al diente, con el vástago inferior paralelo a la superficie dental.
 - iii. Se inserta por debajo de la encía y se desplaza hacia la base de la bolsa por medio de un ligero movimiento de exploración.
 - iv. El cálculo se elimina por medio de una serie de movimientos controlados, superpuestos, cortos e intensos utilizando sobre todo un movimiento muñeca-brazo.
 - v. Conforme se elimina el cálculo, la resistencia al paso del borde cortante disminuye hasta que sólo haya una aspereza ligera, entonces se activan movimientos de alisado radicular más largos y ligeros, con menos presión lateral, hasta que la superficie radicular está completamente lisa y dura.
- g) Irrigar la zona con suero fisiológico, solución salina y/o gluconato de clorhexidina al 0.12%.

H. Complicaciones post- procedimiento

- ✓ Hemorragia.
- ✓ Hipersensibilidad dental.

I. Tiempo del procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos.

J. Recomendaciones

• Especialista

1. En el caso que el paciente utilice marcapaso (más de 10 años) se realizará el tratamiento con instrumento manual.
2. Realizar revisiones a criterio del especialista.

• Paciente

3. Evitar el consumo de alimentos cítricos, fríos y condimentados al menos en 48 horas.



K. Educación

1. Indicar el uso de aditamentos especiales de higiene oral: Cepillo interdental, hilo dental, entre otros.

15. Drenaje de accesos periodontales

A. Definición

- Extracción de material purulento de abscesos que pueden presentarse en los tejidos periodontales.

B. Objetivo

- Aliviar los síntomas agudos, controlar la propagación de la infección y establecer una salida del material purulento.

C. Indicaciones

- ✓ Cuando exista abscesos fluctuantes.

D. Contraindicaciones

- ✓ Ninguna.

E. Complicaciones

- ✓ El drenado puede estar obstaculizado por una morfología radicular y la forma tortuosa de la bolsa.
- ✓ Drenaje incompleto: si la incisión es demasiado pequeña, es posible que se oblitere y obstruya la salida del material purulento.
- ✓ Paso de material purulento a planos profundos por una incorrecta presión.
- ✓ Hemorragia: se podría ocasionar un sangrado a través del drenaje.

F. Recursos

- **Humano**
 - ✓ Odontólogo general y especialistas.
- **Material y equipo**
 - ✓ Bandeja básica y equipo de bioseguridad.
 - ✓ Equipo de ultrasonido y sus puntas.
 - ✓ Jeringa carpule y aguja dental.
 - ✓ Sonda periodontal.
 - ✓ Bisturí Bard-Parker con hoja # 11 ó 15.
 - ✓ Curetas periodontales.



- ✓ Elevador de periostio.
- ✓ Jeringa descartable para irrigar.
- **Medicamentos a utilizar en el procedimiento**
 - ✓ Gluconato de clorhexidina 0.12%.
 - ✓ Anestésico tópico lidocaína 10% aerosol.
 - ✓ Anestésico local.
 - ✓ Suero fisiológico o solución salina.
- **Medicamentos**
 - ✓ Los definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

G. Descripción del procedimiento

- **Drenado a través de la bolsa periodontal**
 - a) Se anestesia el área periférica alrededor del absceso con anestésico tópico y local.
 - b) Se retrae con delicadeza la pared de la bolsa con una sonda periodontal o raspado con cureta, en un intento de iniciar el drenado a través de la entrada de la bolsa.
 - c) Si la lesión es pequeña y el absceso no es complicado, se puede realizar un desbridamiento en forma de raspado radicular y curetaje.
 - d) Si la lesión es grande y no se establece el drenado, se debe realizar el desbridamiento radicular por medio de raspado radicular y curetaje o el acceso quirúrgico, hasta que hayan cedido los principales signos clínicos.
- **Drenado a través de la incisión externa**
 - a) Se seca y se aísla el absceso con torundas de gasa.
 - b) Se aplica anestésico tópico, seguido por uno local inyectado en forma periférica a la lesión.
 - c) Se realiza una incisión vertical a través del centro más fluctuante del absceso con un bisturí N° 15.
 - d) Se puede separar el tejido lateral a la incisión con una cureta o elevador de periostio.
 - e) La materia fluctuante fluye y los bordes lesionados se aproximan bajo presión digital ligera con una gasa húmeda.

H. Tiempo estipulado para el procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos.

I. Recomendaciones

1. Tomar las consideraciones necesarias en caso de celulitis, fiebre, linfadenopatía y deficiencias inmunes.
2. La prescripción farmacológica queda a criterio del especialista.



J. Incapacidad

- ✓ De 1 a 3 días, si aplica.

K. Educación

1. Informar al paciente que el tratamiento del absceso incluye dos fases: resolución de la lesión aguda, seguida por un tratamiento del padecimiento crónico resultante.

16. Gingivectomía – Gingivoplastía

A. Definición

- La gingivectomía es la eliminación de tejido gingival con el propósito de eliminar o reducir la bolsa periodontal. La gingivoplastía es la remodelación de la encía para conseguir un contorno más fisiológico y eliminar defectos gingivales. Usualmente, ambos procedimientos se llevan a cabo simultáneamente.

B. Objetivos

- Cortar tejido gingival con el propósito de eliminar o reducir la bolsa periodontal.
- Remodelar la encía para conseguir un contorno fisiológico y eliminar defectos gingivales.

C. Indicaciones

- ✓ Eliminación de bolsas supraóseas, sin importar su profundidad, si la pared de la bolsa es fibrosa y firme.
- ✓ Eliminación de agrandamientos gingivales.
- ✓ Eliminación de abscesos periodontales supraóseos.

D. Contraindicaciones

- ✓ La necesidad de cirugía ósea por defectos en la anatomía y morfología del hueso.
- ✓ Situaciones en la que el fondo de la bolsa está en sentido apical hasta la unión mucogingival.
- ✓ Consideraciones estéticas, sobre todo en el maxilar anterior.

E. Complicaciones

- ✓ Secuelas estéticas.

F. Recursos

• Humano

- ✓ Periodoncista.

• Material y equipo

- ✓ Bandeja básica y equipo de protección personal.



- ✓ Equipo de ultrasonido y sus puntas.
 - ✓ Pieza de mano de alta velocidad.
 - ✓ Jeringa Carpule y aguja dental.
 - ✓ Bisturí Bard Parker con hoja #11, #12 ó #15.
 - ✓ Bisturíes periodontales (de Kirkland y de Orban).
 - ✓ Curetas.
 - ✓ Tijeras.
 - ✓ Jeringa descartable para irrigar.
 - ✓ Fresa de carburo redonda #4.
- **Medicamentos a utilizar en el procedimiento**
 - ✓ Gluconato de clorhexidina 0.12%.
 - ✓ Anestésico tópico lidocaína 10% aerosol.
 - ✓ Anestésico local.
 - ✓ Suero fisiológico o solución salina.
 - **Medicamentos**
 - ✓ Los definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM)

G. Descripción del procedimiento

- a) Asepsia intraoral con gluconato de clorhexidina al 0.12%.
- b) Anestesia tópica seguida de anestesia infiltrativa o regional.
- c) Se exploran las bolsas en cada superficie con una sonda periodontal.
- d) Identificar y marcar los fondos de las bolsas por medio de una sonda periodontal. La serie de puntos sangrantes sirve de orientación para la incisión.
- e) La incisión se inicia en sentido apical a los puntos que marcan el curso de la bolsa y se dirige en sentido coronal hacia el punto entre la base de la bolsa y el hueso sin exponerlo, para remover el tejido blando en sentido coronal respecto al hueso.
- f) Pueden usarse incisiones discontinuas y continuas. La incisión debe biselarse a casi 45° con respecto a la superficie dental y debe recrear, tanto como sea posible, el patrón festoneado normal de la encía.
- g) Se remueve la pared de la bolsa cortada, se limpia el área y se examina de cerca la superficie radicular.
- h) Se realiza un curetaje cuidadoso del tejido de granulación y se eliminan los cálculos restantes y el cemento contaminado para dejar una superficie lisa y limpia.

H. Complicaciones post- procedimiento

- ✓ Mayor probabilidad de hemorragia postoperatoria.
- ✓ Edema y dolor del área.



I. Tiempo del procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos.

J. Incapacidad

- ✓ De 2 a 3 días, según criterio del especialista.

K. Recomendaciones

1. El odontólogo debe evaluar con cuidado cada caso para la aplicación apropiada de este procedimiento quirúrgico.

L. Educación. (Recomendaciones post operatorias)

1. Cumplimiento de la medicación prescrita.
2. Es conveniente que evite los líquidos calientes durante las primeras 24 horas.
3. Dieta líquida el primer día y blanda por 7 días más.
4. Evite frutas cítricas, alimentos muy condimentados y bebidas alcohólicas.
5. No fumar.
6. Cepillar y usar hilo dental en las áreas de la boca no operadas.
7. Use enjuague bucal con clorhexidina después del cepillado.
8. Durante el primer día aplicar hielo de forma intermitente en la parte extra oral del área operada.
9. Actividad física limitada.

17. Colgajos por debridación

A. Definición

- Es un corte en la encía, mucosa o ambas, separadas quirúrgicamente de los tejidos para proporcionar visibilidad y acceso hacia el hueso y la superficie radicular.

B. Objetivo

- Aumentar la facilidad de acceso a los depósitos radiculares.
- Eliminar o reducir la profundidad de las bolsas por medio de la resección de la pared de la bolsa: verdadera o falsa.
- Exponer el área para llevar a cabo técnicas regenerativas.
- Remodelar la encía para conseguir un contorno más fisiológico y eliminar defectos gingivales.



C. Indicaciones

- ✓ Para realizar alisado radicular con amplia visión en la zona quirúrgica logrando acceso a superficies radiculares profundas.
- ✓ Eliminar bolsas periodontales principalmente infraóseas.
- ✓ Hiperplasias gingivales moderadas.
- ✓ Lograr acceso a furcas clase II y III.
- ✓ En casos que se necesite realizar cirugías óseas (ya sea remodelado o injerto).
- ✓ En el tratamiento de abscesos periodontales.
- ✓ En ciertos casos de fractura radicular horizontal (con pronóstico favorable).
- ✓ Procedimientos quirúrgicos con fines exploratorios.
- ✓ En cualquier situación en la que la técnica de gingivectomía pueda crear un problema mucogingival.

D. Precauciones

- ✓ Pacientes sistémicamente comprometidos.

E. Contraindicaciones

- ✓ En regiones estéticas porque es inevitable la recesión gingival posoperatoria.

F. Complicaciones

- ✓ Hipersensibilidad.
- ✓ Hemorragia y edema.

G. Recursos

• Humano

- ✓ Periodoncista.

• Material y equipo

- ✓ Equipo ultrasónico y sus puntas.
- ✓ Bandeja básica.
- ✓ Pieza de mano de alta velocidad.
- ✓ Fresas redondas de carburo.
- ✓ Jeringa Carpule y aguja dental.
- ✓ Jeringa descartable para irrigar.
- ✓ Mango de bisturí con hoja a elección del operador.
- ✓ Bisturí interproximal.
- ✓ Elevador de periostio.
- ✓ Curetas periodontales según zona a tratar.



- ✓ Tijeras para encía.
- ✓ Sutura.
- ✓ Pinza porta aguja.

- **Medicamentos a utilizar en el procedimiento**
 - ✓ Gluconato de clorhexidina 0.12%.
 - ✓ Anestésico tópico lidocaína 10% aerosol.
 - ✓ Anestésico local.
 - ✓ Suero fisiológico o solución salina.

- **Medicamentos**
 - ✓ Los definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

H. Descripción del procedimiento

- a) Asepsia intraoral con gluconato de clorhexidina al 0.12%.
- b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local.
- c) Sondear el hueso alveolar subyacente con una sonda periodontal para determinar la presencia y extensión de los defectos óseos.
- d) Incisión de bisel interno asegurándose de llegar hasta el nivel de la cresta alveolar, eliminando la pared interna de la bolsa y la adherencia epitelial.
- e) Elevación del colgajo con elevador de periostio dejando desnudo el hueso alveolar.
- f) Se eliminan los tejidos marginales e interdetales con curetas.
- g) Curetaje y alisado radicular de las áreas desnudas tanto óseas como radiculares y eliminación de tejido de granulación con curetas afiladas.
- h) En el caso de que existan defectos óseos que necesitan remodelación, así como amputación o hemisección radicular, es el momento de realizarlo.
- i) Limpieza general de la zona expuesta con solución salina, gluconato de clorhexidina 0.12%, etc., incluyendo la pared interna del colgajo elevado, a juicio del operador.
- j) Se vuelve a colocar el colgajo en su lugar, si es necesario, se le corta para que llegue con exactitud hasta la unión entre el hueso y el diente. Entonces se sutura el colgajo con una técnica de puntos separados o continuos de colchonero.
- k) La sutura será interdental de manera que adose lo mejor posible los colgajos que habían sido separados.

I. Complicaciones post- procedimiento

- ✓ Hipersensibilidad.
- ✓ Hemorragia.
- ✓ Edema.



- ✓ Dolor.
- ✓ Movilidad dental.
- ✓ Pulpitis irreversible.
- ✓ Recesión gingival.
- ✓ Infección del área operada.

J. Tiempo del procedimiento

- ✓ Aproximadamente de 30 a 40 minutos.

K. Incapacidad

- ✓ De 2 a 3 días, según criterio del especialista.

L. Recomendaciones post operatorias verbales o escritas

1. Cumplimiento de la medicación prescrita.
2. Es conveniente que evite los líquidos calientes durante las primeras 24 horas.
3. Dieta líquida el primer día y blanda por 7 días más.
4. Evite frutas cítricas, alimentos muy condimentados y bebidas alcohólicas.
5. No fumar.
6. Cepillar y usar hilo dental en las áreas de la boca no operadas.
7. Use enjuague bucal con clorhexidina después del cepillado.
8. Durante el primer día aplicar hielo de forma intermitente en la parte extra oral del área operada.
9. Actividad física limitada.

M. Educación

1. Informar al paciente que la recurrencia del agrandamiento gingival inducido por fármacos es una realidad en los casos tratados con cirugía.
2. El cuidado meticuloso en casa, los enjuagues de gluconato de clorhexidina y el cumplimiento de controles profesionales disminuyen la velocidad y el grado en que se da la recurrencia.
3. Indicar al paciente presentarse a consulta para el retiro de puntos a los 8 días.

18. Cirugía periodontal regenerativa

A. Definición

- La regeneración es el proceso biológico en el cual la arquitectura y función de los tejidos perdidos son completamente restauradas. En el caso del tratamiento periodontal, la regeneración significa la restitución de los tejidos de soporte perdidos, incluyendo nuevo hueso alveolar, ligamento periodontal y estructuras gingivales.

B. Clasificación

- Existen dos diseños de colgajo para este tipo de cirugía:
 - ✓ Colgajo de conservación de la papila.
 - ✓ Colgajo grosor completo

C. Objetivo

- Buscar condiciones para regenerar los tejidos perdidos debido a la enfermedad periodontal, como son:
 - ✓ Reducir la profundidad de la bolsa al sondaje.
 - ✓ Ganar inserción clínica.
 - ✓ Rellenar el defecto óseo.
 - ✓ Regenerar los tejidos periodontales.

D. Indicaciones

- ✓ Defectos óseos de 1 a 3 paredes.

E. Contraindicaciones

- ✓ Cuando exista un nivel óseo interproximal inadecuado.
- ✓ No existencia de encía queratinizada de 1 mm como mínimo.
- ✓ Trauma oclusal.
- ✓ Infección activa en el sitio receptor.
- ✓ Mala higiene oral.
- ✓ En pacientes fumadores.
- ✓ Paciente con osteoporosis.
- ✓ Pacientes con tratamientos oncológicos e inmunodeprimidos.

F. Complicaciones post- procedimiento

- ✓ Hipersensibilidad.
- ✓ Hemorragia.
- ✓ Edema.
- ✓ Dolor.



- ✓ Movilidad dental.
- ✓ Pulpitis irreversible.
- ✓ Recesión gingival.
- ✓ Infección del área operada.
- ✓ Colapso de membrana en el área del defecto.

G. Recursos

- **Humano**

- ✓ Periodoncista.

- **Material y equipo**

- ✓ Equipo ultrasónico y sus puntas.
- ✓ Bandeja básica.
- ✓ Pieza de mano de alta velocidad.
- ✓ Fresas redondas de carburo.
- ✓ Jeringa Carpule y aguja dental.
- ✓ Jeringa descartable para irrigar.
- ✓ Mango de bisturí con hoja a elección del operador.
- ✓ Bisturí interproximal.
- ✓ Elevador de periostio.
- ✓ Curetas periodontales según zona a tratar.
- ✓ Tijeras para encía.
- ✓ Sutura.
- ✓ Pinza porta aguja.
- ✓ Membrana reabsorbible.
- ✓ Hueso Liofilizado.
- ✓ Frasco dappen esterilizado.

- **Medicamentos a utilizar en el procedimiento**

- ✓ Gluconato de clorhexidina 0.12%.
- ✓ Anestésico tópico lidocaína 10% aerosol.
- ✓ Anestésico local.
- ✓ Suero fisiológico o solución salina.

- **Medicamentos**

- ✓ Los definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

H. Descripción del procedimiento

- **Colgajo de conservación de la papila**

- a) Se realiza una incisión crevicular alrededor de cada diente sin incisiones a través de la papila interdental.



- b) Se incorpora la papila conservada en el colgajo vestibular o lingual/palatino, aunque suele integrarse al colgajo vestibular.
 - c) En estos casos la incisión lingual o palatina consta de una incisión semilunar a través de la papila interdental en su aspecto lingual o palatino; ésta se profundiza en sentido apical desde las aristas de los dientes, para que la incisión papilar esté por lo menos a 5mm. de la cresta de la papila.
 - d) Entonces se introduce un bisturí de Orban en esta incisión para cortar entre la mitad y un tercio de la base de la papila interdental.
 - e) Después se disecciona la papila desde el aspecto lingual o palatino y se eleva intacta con el colgajo vestibular.
 - f) Se eleva el colgajo sin adelgazar el tejido.
 - g) suturar
- **Colgajo grosor completo**
 - a) Asepsia intraoral con gluconato de clorhexidina.
 - b) Anestesia local e infiltrativa con anestésico local.
 - c) Se eleva un colgajo mucoperióstico con incisiones verticales (según el caso), que se extienden hasta un mínimo de dos dientes en sentido anterior y un diente en sentido distal con respecto a piezas dentales intervenidas.
 - d) Se desbrida el defecto óseo y se alisan minuciosamente las raíces.
 - e) Con una fresa se procede a penetrar en el hueso cortical (avivamiento), ayudando así a la revascularización.
 - f) Se coloca hueso según especificaciones del fabricante.
 - g) Se corta la membrana con tijeras filosas para aproximarse al tamaño del área que se está tratando. El borde apical del material debe extenderse 3 a 4 mm. en sentido apical con respecto al margen del defecto y 2 a 3 mm. en sentido lateral más allá del defecto; el borde oclusivo de la membrana debe colocarse 2 mm. en sentido apical con respecto a la unión amelocementaria.
 - h) Se sutura la membrana de manera firme alrededor del diente con una sutura suspensoria, según el caso.
 - i) Se sutura el colgajo en su posición original o en dirección un poco coronal a ésta, usando suturas independientes interdetales y en las incisiones verticales (si se realizan).

I. **Complicaciones post- procedimiento**

- ✓ Posible exposición del injerto o membrana si el colgajo no logra cubrirlos.
- ✓ Hipersensibilidad.
- ✓ Hemorragia.



- ✓ Edema.
- ✓ Infección del área operada.
- ✓ Dolor.
- ✓ Movilidad dental.
- ✓ Pulpitis irreversible.
- ✓ Recesión gingival.
- ✓ Pérdida de membrana y hueso en el periodo post operatorio.

J. Tiempo del procedimiento

- ✓ Aproximadamente 1 hora.

K. Incapacidad

- ✓ De 2 a 3 días, según criterio del especialista.

L. Recomendaciones para odontólogo

1. Evaluar situación oclusal de cada paciente, ya que puede alterar el proceso de cicatrización. Se sugiere un ajuste preliminar.
2. Evaluar el uso de antibióticos para cada caso.
3. Es necesario el mantenimiento de un colgajo grueso para evitar la exposición del injerto o la membrana como resultado de la necrosis de los márgenes del colgajo.

M. Recomendaciones post operatorias verbales y escritas

1. Cumplimiento de la medicación prescrita.
2. Es conveniente que evite los líquidos calientes durante las primeras 24 horas.
3. Dieta líquida el primer día y blanda por 7 días más.
4. Evite frutas cítricas, alimentos muy condimentados y bebidas alcohólicas.
5. No fumar.
6. Cepillar y usar hilo dental en las áreas de la boca no operadas.
7. Use enjuague bucal con clorhexidina después del cepillado.
8. Durante el primer día aplicar hielo de forma intermitente en la parte extra oral del área operada.
10. Actividad física limitada.
9. Asistir a cita de control en las primeras 48 horas posterior a la cirugía
10. Asistir a cita de retiro de puntos a criterio del operador.

N. Educación

1. Mantener una adecuada higiene bucal.
2. Asistir a los controles profesionales con regularidad.

19. Cirugía mucogingival

A. Definición

- Es el conjunto de procedimientos quirúrgicos para corregir o eliminar deformidades anatómicas, del desarrollo o por traumatismo de la encía o la mucosa alveolar.

Se relaciona a tres áreas problemáticas específicas:

- i. La encía insertada.
- ii. Los vestíbulos superficiales.
- iii. Frenillo que interfiere con la encía marginal.

B. Objetivo

- El objetivo final es la creación o ensanchamiento de la encía insertada alrededor de los dientes que a su vez logra:
 - i. Mejorar la eliminación de la placa alrededor del margen gingival (por ejemplo: corrigiendo inserciones inadecuadas de frenillos).
 - ii. Mejorar la cosmética (por ejemplo: con la cobertura de la superficie radicular expuesta).
 - iii. Reducir la inflamación alrededor de los dientes restaurados (por ejemplo: alargamiento coronario en piezas con restauraciones protésicas defectuosas).

C. Indicaciones

- ✓ Correcciones periodontales con fines protésicos: Alargamiento de la corona y aumento de reborde.
- ✓ Superficies radiculares expuestas.
- ✓ Correcciones quirúrgicas cosméticas.

D. Contraindicaciones

- ✓ Malposición dental.
- ✓ Raíces cubiertas con láminas óseas delgadas.
- ✓ Cuando no hay suficiente encía adherida (menos de 1 mm).

E. Complicaciones

- ✓ Poca precisión en el grosor del injerto (Muy delgado o muy grueso).
- ✓ Hipersensibilidad.
- ✓ Hemorragia.
- ✓ Edema.
- ✓ Infección del área operada.
- ✓ Dolor.



- ✓ Movilidad dental.
- ✓ Pulpitis irreversible.
- ✓ Recesión gingival.
- ✓ Pérdida del injerto

F. Recursos

- **Humano**

- ✓ Periodoncista.

- **Material y equipo**

- ✓ Bandeja básica.
- ✓ Jeringa Carpule y aguja dental.
- ✓ Jeringa descartable para irrigar.
- ✓ Mango de bisturí con hoja a elección del operador.
- ✓ Bisturí interproximal.
- ✓ Elevador de periostio.
- ✓ Curetas periodontales según zona a tratar.
- ✓ Tijeras para encía.
- ✓ Sutura.
- ✓ Pinza porta aguja.
- ✓ Esponja hemostática.

- **Medicamentos a utilizar en el procedimiento**

- ✓ Gluconato de clorhexidina 0.12%.
- ✓ Anestésico tópico lidocaína 10% aerosol.
- ✓ Anestésico local.
- ✓ Suero fisiológico o solución salina.

- **Medicamentos**

- ✓ Los definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).

G. Descripción del procedimiento

- **Técnicas quirúrgicas a utilizar**

1. Autoinjerto gingival libre.
2. Autoinjerto de tejido conectivo libre.
3. Colgajo desplazado en sentido apical.
4. Colgajo desplazado en sentido coronal.
5. Colgajo desplazado en sentido lateral.
6. Frenectomía.

1. Autoinjerto gingival libre

- a) Asepsia extra e intraoral.
- b) Anestesia tópica, infiltrativa o regional con anestésico local.
- c) Preparación del sitio receptor.
- d) Se efectúa una incisión en la unión mucogingival hasta la profundidad deseada, uniendo la incisión en ambos extremos con la línea mucogingival existente. Se debe dejar periostio que cubra el hueso.
- e) Se extienden las incisiones casi hasta el doble del ancho deseado de la encía insertada.
- f) Se sutura el colgajo donde se localiza la porción apical del injerto libre.
- g) Obtener el injerto del sitio donador.
- h) Se retira un injerto de espesor parcial de paladar. Se hace una incisión superficial hasta el espesor deseado, se eleva y se sostiene con una pinza mientras se va separando.
- i) La colocación de las suturas en los márgenes del injerto ayuda a controlarlo durante la separación y transferencia y simplifica la colocación y sutura del sitio receptor.
- j) Transferir e inmovilizar el injerto.
- k) El injerto se adapta con firmeza al sitio receptor suturándolo a los bordes laterales y el periostio. Antes de completar la sutura, se eleva la porción no suturada y se limpia el sitio receptor debajo de éste con un aspirador, para remover coágulos o desprender fragmentos de tejido. Se presiona el injerto de nuevo en su posición y se completan las suturas dejándolo inmovilizado.

2. Autoinjerto de tejido conectivo libre

La diferencia entre esta técnica y el autoinjerto gingival libre es que el tejido donador es tejido conectivo.

- a) Asepsia extra e intraoral.
- b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local.
- c) Las incisiones verticales divergentes se trazan en aristas del diente que se pretende cubrir, creando un colgajo de espesor parcial a por lo menos 5 mm del área de recesión.
- d) Se sutura el borde mucoso apical al periostio.
- e) Se raspa y alisa la superficie radicular.
- f) Se obtiene un injerto de tejido conectivo del paladar.
- g) Se sutura el sitio donador después de retirado el injerto.
- h) Se transfiere el injerto al sitio receptor y se sutura al periostio, asegurando una buena estabilidad.

3. Colgajo desplazado en sentido apical

- a) Asepsia extra e intraoral.
- b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local.



- c) Se realiza una incisión de bisel interno.
- d) No es necesario acentuar interdentalmente el festoneado, porque el colgajo está desplazado en sentido apical y no colocado en posición interdental.
- e) Se realizan incisiones creviculares, seguidas por la elevación del colgajo.
- f) Se realizan incisiones verticales que rebasan la unión mucogingival.
- g) Después de eliminar todo el tejido de granulación, del raspado radicular y curetaje y de la cirugía ósea si es necesaria, se desplaza el colgajo en sentido apical.
- h) Es importante que las incisiones verticales y, por tanto, la elevación del colgajo, llegue más allá de la unión mucogingival para proporcionar movilidad adecuada al colgajo para su desplazamiento en sentido apical.
- i) Dependiendo si el colgajo es de espesor total o parcial, la sutura puede ser suspensoria para evitar que se deslice el colgajo o éste se sutura al periostio.

4. Colgajo desplazado en sentido coronal

El propósito de esta técnica es crear un colgajo de espesor dividido en el área apical con respecto a la raíz descubierta y colocarlo en sentido coronal para cubrir la raíz.

- a) Se realizan dos incisiones verticales que deben extenderse más allá de la unión mucogingival, acorde al caso.
- b) Se hace una incisión de bisel interna y se separa un colgajo mucoperióstico
- c) Se raspa y alisa la superficie radicular.
- d) Se regresa el colgajo y se sutura en un nivel coronal con respecto a la posición antes del tratamiento.

5. Colgajo desplazado en sentido lateral

Esta técnica se utiliza para cubrir raíces descubiertas aisladas que tienen tejido donador adecuado en dirección lateral y profundidad vestibular.

- a) Preparación del sitio donador: Se remueve el epitelio alrededor de la superficie radicular expuesta, se raspa la superficie radicular y se realiza curetaje minuciosamente.
- b) Preparación del colgajo: Se prefiere un colgajo de espesor parcial. Se realiza una incisión vertical desde el margen gingival para delimitar un colgajo adyacente al sitio receptor. Se hace una incisión en el periostio y se extiende hasta la mucosa bucal al nivel de la base del sitio receptor. El colgajo debe ser bastante más ancho que el sitio receptor para cubrir la raíz y proporcionar un margen ancho para la inserción al borde de tejido conectivo alrededor de la raíz.

Debe incluirse la papila interdental en el extremo distal del colgajo o una porción grande de ésta, para asegurar el colgajo en el espacio interproximal entre los dientes donadores y receptores.



- c) Transferencia del colgajo: Se desliza de manera lateral el colgajo hacia la raíz adyacente, asegurándose de que se apoye con firmeza sin tensión excesiva a la base. Se realizan suturas suspensorias y simples para prevenir que el colgajo se resbale en sentido apical.

6. Frenectomía

Es la eliminación completa del frenillo, incluida su inserción al hueso subyacente.

La frenotomía es la incisión de un frenillo. Se utilizan ambos procedimientos, pero la frenotomía suele ser suficiente para fines periodontales, como reubicar la inserción del frenillo para crear una zona de encía insertada entre el margen gingival y el frenillo.

- a) Asepsia intraoral.
- b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local.
- c) Se toma el frenillo con una pinza hemostática insertada hasta la profundidad del vestíbulo.
- d) Se realiza una incisión a lo largo de la superficie superior y luego inferior de la pinza hemostática y se extiende más allá de la punta.
- e) Con la misma pinza se retira la porción triangular cortada del frenillo.
- f) Se realiza una incisión horizontal, separando las fibras, y una disección roma hasta el hueso.
- g) Se sutura la mucosa labial al periostio apical.

H. Complicaciones post- procedimiento

- ✓ Hemorragia e inflamación.
- ✓ Heridas en partes blandas.
- ✓ Desgarros.
- ✓ Lesiones de los nervios cercanos.
- ✓ Enfisema sub-mucoso.
- ✓ Infección.
- ✓ Problemas de cicatrización.
- ✓ Dolor

I. Tiempo del procedimiento

- ✓ Aproximadamente 1 hora.

J. Incapacidad

- ✓ De 2 a 5 días, según criterio del especialista.

K. Recomendaciones al especialista

1. Evaluar situación oclusal de cada paciente, ya que puede alterar el proceso de cicatrización.
2. Evaluar el uso de antibióticos para cada caso.



L. Recomendaciones post operatorias verbal y escrita

1. Cumplimiento de la medicación prescrita.
2. Es conveniente que evite los líquidos calientes durante las primeras 24 horas.
3. Dieta líquida el primer día y blanda por 7 días más.
4. Evite frutas cítricas, alimentos muy condimentados y bebidas alcohólicas.
5. No fumar.
6. Cepillar y usar hilo dental en las áreas de la boca no operadas.
7. Use enjuague bucal con clorhexidina después del cepillado.
8. Durante el primer día aplicar hielo de forma intermitente en la parte extra oral del área operada.
9. Actividad física limitada.
10. Asistir a retiro de puntos a los 8 días post cirugía.

M. Educación

1. Mantener una adecuada higiene bucal.
2. Asistir a los controles profesionales con regularidad.

20. Cuña distal o mesial

A. Definición

- Es un procedimiento para tratar las bolsas sobre la superficie distal de los molares terminales. El tratamiento de las bolsas puede verse afectado por la presencia de tejido fibroso abultado sobre la tuberosidad maxilar o por las almohadillas retromolares prominentes en la mandíbula. También suele haber defectos verticales profundos junto con el tejido fibroso redundante.

B. Objetivo

- Eliminación de la bolsa, producir encía insertada y si es necesario corrección del defecto óseo.

C. Indicaciones

- ✓ Bolsas periodontales distal a molares terminales.

D. Contraindicaciones

- ✓ No existencia de encía queratinizada de 1 mm como mínimo.
- ✓ Ubicación de la pieza.
- ✓ Infección activa en el sitio receptor.
- ✓ Mala higiene oral.
- ✓ En pacientes fumadores.



- ✓ Paciente con osteoporosis.
- ✓ Pacientes con tratamientos oncológicos e inmunodeprimidos.
- ✓ Apertura disminuida.

E. Complicaciones post- procedimiento

- ✓ Hemorragia e inflamación.
- ✓ Heridas en partes blandas.
- ✓ Desgarros.
- ✓ Lesiones de los nervios cercanos.
- ✓ Enfisema sub-mucoso.
- ✓ Infección.
- ✓ Problemas de cicatrización.
- ✓ Dolor.

F. Recursos

• **Humano**

- ✓ Periodoncista.

• **Material y equipo**

- ✓ Bandeja básica.
- ✓ Jeringa Carpule y aguja dental.
- ✓ Jeringa descartable para irrigar.
- ✓ Mango de bisturí con hoja a elección del operador.
- ✓ Bisturí interproximal.
- ✓ Elevador de periostio.
- ✓ Curetas periodontales según zona a tratar.
- ✓ Tijeras para encía.
- ✓ Sutura.
- ✓ Pinza porta aguja.

• **Medicamentos**

- ✓ Los definidos en el Listado oficial de Medicamentos (LOM).

G. Descripción del procedimiento

- a) Asepsia extra e intraoral.
- b) Anestesia tópica e infiltrativa con anestésico local.
- c) Se trazan dos incisiones paralelas que comienzan en la porción distal del diente y se extienden hacia la unión mucogingival distal a la tuberosidad o a la almohadilla retromolar.



- d) Se realiza una incisión transversal en el extremo distal de las dos incisiones paralelas para eliminar un pedazo largo y rectangular de tejido.
- e) Alisado radicular y retiro de tejido fibroso excedente.
- f) Cuando se remueve todo el tejido entre las dos incisiones y se adelgazan los colgajos, los dos bordes de los colgajos deben aproximarse entre sí en una nueva posición apical sin sobreponerse.
- g) Se sutura el colgajo.

H. Complicaciones post- procedimiento

- ✓ Hemorragia e inflamación.
- ✓ Heridas en partes blandas.
- ✓ Desgarros.
- ✓ Lesiones de los nervios cercanos.
- ✓ Enfisema sub-mucoso.
- ✓ Infección.
- ✓ Problemas de cicatrización.
- ✓ Dolor.

I. Tiempo del procedimiento

- ✓ Aproximadamente 40 minutos.

J. Incapacidad

- ✓ De 2 a 3 días.

K. Recomendaciones post operatorias verbal y escrita

1. Cumplimiento de la medicación prescrita.
2. Es conveniente que evite los líquidos calientes durante las primeras 24 horas.
3. Dieta líquida el primer día y blanda por 7 días más.
4. Evite frutas cítricas, alimentos muy condimentados y bebidas alcohólicas.
5. No fumar.
6. Cepillar y usar hilo dental en las áreas de la boca no operadas.
7. Use enjuague bucal con clorhexidina después del cepillado.
8. Durante el primer día aplicar hielo de forma intermitente en la parte extra oral del área operada.
9. Actividad física limitada.
10. Asistir a retiro de puntos a los 8 días post cirugía.

L. Educación

1. Mantener una adecuada higiene bucal.
2. Asistir a los controles profesionales con regularidad.

21. Ajuste oclusal

A. Definición

- Es la remodelación selectiva de las superficies oclusales para establecer una oclusión estable y no traumática.

B. Objetivo

- Restablecer una función oclusal favorable para la salud bucal del paciente, incluido el periodonto.

C. Indicaciones

- Está indicado para Pacientes que padecen:
 - ✓ Bruxismo.
 - ✓ trismo.
 - ✓ Trauma oclusal.
 - ✓ Síndrome de la articulación temporomandibular (ATM).

D. Contraindicaciones

- ✓ Mordida abierta anterior.
- ✓ Relación borde a borde de los incisivos.
- ✓ Mordida cruzada.

E. Recursos

- **Humano**
 - ✓ Periodoncista.
- **Material y equipo**
 - ✓ Bandeja básica
 - ✓ Pieza de mano de alta velocidad.
 - ✓ Piedra de diamante.
 - ✓ Papel de articular.
- **Medicamentos**
 - ✓ Ninguno.

F. Descripción del procedimiento

Se desgastarán los contactos marcados, en cúspides vestibulares superiores y linguales inferiores. El proceso adecuado sería en el siguiente orden:

- a) Registro de interferencias oclusales con papel de articular.



- b) Eliminación de contactos prematuros y/o interferencias, encontrados en los movimientos de relación céntrica, lateralidades y protrusión, los cuales se hacen con piedra de diamante, siempre en esmalte, nunca en dentina.
- c) Rectificar y verificar que haya contactos oclusales uniformes.
- d) Pulido de piezas desgastadas y evaluar colocar flúor.
- e) Depende de la severidad del caso realizarlo en 3 a 4 citas.

G. Complicaciones post- procedimiento

- Hipersensibilidad.

H. Tiempo del procedimiento

- Aproximadamente 20 minutos.

I. Incapacidad

- No amerita.

J. Recomendaciones

- Consumir solamente comidas blandas y frías.

K. Educación

- Explicar al paciente las limitaciones que se tienen con este procedimiento y los resultados esperados.

22. Pulpotomía

A. Definición

- Procedimiento que consiste en la extirpación de la pulpa vital inflamada de la cámara coronal y la posterior aplicación de medicamentos sobre los muñones pulpares radiculares para fijar (momificar) o estimular la reparación de lo que quede de la pulpa radicular vital de la pieza dental primaria.

B. Objetivos

- Dar tratamiento oportuno en las alteraciones de la pulpa y zonas periapicales.
- Evitar la mutilación de la pieza dentaria.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

C. Evaluación

- ✓ Examen clínico y radiográfico (cuando aplique).

D. Indicaciones

- ✓ La pulpa con inflamación mínima, cuando la destrucción coronaria no involucra todas las superficies de la corona.
- ✓ Exposición pulpar de un diente primario con vitalidad.
- ✓ Pulpitis reversible.
- ✓ Exposición pulpar por traumatismo.
- ✓ Piezas con exposición pulpar iatrogénica.

E. Contraindicaciones

- ✓ Pérdida de tejido dentario coronal extensa.
- ✓ Cavidad contaminada con fluidos orales.
- ✓ Reabsorción radicular avanzada más de 2/3 con presencia de movilidad.
- ✓ Pieza próxima a exfoliar.
- ✓ Edema facial provocado por lesión de caries.
- ✓ Hiperemia pulpar.
- ✓ Piezas con pólipo pulpar.
- ✓ Presencia de abscesos periapicales.
- ✓ Pieza necrótica.
- ✓ Pacientes con cardiopatías isquémicas.

F. Complicaciones

- ✓ Perforación del piso pulpar.
- ✓ Contaminación iatrogénica en cámara pulpar.
- ✓ Hemorragia pulpar excesiva.
- ✓ Fractura de la furca.
- ✓ Absceso periapical con o sin fístula.
- ✓ Pérdida prematura de la pieza.
- ✓ Úlcera traumática autoinflingida.

G. Recursos

- **Humano**
 - ✓ Odontopediatra.
- **Insumos**
 - ✓ Espejo clínico # 5.
 - ✓ Mango # 14 para espejo bucal # 5.



Sección normalización

- ✓ Explorador clínico doble # 5.
- ✓ Pinza clínica para curaciones.
- ✓ Cucharilla endodóntica o excavador de dentina #14 o #17.
- ✓ Jeringa tipo carpule.
- ✓ Pieza de mano de alta velocidad.
- ✓ Aplicador y condensador de cemento.
- ✓ Espátula doble para cemento.
- ✓ Loseta de vidrio.
- ✓ Porta matriz para cinta banda matriz de 5 ó 7 mm.
- ✓ Cinta banda matriz #5mm. o de #7mm.
- ✓ Fresa agarre por fricción redonda #4 y #6.
- ✓ Fresa agarre por fricción #330, #556 y #557.
- ✓ Condensador para resina antiadherente.
- ✓ Tallador y bruñidor para resina antiadherente.
- ✓ Aplicador para cemento.
- ✓ Aplicador para cemento de hidróxido de calcio.
- ✓ Banda celuloide.
- ✓ Rodete de algodón.
- ✓ Eyector de saliva desechable.
- ✓ Papel de articular.
- ✓ Resina composita.
- ✓ Cemento trióxido mineral agregado (MTA).
- ✓ Cemento de Óxido de Zinc y Eugenol (polvo y líquido).
- ✓ Cemento de ionómero de vidrio de alta resistencia.
- ✓ Base protectora pulpar (Ionómero de vidrio).
- ✓ Jeringa hipodérmica desechable de 5 o 10ml.
- ✓ Hidróxido de calcio químicamente puro.

- **Equipo**

- ✓ Lámpara de fotocurado.

H. Medicamentos

- ✓ Según lo definido en Listado oficial de Medicamentos.

I. Preparación del paciente

- ✓ Se le explica a los padres o responsable del niño sobre el procedimiento a realizar.

J. Precauciones



- ✓ Falta de colaboración del niño para la realización del tratamiento.
- ✓ Presencia de enfermedades sistémicas.

K. Descripción del procedimiento

- a) Aplicar anestesia tópica y local (infiltrativa o de bloqueo).
- b) Aislamiento absoluto de la pieza dental.
- c) Eliminar la lesión cariosa con fresa de carburo de alta velocidad.
- d) Retirar el techo de la cámara pulpar.
- e) Eliminar la pulpa cameral con una cucharilla.
- f) Irrigar la cámara pulpar con solución salina con jeringa desechable.
- g) Secar y controlar la hemorragia con torundas pequeñas estériles.

- **Técnica 1.** Colocar la torunda de algodón previamente humedecida con suero fisiológico, solución salina, agua estéril generando hemostasia de 3 a 5 minutos para controlar el sangrado pulpar. Colocar una mezcla de cemento MTA en contacto directa con la pulpa sobre la entrada de los conductos radiculares y piso pulpar finalmente restauración con resina.
- **Técnica 2.** Aplicar torunda con formocresol, fijación de la pulpa por 3 a 5 minutos. Colocar una capa de cemento de óxido de zinc (polvo) y Eugenol (líquido) en contacto directo con la pulpa sobre la entrada de los conductos radiculares y piso pulpar, finalmente realizar una limpieza cuidadosa de las paredes de cavidad y luego colocar cemento de ionómero de vidrio y la restauración de resina.

A criterio de operador se podrá realizar el procedimiento en una o dos citas.

Nota. Agendar la segunda cita en un período no mayor a ocho (8) días después de la primera cita.

- **Segunda cita**
 - h) Aislamiento absoluto de la pieza dental, posterior a colocación de anestesia local.
 - a) Retirar el cemento provisional (obturación temporaria).
 - b) Retirar la torunda con formocresol.
 - c) Irrigar la cámara pulpar con solución salina o suero fisiológico con jeringa desechable.
 - d) Secar la cámara pulpar con torundas estériles.
 - e) Colocar una base delgada de hidróxido de calcio químicamente puro en la cámara pulpar de piezas dentales. Colocar una base de óxido de zinc y eugenol para sellado del piso pulpar y finalmente realizar una limpieza cuidadosa de las paredes de cavidad y luego colocar cemento de ionómero de vidrio y la restauración de resina.



L. Tiempo de procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos.

M. Criterios de alta

- ✓ Se considerará de alta cuando la pieza dentaria se encuentra con la obturación de la cámara pulpar no existiendo signos y síntomas. Además, la pieza deberá presentar una restauración definitiva coronal. Debe efectuarse control en 3 meses, por la razón que estos procedimientos fracasan en un porcentaje que varía del 5 al 30 %, realizar pulpectomía o incluso extracción, cuando aplique.

N. Incapacidad

- ✓ No aplica.

O. Referencia

- ✓ No aplica.

P. Recomendaciones a paciente y/o tutor

- **Pre procedimiento**

1. Evitar el ayuno.
2. Presentarse con los dientes cepillados.
3. Tomar el medicamento profiláctico en caso necesario.

- **Post procedimiento para el paciente**

4. No masticar alimentos duros por el lado de la obturación.
5. En el caso de obturaciones de resina, no ingerir alimentos por 72 horas con colorantes para evitar que se manche la restauración.
6. De ser necesario dejar cita de control en 3 meses para evaluación de evolución de la pieza.

Nota. En caso de ser necesario la rehabilitación de la pieza con corona esta deberá ser realizada fuera de la Institución.

23. Exodoncia de pieza dentaria traumatizada

A. Definición

- Procedimiento que consiste en la remoción de toda la pulpa coronaria y radicular en piezas primarias.

B. Objetivos

- Dar tratamiento oportuno en las alteraciones de la pulpa y zonas periapicales.
- Evitar la pérdida prematura de las piezas dentarias.
- Conservar la función de la dentición primaria.

C. Evaluación

- ✓ Examen bucal de emergencia o seguimiento del plan de tratamiento indicado en la consulta.

D. Indicaciones

- ✓ Pulpitis irreversible (Pulpa muestra signos de inflamación irreversible).
- ✓ Necrosis pulpar bacteriana.
- ✓ Necrosis séptica por traumatismo dental.
- ✓ Presencia de absceso periapical con o sin fístula.
- ✓ Reabsorciones patológicas mínimas.
- ✓ Que las raíces de piezas primarias tengan como máximo 1/3 de reabsorción radicular y la lesión ósea no haya roto la cripta del sucesor permanente.
- ✓ Dolor espontáneo y nocturno siempre y cuando no esté ligado a erupciones dentarias, impactación alimenticia o inflamación papilar.
- ✓ Cuando al realizar pulpotomía se observe hiperemia pulpar.
- ✓ Fracaso de pulpotomías.
- ✓ Cuando se estima que podemos provocar una exposición pulpar al remover la dentina cariada.

E. Contraindicaciones

- ✓ Destrucción coronaria extensa o caries radicular.
- ✓ Movilidad dental.
- ✓ Reabsorción radicular avanzada.
- ✓ Pieza próxima a exfoliar.



F. Complicaciones

- ✓ Perforación del piso pulpar.
- ✓ Fractura de la furca.
- ✓ Perdida prematura de la pieza.
- ✓ Extracción de la pieza por fracaso en un porcentaje que varía del 5 al 20 %.

G. Recursos

• Humano

- ✓ Odontopediatra y asistente dental.

• Insumos

- ✓ Aislamiento absoluto.
- ✓ Set de diagnóstico.
- ✓ Cucharilla o excavador de dentina #14 o 17.
- ✓ Jeringa metálica tipo carpule.
- ✓ Aguja pediátrica 27G o 30G.
- ✓ Puntas de papel.
- ✓ Limas tipo k.
- ✓ Pieza de mano de alta velocidad.
- ✓ Película radiográfica infantil.
- ✓ Aplicador y condensador de cemento.
- ✓ Espátula doble para cemento.
- ✓ Loleta de vidrio.
- ✓ Porta matriz para cinta banda matriz de 5 o 7 mm.
- ✓ Cinta banda matriz de 5mm o de 7mm.
- ✓ Fresa agarre por fricción redonda # 4 y #6.
- ✓ Fresa agarre por fricción # 330.
- ✓ Fresa endo Z.
- ✓ Condensador de resina.
- ✓ Tallador y bruñidor de resina.
- ✓ Aplicador de cemento.
- ✓ Aplicador de cemento de hidróxido de calcio.
- ✓ Aplicador de resina compuesta.
- ✓ Banda celuloide.
- ✓ Rodete de algodón.
- ✓ Eyector de saliva desechable.
- ✓ Papel de articular.
- ✓ Resina compuesta.



- ✓ Cemento de Óxido de Zinc y Eugenol (Set).
- ✓ Base protectora pulpar (Ionómero de vidrio de alta resistencia).
- ✓ Jeringa hipodérmica desechable de 5 o 10ml.
- ✓ Soluciones irrigadoras hipoclorito al 5%, Acido etilendiaminotetraacético (EDTA), suero fisiológico.
- ✓ Pasta de hidróxido calcio más yodoformo, Cemento de trióxido mineral agregado (MTA).
- ✓ Líquidos reveladores.

- **Equipo**

- ✓ Lámpara de fotocurado.

H. Medicamentos

- ✓ Según lo definido en Listado Oficial de Medicamentos.

I. Preparación del paciente

- ✓ Se le explica al padre o responsable del niño sobre el procedimiento a realizar.

J. Precauciones

- ✓ Falta de colaboración del niño para la realización del tratamiento.
- ✓ Presencia de enfermedades sistémicas.

K. Descripción del procedimiento

La anamnesis debe ser muy detallada, así como el examen clínico dental y el examen de imagen (radiografías) para definir el diagnóstico y el plan de tratamiento.

- a) Aplicar anestesia local infiltrativa o de bloqueo.
- b) Aislamiento absoluto de la pieza dental.
- c) Eliminar la lesión cariosa con sistema rotatorio.
- d) Retirar el techo de la cámara pulpar con fresa redonda estéril y ampliación de la cámara con uso de fresa endo Z.
- e) Eliminar la pulpa cameral con una cucharilla.
- f) Irrigación con solución antimicrobiana de eficacia comprobada para pulpectomía en dentición temporal hipoclorito de sodio al 1% a fin de remover restos pulpares, microorganismos, sangre y proporcionar una mejor visualización de los conductos radiculares.
- g) Odontometría (conductometría) con regla milimetrada (desde un punto de referencia incisal u oclusal hasta el ápice radicular). Se debe restar 1 a 2 mm. preferentemente 2 mm. antes del ápice radiográfico o del bisel de rizólisis.



- h) La instrumentación de los conductos es llevada a cabo con una lima tipo K de 21 mm. siendo que en los dientes anteriores generalmente se usan limas de la 2ª serie y en molares, limas de la 1ª serie.
- i) Instrumentación convencional de la longitud radicular total (LRT), en sentido apicocervical, con el uso de 3 o más limas (inicial más 2 limas tipo "K"). La lima inicial deberá ser compatible con el diámetro que mejor se ajuste al 1/3 apical (instrumentación según criterio clínico de acuerdo con el grosor de la pared radicular).
- j) Posterior a la instrumentación de los conductos radiculares irrigar con solución EDTA al 17% lentamente por 3 minutos.
- k) Neutralización del irritante final con 5 ml. de suero fisiológico.
- l) Aspiración de los irrigantes indicados posterior a cada indicación.
- m) Posterior a la irrigación secado y sellado del conducto con pasta de hidróxido de calcio y yodoformo.
- n) Colocación de base MTA y restauración de la pieza.
- o) Tomar radiografía final.

Nota. Las condiciones específicas, como las urgencias, los signos de propagación del proceso infeccioso y, a veces el comportamiento del niño puede modificar la técnica de pulpectomía en más de una sesión a criterio del especialista.

L. Tiempo de procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos.

M. Criterios de alta

- ✓ Se considerará de alta cuando la pieza dentaria se encuentra con la obturación del conducto verificado radiográficamente, no existiendo signos y síntomas. Además, la pieza deberá presentar una restauración definitiva coronal.

Nota. En caso de ser necesario la rehabilitación de la pieza con corona esta deberá ser realizada fuera de la Institución.

N. Incapacidad

- ✓ No aplica.

O. Referencia

- ✓ No aplica.

P. Recomendaciones

- **Pre operatorio**

- 1. No presentarse en ayuno.



2. Presentarse con los dientes cepillados.
 3. Tomar el medicamento profiláctico, en caso necesario.
- **Post operatorio para el paciente**
 1. No masticar alimentos duros por el lado de la obturación.
 2. En el caso de obturaciones de resina, no ingerir alimentos con colorantes, para evitar que se manche la restauración.

24. Traumatismo bucal en niños

A. Definición

- La extracción dental es un acto quirúrgico en el que se practica la extirpación de un diente de la arcada dentaria por traumatismo dental.

B. Objetivo

- Eliminar una pieza dental de su alveolo por medios quirúrgicos para reducir factores de riesgo con el menor trauma posible.

C. Evaluación

- ✓ Seguimiento del plan de tratamiento indicado en la consulta de emergencia.

D. Indicaciones

- ✓ Piezas primarias traumatizadas o accidentadas en las cuales sea causa de dolor, inflamación infección, entre otras.
- ✓ Piezas intruidas con desplazamiento apical y vestibular que compromete la cripta del germen permanente sucesor.
- ✓ Restos radiculares.

E. Contraindicaciones

- ✓ Cuando hay pérdida del conocimiento.
- ✓ Cuando no este estabilizado sistémicamente.
- ✓ Fractura expuesta en alguna extremidad.
- ✓ En caso de convulsiones originadas por el traumatismo.
- ✓ En caso de vomito.
- ✓ En caso que presente movilidad grado 1.

F. Complicaciones

- ✓ Hemorragia profusa.
- ✓ Convulsión.
- ✓ Vomito.
- ✓ Pérdida del conocimiento en caso del procedimiento.

G. Recurso**• Humano**

- ✓ Odontopediatra y asistente dental.

• Material y equipo

- ✓ Espejo bucal #5 sin aumento.
- ✓ Elevador apical recto acanalado parte activa punta de lanza de 2 mm. a 3 mm.
- ✓ Elevador apical recto acanalado parte activa punta redondeada de 2 mm.
- ✓ Elevador de raíz recto-acanalado borde redondeado parte activa de 2 mm. a 3 mm.
- ✓ Fórceps de extracción # 65, # 101, # 150 y # 151 inoxidable.
- ✓ Jeringa carpule.
- ✓ Mango #14 para espejo bucal # 5.
- ✓ Pinza para algodón y curaciones tipo London.
- ✓ Aguja Carpule extra corta # 27G.
- ✓ Aguja Carpule corta # 30G.

• Insumos

- ✓ Torunda de gasa.
- ✓ Solución salina o suero fisiológico.

H. Medicamento

- ✓ Según los definidos en el Listado Oficial de Medicamento.

I. Efectos indeseables

- ✓ Amoxicilina produce reacciones de anafilaxia en pacientes alérgicos a la penicilina.

J. Preparación del paciente

- ✓ Se le explica al padre o responsable del niño sobre el procedimiento a realizar, según el área traumatizada.



K. Precauciones

- ✓ Falta de colaboración del niño para la realización del tratamiento.
- ✓ Presencia de enfermedades sistémicas.
- ✓ Prescribir el medicamento profiláctico en caso necesario.

L. Descripción del procedimiento

- a) Enjuagar con agua destilada o suero fisiológico.
- b) Evaluación radiográfica previa para determinar procedimiento.
- c) Aplicar al paciente anestésico tópico.
- d) Aplicar al paciente anestesia local infiltrativa, si el caso lo amerita.
- e) Efectuar la debridación de la pieza a extraer.
- f) Realizar luxación de la pieza traumatizada.
- g) Colocar adecuadamente el fórceps indicado a la pieza a extraer.
- h) Proceder a efectuar los movimientos correspondientes a cada pieza dentaria.
- i) Colocar gasa estéril para la compresión del alveolo para ayudar a la coagulación.

M. Tiempo de procedimiento

- ✓ Aproximadamente treinta (30) minutos.

N. Incapacidad

- ✓ No aplica.

O. Referencia

- ✓ No aplica.

P. Recomendación a paciente o tutor

1. Dieta blanda y fría.
2. Evitar correr, saltar, nadar, entre otros.
3. Evitar tocar el área afectada con dedos o lengua.
4. Evitar succión y mordedura del área anestesiada
5. En caso de hemorragia acudir al odontopediatra del centro de atención más cercano.

25. Procedimiento de traumatismo bucal en niños

A. Definición

- Procedimiento en el cual se trata la lesión o injuria física que sufre el paciente en el área bucal, la cual puede involucrar tejidos blandos o estructuras dentarias.

B. Objetivo

- Desinfectar el área traumatizada del diente, tejidos blandos y duros.

C. Evaluación

- ✓ El examen clínico debe incluir un minucioso examen de los tejidos blandos, inspeccionándolos correctamente, tratando de observar la presencia de cuerpos extraños, y determinando la profundidad de las heridas.

D. Indicaciones

- ✓ Eliminar todos los cuerpos extraños provenientes del exterior.
- ✓ Descontaminar la zona traumatizada para reducir el riesgo de infección.

E. Contraindicaciones

- ✓ Cuando hay pérdida del conocimiento.
- ✓ Cuando no este estabilizado sistémicamente.
- ✓ Fractura expuesta en algún miembro.
- ✓ En caso de convulsiones originadas por el traumatismo.
- ✓ En caso de vomito.

F. Complicaciones

- ✓ Cambio de coloración de la pieza dentaria a futuro.
- ✓ Necrosis séptica, formación de absceso con o sin fístula.

G. Recurso

- **Humano**
 - ✓ Odontopediatra y asistente dental.
- **Material y equipo**
 - ✓ Espejo bucal # 5 sin aumento.
 - ✓ Mango # 14 para espejo bucal # 5.



- ✓ Pinza de curaciones para algodón.
- ✓ Sonda periodontal.
- ✓ Gasa de algodón.
- ✓ Agujas cortas 27G y 30G.

- **Medicamentos**

- ✓ Solución salina o suero Fisiológico.
- ✓ Agua destilada.
- ✓ Anestésico tópico Lidocaína al 10% spray.
- ✓ Anestésico infiltrativo.

- **Farmacoterapia**

- ✓ Antiinflamatorios por 3 días.
- ✓ Antibiótico, de ser necesario.
- ✓ Gluconato de clorhexidina al 0.12% con gasa 3 veces al día por 15 días. Justificada la receta.
- ✓ Según los definidos en el Listado Oficial de Medicamento.

H. Preparación del paciente

- ✓ Se le explica al padre o responsable del niño sobre el procedimiento a realizar, según el traumatismo.

I. Precauciones

- ✓ Falta de colaboración del niño para la realización del tratamiento.
- ✓ Presencia de cuerpos extraños incrustados que puedan causar una infección.
- ✓ Presencia de enfermedades sistémicas.
- ✓ Controlar al paciente en caso de convulsión, vómitos o pérdida del conocimiento.

J. Descripción del procedimiento

- a) Enjuagar con agua destilada o suero fisiológico.
- b) Anestésiar con Lidocaína aerosol al 10.0%.
- c) Irrigar con suero fisiológico el área traumatizada.
- d) Remover con pinzas de curación los cuerpos extraños localizados en el área afectada.
- e) En casos de hemorragia se debe compresionar el área con torundas de gasa de algodón.
- f) Sutura intrabucal, si es necesario.
- g) Ferulización de piezas primarias, en caso de ser necesario.



K. Tiempo de procedimiento

- ✓ Aproximadamente 30 minutos.

L. Incapacidad

- ✓ No aplica.

M. Referencia

- ✓ A emergencia pediátrica, en caso de ser necesario.

N. Recomendaciones

1. Dieta blanda y fría.
2. Evitar correr, saltar, nadar, entre otros.
3. Evitar tocar el área afectada con dedos o lengua.
4. Limpieza bucal con cepillo dental de cerdas suaves.
5. En caso de hemorragia acudir al odontopediatra del centro de atención más cercano.

26. Fractura de instrumental manual y rotatorio de endodoncia

A. Definición

- Fractura de instrumento manual y rotatorio.

B. Objetivo

- Extraer la fracción fracturada de la lima o instrumento dentro del conducto radicular.

C. Evaluación

- ✓ Pronóstico de la pieza se vuelve reservado o malo.

D. Indicaciones

- ✓ Toda pieza que siendo tratada sufra fractura del instrumento manual o rotatorio dentro del conducto.

E. Contraindicaciones

- ✓ Ninguna.

F. Complicaciones

- ✓ La extracción y tiempo del procedimiento.
- ✓ No se haya eliminado totalmente el componente tóxico-necrótico.



G. Recurso

- **Humano**
 - ✓ Endodoncista.

- **Material**
 - ✓ Limas.
 - ✓ Solución quelante.

- **Medicamentos**
 - ✓ Según amerite.

H. Preparación del paciente

- ✓ Se le explica al paciente sobre el procedimiento y pronóstico del procedimiento a realizar.

I. Precauciones

- ✓ Manejo y conocimiento de la técnica.
- ✓ Evitar el desgaste excesivo de la pieza al crear la vía de acceso para extracción del instrumento fracturado.

J. Descripción del procedimiento

- a) Introducir lima manual más delgada para sobrepasar el instrumento fracturado.
- b) Intentar retirar el instrumento fracturado.
 - i. Logra retirar el instrumento fracturado, se procede a continuar el proceso de endodoncia hasta sellar.
 - ii. No se logra retirar el instrumento fracturado, se procederá a:
 - Dejar el instrumental fracturado y proceder con el sellado de la pieza dental.
 - Referir a extracción de pieza.
- c) Evaluar 1 a 3 meses según criterio, ya que es un procedimiento de pronóstico reservado, previa información al paciente.

K. Tiempo de procedimiento

- ✓ Aproximadamente 1 hora. Máximo 2 citas.

L. Incapacidad

- ✓ 1 a 3 días, según evaluación de especialista.



M. Referencia

- ✓ Máxilo Facial, según el caso.

N. Recomendaciones para el operador

1. Usar instrumental en condiciones adecuadas.
2. No usar limas en mal estado.
3. Conocer las estructuras anatómicas.
4. No realizar movimientos bruscos a su paso por las estructuras anatómicas.

O. Educación para el paciente

1. Explicar al paciente el tratamiento realizado y las posibles complicaciones.

27. Toma de radiografía panorámica

A. Concepto

- La radiografía panorámica es una prueba radiológica que sirve para recrear las estructuras óseas de la cara del paciente. De esta manera, el odontólogo obtiene una muestra en dos dimensiones del hueso maxilar superior, la mandíbula, los dientes y estructuras circundantes.

B. Objetivo

- Prueba radiológica que sirve para ver la estructura ósea de la cara del paciente.
- Observar todos los dientes, sus tejidos de soporte y estructuras anatómicas adyacentes.
- Recrear las estructuras óseas de la cara del paciente. De esta manera, el odontólogo obtiene una muestra en dos dimensiones del hueso maxilar superior, la mandíbula, los dientes y estructuras circundantes.

C. Referencia de pacientes

- ✓ Todo paciente que se le indique la toma de Rayos X panorámico serán referidos al servicio de odontología del Hospital Policlínico Zacamil a través de formularios definidos para tal fin.

D. Evaluación

Los rayos X panorámicos pueden revelar la presencia de problemas dentales y médicos tales como:

- ✓ Enfermedad periodontal avanzada.
- ✓ Quistes en los huesos de la mandíbula.



- ✓ Tumores de la mandíbula y cáncer oral.
- ✓ Dientes impactados, incluyendo las muelas de juicio.
- ✓ Enfermedades de la mandíbula (también conocidas como enfermedades de la articulación temporomandibular (ETA)).

E. Ventajas

- ✓ Es una técnica muy rápida.
- ✓ Baja dosis de radiación para el paciente.
- ✓ Cubre un área anatómica mucho más grande, menos exposición del paciente a la radiación, requiere menos procedimientos técnicos.

F. Indicaciones

- ✓ Para niños de 10 a 12 años.
- ✓ La presencia de caries dentales o la extensión de las caries dentales y si existe contacto con el nervio dental.
- ✓ La presencia de procesos infecciosos que se han extendido más allá del diente.
- ✓ Resorciones radiculares producidas por procesos infecciosos o por efectos traumáticos, al igual que por ortodoncia.
- ✓ También se pueden valorar las estructuras anatómicas tales como la articulación temporomandibular, los senos maxilares, el tabique nasal y la presencia de asimetrías óseas.

G. Contraindicaciones

- ✓ Para menores 6 años de edad.
- ✓ Se debe consultar con el médico antes de realizar la radiografía en el caso de: Embarazo y lactancia o toma de medicación.

H. Complicaciones

- ✓ Las mujeres siempre deberían informar a sus dentistas o cirujanos orales si existe cualquier posibilidad de que estén embarazadas.
- ✓ Paciente Embarazada: que no conocía su estado de gravidez al momento que se le indico el estudio radiológico se le ofrecerá dos opciones:
 - i. Esperar oportunidad de atención el mismo día en odontología general.
 - ii. En caso no acepte esperar en Hospital Policlínico Zacamil, deberá retornar a su centro de referencia para llenado consentimiento informado y Solicitud-Respuesta de Examen Radiológico.

I. Recurso**• Humano**

- ✓ Asistente dental o médico odontólogo, en caso de ser necesario.

• Equipo e insumos

- ✓ Rayos X panorámico.
- ✓ Barreras de protección a pacientes en los casos que lo ameriten (embarazada, tiroideo y menores de edad).
- ✓ Silla de ruedas, en caso de ser necesario.
- ✓ Perchero para colocar ropas de pacientes.
- ✓ Depósito para colocar objetos de metal (lentes, pendientes, collares, piercing, entre otros).
- ✓ Disponibilidad de baño para paciente.

• Papelería

- ✓ Registro en libro de control.
- ✓ Hoja de referencia, retorno e interconsulta. Código SAFISSS 130100239 (Código anterior SAFISSS 130201331).
- ✓ Solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimientos. Código SAFISSS 130100240 (Código anterior SAFISSS 130201105).
- ✓ Consentimiento informado para ingreso, procedimiento, estudios radiológicos e intervención quirúrgica. Código SAFISSS 130100014 (Código anterior SAFISSS 130201002).
- ✓ Solicitud-repuesta de examen radiológico. Código SAFISSS 130100440 (Código anterior SAFISSS 130201131).
- ✓ Números de orden para procedimiento.

J. Recepción de pacientes

- Recepcionista atenderá a pacientes por orden de llegada acorde a capacidad instalada, caso contrario se asignará cita.
- Recepcionista valida derecho y entrega números de orden para procedimiento.
 - En caso se marque como estudio "urgente", la jefatura del área evaluará la atención el mismo día.
- El paciente para espera se designará área del servicio de odontología.

K. Previo procedimiento para de toma de Rx Panorámico

- Asistente dental o médico odontólogo llamará a pacientes por orden de llegada.



- b) Revisar pertinencia de Solicitud-respuesta de examen radiológico.
- c) Paciente será orientado sobre proceso de toma de radiografía.

L. Descripción del procedimiento

- a) Asistente dental o médico odontólogo colocará barreras de protección a pacientes en los casos que lo ameriten (embarazada, tiroideo y menores de edad) *.
- b) Asistente dental o médico odontólogo orientará al paciente* la forma en que se ubicará en la unidad radiológica.
- c) El Asistente dental o médico odontólogo responsable ajustará el equipo, ubicará y asegurará la cabeza del paciente en el aparato, si es necesario.
 - El equipo puede ser ajustado para el paciente de pie o en silla de ruedas.
- d) El paciente debe colocarse el protector bucal para asegurar el alineamiento adecuado de los dientes.
 - La ubicación correcta de los dientes y la cabeza es fundamental para obtener una imagen adecuada y clara de los dientes.
- e) El paciente debe mantenerse inmóvil durante unos segundos, mientras el brazo rotativo viaja en un semicírculo alrededor del perímetro de su cabeza, y las imágenes están siendo tomadas.
- f) El Asistente dental o médico odontólogo responsable imprime y entrega la imagen ** al paciente.
- g) El Asistente dental o médico odontólogo responsable anota en registro o libro de control.
 - ✓ Numero de afiliación.
 - ✓ Régimen (cotizante, beneficiario, pensionado).
 - ✓ Sexo.
 - ✓ Nombre y apellido.
 - ✓ Centro que refiere.
 - ✓ Tipo de estudio.
 - ✓ Firma de paciente de entrega de estudio.

M. Tiempo de procedimiento

- ✓ Entre 12 - 15 minutos, como máximo (32 pacientes por turno).

N. Horario

- ✓ Lunes a viernes en horario de 7:00 am -03:00pm.

O. Incapacidad

- ✓ No aplica.

P. Recomendaciones para el operador.

- ✓ El Asistente dental o médico odontólogo que tomará los rayos X panorámico, se colocará detrás de la cabina de protección del equipo, sin perder de vista al paciente durante la toma de la radiografía.

Q. Educación para el paciente

Las radiografías dentales no requieren ninguna preparación especial, lo único es que antes de asistir a consulta si es importante:

1. Cepillarse los dientes para que el dentista trabaje en un ambiente más higiénico dentro de la boca.
2. Procure llevar ropa cómoda y suelta.

• Antes del procedimiento

1. Quitarse parte de su ropa, si fuere el caso, y/o ponerse una bata para el examen.
2. Retirarse las joyas, los aparatos dentales no fijados, los anteojos, y cualquier objeto de metal (Pendientes, collares, piercing) o ropa que pudiera interferir con las imágenes por rayos X.

• Después del procedimiento

1. Después del procedimiento, en caso que el paciente presente náuseas al uso del protector bucal, deberá enjuagarse la boca.

VII. Responsabilidades**• Director local.**

- a) Monitoreo y apoyo al servicio de odontología de su centro de atención.
- b) Divulgación, supervisión y seguimiento al cumplimiento de normativas.
- c) Comunicación efectiva con todo el personal del servicio de odontología.

• Administrador local, donde aplique.

- a) Brindar apoyo a servicio de odontología.
- b) Apoyar con personal, suministros de insumos y de oficina.

• Recepcionista.

- a) Recepción de pacientes.
- b) Otorgamiento de citas.
- c) Comunicarse, por medio institucionales a disposición, con los pacientes para confirmar sus próximas citas, responder correos electrónicos y consultar a los pacientes si tienen tratamientos pendientes.

• Asistente dental.

- a) Asistir a los odontólogos durante la consulta.
- b) Higiene del material y la desinfección de las áreas clínicas.



- c) Preparar los materiales, instrumentos y equipos que se requieran,
 - d) Controlar el abastecimiento o desabastecimiento de equipos, materiales e insumos.
 - e) Toma de rayos X panorámicos, cuando aplique.
 - f) Brindar capacitación a pacientes.
- **Higienista dental.**
 - a) Realizar tratamientos dentales (aplicación tópica de flúor para prevenir la caries dental y remineralizar el esmalte, sellar fosas y fisuras, pulir empastes, limpiezas bucodentales y los tratamientos iniciales de enfermedades periodontales.).
 - b) Educar a los pacientes en el desarrollo de mejores regímenes de higiene bucal.
 - c) Brindar capacitación a pacientes.
- **Odontólogo general y especialidades.**
 - a) Interrogatorio al paciente sobre el motivo de su consulta y su estado de salud general.
 - b) Diagnóstico.
 - c) Llenado de ficha completa.
 - d) Realizar el Plan de Tratamiento Integral.
 - e) Realizar procedimientos clínico-diagnósticos y tratamiento de pacientes.
 - f) Realizar referencia, retorno e interconsulta de pacientes.
 - g) Toma de rayos X panorámicos, donde aplique.
 - h) Brindar capacitación a pacientes.
- **Maxilofacial.**
 - a) Realizar procedimientos clínico-diagnósticos y tratamiento de pacientes.
 - b) Revisión de problemas tempero-mandibular (mandíbula, la lengua, las glándulas salivales y el sistema nervioso de la cabeza).
 - c) Detección signos de cáncer oral en un examen dental preventivo.
 - d) Realizar referencia, retorno e interconsulta de pacientes.
 - e) Toma de rayos X panorámicos, donde aplique.
 - f) Brindar capacitación a pacientes.
- **Odontólogo Itinerante.**
 - a) Brinda servicios odontológicos a empleados(as) de empresas adscritas, según portafolio de servicios.
 - b) Realizar referencia, retorno e interconsulta de pacientes.
 - c) Realizar procedimientos clínico-diagnósticos y tratamiento de pacientes.
 - d) Brindar atención correctiva a problemas bucales de los empleados o empleadas de empresas.



- e) Brindar atención de manera preventiva para la salud bucal de los empleados de la institución y sus familiares.
- f) Brindar capacitación a pacientes.
- **Coordinador odontológico (Local)**
 - a) Realizar plan de trabajo odontológico a nivel local.
 - b) Supervisa a especialidad odontología de los centros de adscripción (Unidades médicas, clínicas comunales y clínicas empresariales).
 - c) Planifica y realizar campañas de educación en salud bucal en centro local y de adscripción.
 - d) Autorización y monitoreo de referencia, retorno e interconsulta de pacientes.
 - e) Monitoreo de procedimientos clínico-diagnósticos y tratamiento de pacientes.
 - f) Gestionar capacitación a personal bajo su responsabilidad.
- **Coordinador institucional de odontología.**
 - a) Realizar plan de Trabajo odontológico a nivel nacional.
 - b) Coordinar, supervisar y evaluar el trabajo de las clínicas odontológicas y gestionar la atención oportuna de los requerimientos necesarios para la prestación del servicio odontológico.
 - c) Gestiona y elabora normas, manuales de procedimientos técnicos administrativos y operativos para prevenir detectar y manejar de forma oportuna las patologías buco dentales.
 - d) Realiza informes sobre actividades institucionales que determinen resultados de las actividades realizadas en las clínicas.

VIII. Formularios

1. Hoja de referencia, retorno e interconsulta. Código SAFISSS 130100239 (Código anterior SAFISSS 130201331).
2. Solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimientos. Código SAFISSS 130100240 (Código anterior SAFISSS 130201105).
3. Consentimiento informado para ingreso, procedimiento, estudios radiológicos e intervención quirúrgica. Código SAFISSS 130100014 (Código anterior SAFISSS 130201002).
4. Solicitud-repuesta de examen radiológico. Código SAFISSS 130100440 (Código anterior SAFISSS 130201131).

IX. Personal que participó en actualización del documento

Equipo normativo.

Nombre	Puesto	Dependencia
Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala	Jefa	Sección Normalización UDI
Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano	Analista	Sección Normalización UDI
Licda. Renata Vásquez de Vásquez	Jefa de Departamento	Depto. Gestión de la Calidad

Equipo técnico coordinador

Nombre	Puesto	Dependencia
Dra. Ana G. Contreras de Miranda	Coordinadora Institucional de Odontología.	Unidad Gestión de la Calidad de Servicios Médicos y Odontológicos
Dra. Erika Bonnie Pérez Nochez.	Colaborador Téc. de Salud II	Depto. Monitoreo de Redes Integrales de Salud.

Equipo que actualizó el documento

Nombre	Puesto	Dependencia
Dr. Raúl Marroquín Meléndez	Coordinador odontológico	Hospital Policlínico Zacamil
Dr. Sergio E. Fernández rubio	Coordinador odontológico	Unidad Médica Ilopango
Dra. Zuleima E. Bichara de Morales	Coordinador odontológico	Unidad Médica 15 de Septiembre
Licda. Angélica María Reyes	Superv. Prot. Radiológica.	Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico.
Dra. Erika Bonnie Pérez	Colaborador Técnico II	Depto. Monitoreo Redes Integrales de Salud.
Dra. Ana G. Contreras de Miranda	Coordinadora Institucional Odontología	Unidad Gestión de Calidad

Equipo que revisó el documento

Nombre	Puesto	Dependencia
Dr. Raúl Marroquín Meléndez	Coordinador odontológico	Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Elisa Polanco de Nasser	Odontopediatra	Unidad Médica Ciudad Delgado
Dra. Lorena Peña Chang	Periodoncista	Unidad Médica San Jacinto
Dra. Patricia Hidalgo de Gámez	Endodoncista	Unidad Médica Santa Tecla
Rosa Mirian Sánchez de Moz	Higienista dental	Unidad Médica 15 de Septiembre
Carlos Miguel Domínguez Molina	Asistente dental	Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Erika Bonnie Pérez	Colaborador Técnico II	Depto. Monitoreo Redes Integrales de Salud
Dra. Ana G. Contreras de Miranda	Coordinadora Institucional Odontología	Unidad Gestión de Calidad

Equipo de validación del documento

Nombre	Puesto	Dependencia
Dra. Iris Noemí Licona Velásquez	Odontólogo general	Unidad Médica Atlacatl
Dra. Rosa Elida Zelaya Rodríguez	Odontólogo general	Unidad Médica Soyapango
Dr. Miguel Ángel García Figueroa	Odontólogo general	Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Lorena Vela de Membreño	Odontólogo general	Unidad Médica Ilopango
Dra. Norma D. Marroquín Lemus	Odontólogo general	Unidad Médica Apopa
Dra. Hilda Beatriz Peña Canjura	Odontólogo general	Unidad Médica Santa Tecla
Dr. Nelson Odmaro Valle	Endodoncista	Hospital Policlínico Zacamil
Dr. Rigoberto Mendoza	Endodoncista	Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Karla Y. Pineda de Guzmán	Endodoncista	Unidad Médica Soyapango
Dr. Carlos Navarrete	Endodoncista	Unidad Médica San Jacinto
Dra. Sofía Irene Mejía Hernández	Periodoncista	Unidad Médica Quezaltepeque
Dra. Zuleima E. Bichara de Morales	Periodoncista	Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Nelly Arias.	Periodoncista	Unidad Médica San Jacinto
Dra. Lorena Peña Chang	Periodoncista	Unidad Médica San Jacinto
Dra. Patricia Reyes de Vásquez	Odontopediatra	Unidad Médica Soyapango
Dra. Carolina Góchez	Odontopediatra	Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Elisa Polanco de Nasser	Odontopediatra	Unidad Médica Ciudad Delgado
Dra. Jenny Marisol Mejía Méndez	Odontopediatra	Unidad Médica Ilopango
Dra. Abigail Echeverría Reyes	Odontopediatra	Unidad Médica Lourdes
Dr. Geovanny Ramírez	Odontopediatra	Unidad Médica Santa Ana
Dra. Erika Bonnie Pérez	Colaborador Técnico II	Depto. Monitoreo Redes Integrales de Salud
Dra. Ana G. Contreras de Miranda	Coordinadora Institucional Odontología	Unidad Gestión de Calidad




X. Registro de actualización del documento

	Manual de procedimiento en salud de odontología ISSS		MPS-007
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0	Enero 2017	Manual técnico de odontología del ISSS.	Dr. Ricardo Cea Rouanet.
1	Febrero 2024	Se actualiza documento sustituyendo al Manual técnico de odontología del ISSS. Enero 2017.	Dra. Mónica G. Ayala



XI. Anexos


Anexo 1. Solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimiento. Código SAFISS 130100240

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD SOLICITUD DE INTERCONSULTA, EVALUACIÓN PREOPERATORIA, REFERENCIA A ODONTOLOGÍA GENERAL Y PROCEDIMIENTOS	SELO CENTRO DE ATENCIÓN Ó SERVICIO SOLICITANTE
<input type="checkbox"/> Interconsulta	<input type="checkbox"/> Evaluación Preoperatoria	<input type="checkbox"/> Referencia a Odontología General
<input type="checkbox"/> Procedimientos diagnósticos ó terapéuticos: _____ (Especifique)		
<input type="checkbox"/> Otros: _____		
_____ (Apellidos y Nombres del Paciente)		_____ (N° Afiliación)
_____ Dependencia a la que se le solicita la prestación		_____ Fecha
Diagnóstico: _____		
Información relevante: _____ _____ _____ _____		
C SAFISS 130100240.		
_____ Firma y sello Médico solicitante		_____ VoBo Director Centro de Atención ó Designado (cuando la realización de un procedimiento lo requiera)

INTERCONSULTA: Procedimiento mediante el cual el médico tratante solicita del criterio y experticias de otro profesional de la salud para el manejo de un caso individual, siendo necesario que el profesional que atiende la interconsulta conozca el expediente y la historia clínica del paciente, así como que realice la exploración física que corresponda según el caso.



Anexo 3. Consentimiento informado para ingreso, procedimiento, estudios radiológicos e intervención quirúrgica. Código SAFISS 130100014



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INGRESO, PROCEDIMIENTO, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

INGRESO
 PROCEDIMIENTO
 INTERVENCIÓN QUIRURGICA
 ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

CENTRO DE ATENCIÓN:	FECHA:	HORA:	am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PACIENTE:	N° AFILIACION/DUI/CARNÉ DE MINORIDAD:		
NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR; DENEGAR O SER MENOR DE EDAD).		Parentesco del menor Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/>	

DATOS DE RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL

DOMICILIO:	EDAD:	PROFESIÓN:	TELEFONO:
DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI).	DOCUMENTO QUE ACREDITA AL APODERADO LEGAL.		

1) Yo: _____, voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente declaro que me han informado y explicado el Diagnóstico; Estado de salud, estudio radiológico y/o tratamiento de mi (la) salud (de mi representado) y que se resumen así:
 DETALLE EL NOMBRE DEL ESTUDIO A REALIZAR _____

2) Reconozco que los médicos y/o odontólogos me han explicado **VERBAL y/o POR ESCRITO** los riesgos comunes e inherentes, además de otras complicaciones que pueden presentarse durante y después del ingreso, procedimiento, estudio radiológico o intervención quirúrgica. Así mismo que en anestesia, transfusiones y en la administración de algunos medicamentos, medios de contraste o tratamientos, existen riesgos de reacciones adversas y complicaciones, tales como infecciones nosocomiales; parálisis; daño cerebral, e incluso la muerte; así como se me explicó que el ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica si lo hubiere se aplicaría en beneficio de mi (la) salud (de mi representado). La información proporcionada ha tomado en cuenta los Art. 9, 15, 16, 18 y 27 del **DECRETO N° 37 de la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de la salud**, dejando constancia de lo siguiente (riesgos relevantes; riesgos posibles; naturaleza curativa o no curativa de la intervención):
 Riesgos por estudios radiológicos y uso de medios de contraste:
 Radiaciones ionizantes
 Potencial Daño Renal
 Reacciones adversas
 Complicaciones

C.SAFISS 130100014



CONSENTIMIENTO DENEGATORIA

3) CONSENTIMIENTO: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades OTORGO: mi expresa autorización, para que se me realice _____ que según mi condición clínica y los conocimientos científicos de los médicos, odontólogos y otros profesionales de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, los cuales constan en el presente documento, son necesarios para el restablecimiento de mi salud, por lo que acepto desde ahora dichos riesgos por haberlos entendido plenamente. Al mismo tiempo (Si _____ No _____) autorizo al Instituto para que en caso de fallecimiento me (le) practiquen la autopsia correspondiente para la búsqueda de diagnóstico principal con seguridad razonable o contribuir a la explicación de las complicaciones surgidas.

4) DENEGATORIA: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para que se me realice _____ Y (SOLICITO _____ NO SOLICITO _____) EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de realizar lo descrito anteriormente, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud del hospital, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonero de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

5) ALTA EXIGIDA Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para SER INGRESADO O PERMANECER INGRESADO Y SOLICITO EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de permanecer ingresado, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonero de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

6) Hago constar que están presentes otras personas como testigos de mi voluntad, quienes también escucharon lo expresado por mi persona y según los artículos TRES Y SESENTA Y CINCO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA, Y VEINTIDOS DEL REGLAMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL. Así me expresé, y leído que se hubo todo lo escrito integralmente en un solo acto, manifesté mi conformidad y dije estar redactado a mi voluntad, ratifico su contenido y todos firmamos.

Nombre según DUI de quien consiente deniega _____ Firma y huellas. _____

Nombre de testigo: _____ Edad: _____ Años. Profesión: _____
Domicilio: _____ N° DUI: _____ Firma Testigo: _____

Nombre, Firma y Sello del Médico: _____

En _____ a las _____ horas del día _____
del mes de _____ de _____.

C.SAFISS 130100014




Anexo 4. Solicitud-Respuesta de Examen Radiológico. Código SAFISS 130100440

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD SOLICITUD-RESPUESTA DE EXAMEN RADIOLOGICO														
Enfermedad Común		Accidente Común		Enfermedad Profesional		Accidente de trabajo		Maternidad						
Cotizantes	Pensionados	Cónyuges o Compañ. de vida		Hijos	Padres de Empleados	Cesantes		Trabajador Doméstico						
Sello de Clínica o Servicio														
Nombre														
Expediente N°						Sexo		Edad		¿Está Embarazada?				
						M F		Años		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Estudio														
Investigar														
Datos y Diagnóstico Clínico														
Médico			Firma			Fecha			Técnico					
Diagnóstico Radiológico														
Tamaño Película														
		14X17		14X14		11X14		10X12		9.5X9.5		8X10		6.5X8.5
NOTA: ESTIMADA PACIENTE, NO MANCHE NI MALTRATE ESTA BOLETA, SERVIRÁ PARA LA CONTESTACIÓN DE SU EXAMEN.														
<hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> Nombre, Firma y Sello de Médico Radiólogo														
ADVERTENCIA: Estimada paciente, si usted está entre los 15 y 49 años de edad y cree estar embarazada, es recomendable no tomarse la radiografía y notifiquele inmediatamente al Médico Radiólogo.										C.SAFISS 130100440				



XII. Registro de adendas

	Manual de procedimiento en salud de odontología ISSS		MPS-007
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			