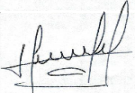
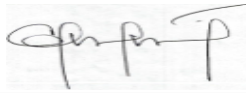





PROCEDIMIENTO DE ODONTOLOGÍA

	ACTUALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
FIRMA			
NOMBRE	Harold Rodrigo Ibarra	Carlos Orlando Cedeño Cabrera	Sergio Mauricio Zúñiga Ramírez
CARGO	Líder Odontología	Subdirector Científico	Gerente
FECHA	02/05/2014	05/05/2014	07/05/2014



CONTENIDO

1. OBJETIVO	4
2. ALCANCE.....	4
3. RESPONSABLES.....	4
3.1 ACTIVIDADES DEL ODONTÓLOGO COORDINADOR DEL ÁREA DE ODONTOLOGIA:	5
3.2 ACTIVIDADES DEL ODONTÓLOGO	6
3.3 ACTIVIDADES DEL HIGIENISTA ORAL	7
3.4 ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA.....	8
4. DEFINICIONES.....	9
5. GENERALIDADES.....	24
5.1 SOLICITUD DE CONSULTA DE ODONTOLOGIA, FACTURACION Y TRÁMITES ADMINISTRATIVOS	24
5.2 POLITICAS DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	25
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA	27
6.1 EXAMEN CLÍNICO DE PRIMERA VEZ COD. 36101	27
6.2 CONSULTA GESTANTE COD. 890203	32
6.3 RADIOGRAFÍAS INTRAORALES COD. 36103.....	39
6.4 OBTURACIÓN DE UNA SUPERFICIE EN AMALGAMA DE PLATA COD. 232101	45
6.5 OBTURACIÓN DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO CÓDIGO 36203.....	53
6.6 OBTURACIÓN EN IONÓMERO DE VIDRIO CODIGO 36205	59
6.7 RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO COD. 36209.....	61
6.8 RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO COD. 36210.....	63
6.9 TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES UNIRADICULARES CON RADIOGRAFÍA PREVIA Y DE CONTROL COD. 36401.....	65
6.10 TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES UNIRADICULARES CON RADIOGRAFÍA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX. COD. 36403.....	67
6.11 EXODONCIA SIMPLE DE UNIRRADICULARES COD. 36601	69
6.12 EXODONCIA SIMPLE DE MULTIRRADICULARES COD. 36602.....	72



**E.S.E. MUNICIPAL
MANUEL CASTRO TOVAR**
Calidez y Calidad para Todos
NIT. 813.005.295-8

6.13 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HEMORRAGIA POST EXODONCIA O POR ALVEOLITIS COD. 36613	75
6.14 URGENCIAS COD. 36102.....	77
LISTA DE ANEXOS	88

COPIA NO CONTROLADA



1. OBJETIVO

Construir un protocolo para la consulta odontológica de primer nivel de atención, que suministre al profesional una orientación que le brinde la posibilidad de apoyarse en una correcta técnica terapéutica para abordar una misma patología brindando a todos los pacientes la resolución a sus necesidades y así comparar resultados, evaluar el servicio, planear y administrar el recurso; De esta manera fortalecer el desempeño clínico de los odontólogos y proteger a los pacientes de los potenciales riesgos en la atención clínica.

2. ALCANCE

Este documento se denomina Procedimiento Técnico para el primer nivel de atención en salud oral, para los Odontólogos que laboran en la ESE MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR; en él se documentan los pasos a seguir para la realización de los procedimientos preventivos y terapéuticos acertados. No se trata de un listado de actividades a realizar, se trata de aportar una apropiada sustentación científica con revisiones teóricas, aplicabilidad clínica, donde se recopilan las actividades que se brindan en el portafolio de servicios de la empresa que el odontólogo general debe manejar de acuerdo con protocolos establecidos y así atender toda la población que solicite los servicios de odontología de primer nivel en la institución sin discriminación alguna.

3. RESPONSABLES

El personal encargado llevar a cabo el desarrollo de las actividades en está encabezado por el ODONTOLOGO COORDINADOR, ODONTOLOGO GENERAL, LA HIGIENISTA ORAL Y LA AUXILIAR DE CONSULTORIO ODONTOLOGICO.



3.1 ACTIVIDADES DEL ODONTÓLOGO COORDINADOR DEL ÁREA DE ODONTOLOGÍA:

- ✚ Establecer y mantener las relaciones de coordinación con las demás dependencias de la institución para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.
- ✚ Rendir oportuna y eficazmente la información solicitada.
- ✚ Verificar el mantenimiento preventivo de los equipos y elementos odontológicos bajo su cuidado.
- ✚ Informar a la dirección sobre el desarrollo de los planes y programas de salud oral del área.
- ✚ Asistir a las reuniones que sobre participación de la comunidad se realicen en su área.
- ✚ Participar en el diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población del área de influencia.
- ✚ Efectuar consulta odontológica ambulatoria realizando los tratamientos que se deban ejecutar a ese nivel.
- ✚ Remitir los pacientes que lo requieran al nivel superior de atención conforme a las normas establecidas.
- ✚ Participar en los programas de promoción, educación y prevención de enfermedades orales en la comunidad.
- ✚ Solicitar oportunamente los recursos necesarios de acuerdo a programación de suministros y promover la utilización racional de insumos los disponibles.
- ✚ Evaluar las actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral en la comunidad.
- ✚ Supervisar, asesorar, capacitar al personal auxiliar que realice labores en su área.
- ✚ Rendir oportuna y eficazmente la información solicitada.



- ✚ Informar a la dirección sobre el desarrollo de los planes y programas de salud oral del área.
- ✚ Custodiar y responder por los elementos y equipos de trabajo a su cargo.
- ✚ Ser parte del comité de Historias Clínicas, bioseguridad y demás que sean solicitados.
- ✚ Rendir informes mensuales sobre productividad y gasto de materiales odontológicos, y demás que sean solicitados.
- ✚ Velar por el cumplimiento de las metas de promoción y prevención.
- ✚ Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

3.2 ACTIVIDADES DEL ODONTÓLOGO

- ✚ Participar en el diagnóstico y pronóstico del estado de salud de la población del área de influencia
- ✚ Efectuar consulta odontológica ambulatoria realizando los tratamientos que se deban ejecutar a ese nivel.
- ✚ Remitir los pacientes que lo requieran al nivel superior de atención conforme a las normas establecidas
- ✚ Participar en los programas de promoción, educación y prevención de enfermedades orales en la comunidad
- ✚ Solicitar oportunamente los recursos necesarios de acuerdo a programación de suministros y promover la utilización racional de los disponibles.
- ✚ Evaluar las actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral en la comunidad.
- ✚ Supervisar, asesorar, capacitar al personal auxiliar que realice labores en su área.



- ✚ Rendir oportuna y eficazmente la información solicitada.
- ✚ Dar el mantenimiento preventivo de los equipos y elementos odontológicos bajo su cuidado.
- ✚ Informar a la dirección sobre el desarrollo de los planes y programas de salud oral del área.
- ✚ Asistir a las reuniones que sobre participación de la comunidad se realicen en su área.
- ✚ Custodiar y responder por los elementos y equipos de trabajo a su cargo.
- ✚ Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

3.3 ACTIVIDADES DEL HIGIENISTA ORAL

- ✚ Detectar y controlar placa dental en los pacientes y realizar profilaxis coronal
- ✚ Participar en el programa de sus actividades.
- ✚ Preparar y esterilizar el instrumental, equipo y materiales respectivos para la atención de los usuarios de promoción y prevención.
- ✚ Verificar existencia y conservación de insumos.
- ✚ Diligenciar registros según normas.
- ✚ Preparar el ambiente del consultorio odontológico para el trabajo.
- ✚ Preparar el material didáctico para realizar actividades comunitarias y educativas de salud oral.
- ✚ Llevar registros sobre el control y pedido de insumos para el consultorio odontológico.
- ✚ Realizar acciones preventivas de las enfermedades bucales.
- ✚ Cumplir con las metas de promoción y prevención según matrices de programación de cada una de las aseguradoras con las que la E.S.E. contrata.



- ✚ Diligenciar información para programas preventivos.
- ✚ Velar por el mantenimiento y cuidado de los equipos e instrumental.
- ✚ Participar en las brigadas de salud de acuerdo a la programación.
- ✚ Rendir oportuna y eficazmente la información solicitada.
- ✚ Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.

3.4 ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA

- ✚ Mantener el consultorio odontológico ordenado.
- ✚ Preparar los materiales y medicamentos que se requieren en la atención diaria del paciente.
- ✚ Preparar y esterilizar el instrumental, equipo y materiales respectivos y alcanzar el instrumental al odontólogo.
- ✚ Colaborar en los informes y registros según normas establecidas.
- ✚ Colaborar y asistir a las odontólogas en las brigadas de salud.
- ✚ Colaborar en los programas de promoción, educación y prevención de enfermedades orales en la comunidad.
- ✚ Velar por el mantenimiento y cuidado de los equipos e instrumental.
- ✚ Colaborar para que los pacientes cancelen el valor respectivo por el servicio prestado.
- ✚ Realizar el proceso de facturación generado en el consultorio y en las brigadas extramurales.
- ✚ Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del cargo.



4. DEFINICIONES

Agencias dentales: ausencia congénita —de nacimiento— de algún diente.

Alvéolo dental: hueco del hueso que aloja las raíces de los dientes.

Alveolitis: inflamación del alveolo tras una extracción dentaria.

Anquilosis dental: unión directa entre algún punto de la superficie radicular de un diente y el hueso alveolar que impide que ese diente pueda moverse.

Arcadas dentales: la disposición en forma de arco de los dientes en el hueso

Articulaciones témporo-mandibulares (ATM): son las articulaciones que unen la mandíbula con el cráneo.

Apiñamiento dental: mala colocación de los dientes por falta de espacio.

Apnea del sueño: la apnea es una interrupción temporal e involuntaria de la respiración que ocurre durante el sueño y que impide que el oxígeno llegue correctamente a los pulmones debido a una relajación de los músculos de la garganta. Este trastorno provoca un mal descanso nocturno que se traduce en cansancio y falta de energía durante el día. La apnea está relacionada con la edad, el sobrepeso y ciertas constituciones físicas, y predomina en los varones.

Arco lingual: aparato de ortodoncia frecuentemente usado para evitar perder espacio en la arcada inferior cuando se pierde de forma prematura una diente temporal. Está formado por dos bandas que normalmente se colocan en los primeros molares inferiores y un alambre que los une y recorre la superficie interna de los dientes.



Arco palatino: aparato de ortodoncia formado por dos bandas frecuentemente colocadas en los primeros molares superiores un alambre que las une que discurre por la parte interna de los dientes.

Arco de ortodoncia: es el alambre que se utiliza en los tratamientos de ortodoncia con brackets. Es la parte responsable del movimiento dentario. Durante el tratamiento se utilizan arcos de diferentes secciones y aleaciones.

Atache: son elementos para facilitar el movimiento dentario con alineadores durante el tratamiento con Invisalign.

Blanqueamiento: es un tratamiento estético para reducir varios tonos el color del diente, dejando los dientes más blancos. Permite eliminar manchas producidas por medicamentos o por alimentos como el té, café, vino, etc. Se hace aplicando sobre los dientes unos geles que actúan químicamente a través del oxígeno que contienen. No tienen ningún efecto sobre las restauraciones (empastes, prótesis, etc.)

Bolsa subgingival: indica la presencia de un surco gingival anormalmente profundo resultado de una gingivitis o de una periodontitis.

Botón: aditamento que se pega a la superficie de los dientes para enganchar elásticos durante el tratamiento de ortodoncia.

Bracket: es el componente de los aparatos de ortodoncia fija que se pega a cada uno de los dientes y que sirve de anclaje para que puedan ser movidos. Pueden ser de metal o cerámica.

Bruxismo: movimientos no funcionales de la mandíbula, conscientes o inconscientes, que provocan un apretamiento o rechinamiento excesivo.



Carillas de porcelana: tratamiento que tiene como objetivo corregir problemas estéticos o patológicos de los dientes a través de la colocación de una lámina más o menos fina de porcelana que se adhiere al diente cubriendo su cara frontal. Confeccionadas fuera de la boca, en el laboratorio, se usan normalmente en casos en donde se requiera de la más alta estética o problemas mayores donde el comportamiento en bloque del [composite](#) no pueda satisfacer la necesidad cosmética.

Carillas de composite: tratamiento que tiene como objetivo corregir problemas estéticos o patológicos de los dientes a través de la colocación de una lámina más o menos fina de composite que se adhiere al diente cubriendo su cara frontal. Normalmente son utilizadas para correcciones de problemas de menor tamaño, en donde se busque una mayor conservación de la estructura dental logrando un buen efecto estético. Se les puede confeccionar intraoralmente o de modo indirecto sobre un modelo del paciente.

Canino: es el diente que normalmente se conoce como colmillo. Su función es la de desgarrar lateralmente los alimentos.

Caninos incluidos: a veces los caninos (u otros dientes) quedan retenidos dentro del hueso sin poder erupcionar. Estos dientes en su inclusión o en los intentos de erupción producen una serie de accidentes de tipo infeccioso, mecánico, reflejo y tumoral que aconsejan su extracción; otras veces la exodoncia practicada en una fase precoz previene la aparición de esta fenomenología. En otras ocasiones, un tratamiento combinado quirúrgico-ortodóncico, permitirá conducir al diente a su alojamiento definitivo.

Cirugía periodontal: se realiza en la encía y el hueso alveolar para (a) facilitar el acceso a los depósitos subgingivales de placa –por dentro de la encía y en profundidad-



y, (b) para corregir los defectos en forma, posición y/o tamaño tanto de la encía como del hueso que soporta el diente.

Composite: es una resina combinada con material orgánico e inorgánico, generalmente de cuarzo. Se utiliza para restaurar dientes –caries, fracturas, etc.- y para cementar los brackets.

Corona clínica: es la parte del diente que no está cubierta por la encía; la que vemos.

Coronas de zirconio: El zirconio, o más concretamente el óxido de zirconio es un material muy biocompatible y de color blanco. Estas dos cualidades lo hacen muy interesante para el uso dental. En los últimos años se ha empezado a utilizar para la realización de coronas y prótesis dentales de alta calidad, dado que las propiedades de este material permiten la eliminación de las clásicas estructuras de metal que hasta ahora tenían todas las coronas y puentes de cerámica.

Dentina: componente principal de los dientes, que envuelve la pulpa dental y está cubierta por el esmalte (en la corona) y el cemento (en la raíz del diente). Tiene una estructura parecida al hueso y un color amarillento. Se compone de canales microscópicos llamados túbulos dentinarios, que irradian hacia el exterior a través de la dentina desde la pulpa al esmalte del diente. Los túbulos albergan unas fibras nerviosas capaces de transferir sensación de dolor ante el frío, el calor o el tacto.

Diastema: espacio entre dos dientes que deberían estar juntos.

Disfunciones témporo-mandibulares: es el nombre genérico que engloba las alteraciones del sistema masticatorio.



Elástico—gomas, de ortodoncia: elementos elásticos empleados en los tratamientos de ortodoncia para desplazar los dientes de una arcada apoyándonos en la otra.

Encía: tejido que cubre el interior de la boca.

Endodoncia: tratamiento dental que consiste en la limpiar (quitar el tejido necrótico y la bacterias) el interior de un diente o molar y el posterior relleno del espacio ocupado por aquel con un material sintético.

Engranajes musculares: son una forma determinada –programada- de funcionamiento de la musculatura masticatoria. Son aprendidos de forma inconsciente por el sistema nervioso y permiten un funcionamiento eficiente del sistema masticatorio minimizando los daños en la dentición.

Erupción pasiva alterada: la erupción dentaria (salida de los dientes) consta de dos fases bien diferenciadas: la erupción activa y la erupción pasiva. La erupción activa es el movimiento que realiza el diente en hasta contactar con su antagonista (el diente de la arcada opuesta). Este proceso es seguido de la erupción pasiva, que consiste en un movimiento de la encía hacia arriba en la arcada superior y hacia abajo en la arcada inferior, de manera que la cantidad de corona (parte visible del diente) expuesta aumenta. Cuando este movimiento de la encía no se produce, la corona del diente queda parcialmente cubierta por encía y esto confiere una apariencia poco estética de “dientes pequeños”.

Estomatitis: (Del griego stoma, boca). Nombre genérico dado a las inflamaciones de la mucosa bucal.

Exodoncia: extracción de un diente.



Extrusión: movimiento en sentido vertical de un diente en la dirección opuesta a la encía.

Festón gingival: es la forma que adopta el borde de la encía cuando rodea a los dientes.

Gingivitis: es una irritación y/o inflamación de las encías, la más frecuente con diferencia, causada por la placa bacteriana que se acumula en los pequeños espacios que se encuentran entre las encías y los dientes. Con los años, la gingivitis puede desembocar, en individuos genéticamente susceptibles, en una periodontitis donde se produce pérdida del hueso que soporta los dientes.

Gingivoestomatitis: inflamación de las encías y de las mucosas bucales.

Halitosis: mal aliento. La causa principal del mal aliento es la putrefacción bacteriana de las sustancias químicas presentes en la boca. Podemos dividir la halitosis en dos grupos principales: las **halitosis transitorias** (cualquiera puede padecer mal aliento tras haber ingerido ciertos alimentos como el ajo, la cebolla y algunas comidas especiadas) que son en cierto modo un fenómeno normal, y las **halitosis crónicas**, que pueden deberse a muy distintas causas que conviene controlar. La halitosis es un problema de salud que afecta con mayor o menor intensidad en algún momento de la vida al 50% de la población. La mala higiene bucal suele ser la causa más habitual del mal aliento, en estos casos una simple modificación de los hábitos higiénicos que incluya un cepillado de dientes regular tras las comidas principales, el uso del hilo dental y al menos una visita anual al dentista para realizar una revisión y una higiene más profunda de la boca, pueden ayudar a muchas personas a resolver el problema del mal aliento. También pueden ser de utilidad el uso de cepillos específicos para la limpieza de la lengua.



Ciertas enfermedades pueden causar el mal aliento crónico, produciendo cada una de ellas un olor característico. Las patologías dentales, la diabetes, la anorexia, la sinusitis, la faringitis y ciertas enfermedades estomacales son causas comunes de mal aliento. También puede provocar mal aliento el uso de ciertos medicamentos como los antihistamínicos o los antidepresivos y el uso de prótesis dentales inadecuadas. Otra causa importante del mal aliento es la sequedad de la boca. Los pacientes con boca seca crónica sufren casi siempre de halitosis y en general cualquier circunstancia que provoque una escasez de saliva o sequedad bucal puede producirnos mal aliento. Por este motivo es muy frecuente el mal aliento matinal, dado que durante la noche se produce menos saliva; también el mal aliento en épocas de estrés, o en personas que respiran habitualmente por la boca, o en fumadores. Una función salival debilitada perjudica también la salud de las encías y nos hace más propensos a padecer enfermedades periodontales. En algunos casos la masticación de ciertos tipos de chicles puede ayudar a restablecer una mejor función salival y evitar los problemas de la boca seca. En la consulta dental hay que destacar la labor de las higienistas dentales puesto que es muy interesante para resolver este problema, dado que ellas están capacitadas para explicar a los pacientes la manera correcta de limpiarse la boca y cómo ciertos hábitos sencillos pueden ayudar a todo el mundo a mejorar no solamente la salud dental sino la salud general

Hilo dental: o cinta dental. Utilizado para eliminar los restos de comida y de placa dental atrapada entre los dientes.

Hiperactividad muscular: ocurre cuando un músculo o grupo de músculos presentan una actividad muscular incrementada por encima de la necesaria para realizar una función determinada.



Hipodontia: ausencia de cierto número de dientes.

Hueso alveolar: es el hueso, en forma de herradura, que contiene las arcadas dentales con sus dientes.

Implante –dental: es un sustituto artificial de la raíz dental sobre el que se apoya la prótesis dental de uno o varios dientes. Hechos de titanio, los implantes se osteointegran con el hueso que los rodea –fusión del hueso con la superficie del implante.

Impresión dental: es una representación exacta de una parte o de toda de la dentición de una persona, en «negativo». Se lleva a cabo introduciendo una pasta viscosa en la boca que cuando se endurece retiene la forma de los dientes y de las encías. A continuación se rellena con yeso para producir el molde dental.

Incisivos: son los dientes más anteriores de la boca. Hay cuatro en cada arcada, siendo los superiores más anchos que los inferiores. Tienen forma de pala, terminando en un borde en su extremo libre. Su función es la de cortar la comida durante la masticación.

Inclusión dentaria: imposibilidad de erupción del diente del juicio rodeado por el tejido óseo del maxilar.

Injerto de encía: es el nombre genérico para una serie de procedimientos de cirugía periodontal destinados al recubrimiento de una raíz dental expuesta con un injerto de tejido de la boca.

Intercuspidadación: (máxima) se produce al cerrar la boca con ambas arcadas encajando de la forma más eficiente y estable.



Impactado: (dientes) o incluido. Cuando un diente está por debajo de la superficie de la encía y a veces del hueso en lugar de erupcionar en su posición en la arcada dental. Los terceros molares y los caninos superiores son los dientes más frecuentemente impactados.

Impresión dental: es una representación exacta de una parte o de toda de la dentición de una persona, en «negativo». Se lleva a cabo introduciendo una pasta viscosa en la boca que cuando se endurece retiene la forma de los dientes y de las encías. A continuación se rellena con yeso para producir el molde dental.

Laminados de cerámica: son finas facetas de cerámica, con las características anatómicas de la cara vestibular de los dientes, que se pegan a las superficies de los mismos para restaurarlos o hacerlos más blancos.

Ligamento periodontal: son las fibras que unen la raíz del diente al hueso alveolar que lo soporta.

Lingual–cara: se refiere a la superficie interior de los dientes que están en contacto con la lengua.

Maloclusión: mal cierre o mal encaje entre los dientes y los maxilares. Condición patológica caracterizada por no darse la relación normal de las piezas dentales con las demás en la misma arcada, o con las de la arcada antagonista.

Mandíbula: hueso móvil, simétrico, impar y medio, con forma de herradura, configurando por si solo el maxilar inferior, como también se le denomina.

Manicura dental: consiste en realizar un recontorneado tridimensional de los dientes anteriores durante la ortodoncia –cosmética dental-, para eliminar o camuflar: (a) el



desgaste dental de los bordes de los dientes y/o (b) los triángulos negros presentes entre los dientes.

Margen gingival: es el borde de la encía que rodea los dientes en forma de collar, festón.

Maxilar superior: en realidad está formado de dos huesos simétricos unidos en la mitad del paladar, llamados maxilares; conforma buena parte del esqueleto facial superior. Por su parte inferior forma el paladar y los rebordes óseos que albergan los dientes.

Maxilares: cuando en plural se refiere a los dos, el maxilar superior y el maxilar inferior o mandíbula.

Mentón: es la parte anterior más prominente de la mandíbula.

Modelos dentales: son copias exactas en yeso de las arcadas dentales.

Molares: son los dientes posteriores de la boca; hay seis en cada arcada; presentan una gran superficie de contacto para triturar la comida.

Mordida abierta dental: es un tipo de mal oclusión dental en el que los dientes anteriores, y a veces muchos de los posteriores, no están en contacto. Suele ser el resultado de un crecimiento divergente de ambos maxilares.

Muelas del juicio: ver [terceros molares](#)

Obturación dental: o empaste es el resultado de colocar un material que se utiliza con el fin de restaurar los dientes dañados principalmente por caries.



Oclusión: hace referencia a la manera en que los dientes de ambas arcadas encajan cuando se cierra la boca.

Osteointegración (implantes dentales): Es como se denomina el tipo de unión (adherencia) que produce entre el titanio de la superficie del implante y el hueso que lo rodea, después de su colocación. Fue descrito por el Dr. Branemark en 1952.

Ortodoncia: es la especialidad de la odontología que se ocupa del estudio y tratamiento de las malas oclusiones. Del griego: *ortho* de recto, y *odons* de diente.

Ortopedia: es la disciplina médica que se encarga de corregir o de evitar las deformidades del cuerpo humano, por medio de ciertos aparatos o de ejercicios corporales.

Papila interdental: parte de encía que rellena el espacio interdental entre dos dientes adyacentes.

Parafunción: engloba cualquier movimiento mandibular que no obedezca a razones específicas de masticación, habla o deglución. Incluye el bruxismo y el apretamiento dental. No tienen una finalidad útil ni necesaria y sobrecargan el sistema masticatorio.

Parestesia: sensación anormal de hormigueo, adormecimiento o ardor en la piel o mucosas.

Periodoncia: especialidad de la odontología que se encarga del diagnóstico y del tratamiento de los tejidos que rodean y sostienen los dientes.



Periodonto: es el conjunto de tejidos que cubren y soportan los dientes. Incluye la encía, el cemento de la raíz del diente, el ligamento periodontal, el hueso alveolar y el hueso de soporte.

Periodontitis -ver también, [gingivitis](#): es una enfermedad inflamatoria que afecta a los tejidos de soporte del diente. Comporta la pérdida progresiva del hueso que lo sustenta, y que, dejada sin tratamiento, puede conducir a la pérdida definitiva del diente. Está causada por la suma de dos factores: la acumulación de placa bacteriana en la superficie dental y la susceptibilidad del paciente a sufrir dicha enfermedad.

Periodonto grama: es el registro gráfico esquemático de los dientes utilizados en los exámenes orales para determinar la posición de los diferentes componentes del periodonto.

Placa dental: es una película formada mayoritariamente por bacterias, que se acumula en la superficie de los dientes. Si no se elimina regularmente puede causar caries o gingivitis. La placa acumulada puede mineralizarse, formando entonces el sarro.

Premolares: son los dientes que están a continuación de los caninos; tiene dos cúspides, por lo que también se le conoce como bicúspides; hay cuatro en cada arcada, y su función es empezar a desmenuzar los alimentos en partes más pequeñas.

Prognatismo mandibular: es una alteración potencialmente deformante de la cara donde la mandíbula, en el sentido antero posterior, sobrepasa al maxilar superior, resultando en un mentón prominente.

Prótesis dentales: véase prostodoncia



Prostodoncia: es la disciplina dental que se ocupa del reemplazo de los dientes perdidos o ausentes, más las estructuras asociadas, por medio de restauraciones artificiales.

Pulpa dental: la pulpa dental es la parte central del diente llena de tejido blando. Este tejido contiene los vasos sanguíneos y los nervios que entran en el diente desde la raíz. En la frontera entre la dentina y la pulpa están los odontoblastos que son los que inician la formación de dentina. La pulpa es comúnmente llamada “el nervio del diente”.

Punto de contacto: entre dientes; formado por las pequeñas superficies del esmalte que están en contacto -se tocan- entre dos dientes vecinos.

Raíz dental: es la parte del diente no visible y soportada por el hueso alveolar.

Raspado subgingival: su objetivo es eliminar la placa y el sarro acumulado por dentro del surco o bolsa (sub) gingival. Puede llevarse a cabo manualmente con caretas -pequeños cinceles- o automáticamente mediante aparatos de ultrasonidos.

Recesión gingival: hace referencia a la pérdida de encía que cubre el diente y deja parte de la raíz expuesta.

Regeneración tisular guiada: La regeneración tisular guiadao RTG, es una técnica [periodontal](#) por la cual se procede a la restauración del hueso, cemento y [ligamento periodontal](#) a sus niveles originales, antes de ser dañados por la enfermedad periodontal. La regeneración tisular guiada puede ser viable por medio de una gran variedad de procedimientos quirúrgicos incluyendo la técnica del injerto óseo.

Resalte dental: es la distancia o espacio que hay en sentido anteroposterior entre los dientes anteriores superiores y los dientes anteriores inferiores.



Retención -fase de: es como se denomina el periodo de tiempo que viene después de la retirada de los aparatos de ortodoncia. En ella se trabaja activamente en el mantenimiento de las posiciones dentales obtenidas.

Retenedor lingual: es un aparato de retención que se fija permanentemente por detrás de los dientes anteriores de ambas arcadas, después de finalizado el tratamiento de ortodoncia, para mantenerlos estables en el tiempo. Está compuesto de un fino alambre y de *composite* que lo une al diente.

Retrognatismo mandibular: es una alteración potencialmente deformante de la cara donde la mandíbula, en sentido antero posterior, está anormalmente retrasada en relación con el maxilar superior.

Setup dental: es una maqueta de las arcadas dentales con sus dientes obtenida a partir de los modelos e yeso de un paciente.

Sistema masticatorio: está compuesto por huesos, articulaciones, ligamentos, dientes y músculos, además de un complejo sistema neurológico de control que regula y coordina todas estas estructuras. Desde el punto de vista funcional, el sistema masticatorio —la boca— es responsable principalmente de la masticación, el habla y la deglución.

Stripping dental: consiste en la reducción interproximal del esmalte entre los dientes posteriores, y en menor grado de los anteriores, para obtener espacio en la arcada dental para alinear con ortodoncia los dientes apiñados.

Sobre mordida dental: se refiere al solapamiento en sentido vertical de los dientes anteriores superiores sobre los dientes anterior inferiores.



Sonrisa gingival: se define como sonrisa gingival aquella en la que se muestra una cantidad excesiva de encía al sonreír (mayor de tres milímetros). Los motivos por lo que esto puede ocurrir son: hueso maxilar excesivamente largo, labio excesivamente corto, corona (parte visible del diente) excesivamente recubierta de encía (erupción pasiva alterada) o sobremordida excesiva.

Surco gingival: es la bolsa o hendidura virtual que se encuentra entre el diente y la parte marginal de la encía que lo cubre.

TAC –véase, Tomografía axial computarizada.

Terceros molares: o muelas del juicio. Son los molares más que ocupan las posiciones más posteriores en las arcadas dentales, y los últimos en erupcionar. Como el resto de los molares, su función es triturar la comida.

Tomografía axial computarizada o TAC: es una exploración radiológica que produce imágenes detalladas de cortes axiales del cuerpo. En lugar de obtener una imagen como la radiografía convencional, la TAC obtiene múltiples imágenes al rotar alrededor del cuerpo. Un ordenador combina todas estas imágenes en una imagen final que representa un corte del cuerpo como si fuera una rodaja. Esta máquina crea múltiples imágenes en rodajas (cortes) de la parte del cuerpo que está siendo estudiada.

Tono muscular: estado o nivel de contracción de los músculos en reposo.

Torque dental: es el grado de inclinación anteroposterior de los dientes anteriores.

Triángulo negro: pequeño espacio que aparece entre los dientes como resultado de la pérdida completa o parcial de la papila interdental.



Troneras dentales: espacio entre dos dientes ocupado, en condiciones de salud, por el hueso interdental y papila.

5. GENERALIDADES

Este protocolo se realizará con el fin de comprender y entender con más facilidad cada una de las técnicas en los procedimientos de las áreas de odontología de manera más sencilla y concreta.

Se recopilarán técnicas y procedimientos, pero es importante que cada técnica trate de promulgarse con un uso racional y responsable de la misma, con una base diagnóstica sólida y aplicándola con un fundamento académico basado en la evidencia. Por lo que se considera necesario, organizar y socializar una guía de manejo para los procedimientos odontológicos como una alternativa de alta longevidad, baja sensibilidad de la técnica y bajo costo.

Dando cumplimiento a la normatividad que nos rige.

5.1 SOLICITUD DE CONSULTA DE ODONTOLOGIA, FACTURACION Y TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

SOLICITUD DE CITA

- ✚ Se asigna solicitándola vía telefónica o en cada uno de los centros de salud en los sitios asignados para facturación y asignación de citas.
- ✚ La persona encargada de asignar la cita solicita los datos personales con el fin de realizar la actualización de los datos básicos del paciente
- ✚ Todo paciente de primera vez deberá ser valorado por el ODONTÓLOGO, se diligenciará la historia clínica y podrá iniciar con actividades de P y P o de tratamiento.
- ✚ Se asignan citas previas hasta tres días.



5.2 POLITICAS DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA

- ✚ La atención a los pacientes se debe iniciar en la mañana a las 7:00 AM y en la tarde a las 5:00 PM.
- ✚ Los registros clínicos: Historia clínica, consentimiento informado, referencia y Contra referencia, fórmulas médicas y solicitud de exámenes, deben ser diligenciados exclusivamente por el profesional.
- ✚ Todo paciente al momento de ser atendido debe tener su historia clínica, si se presenta algún inconveniente se deberá direccionar al Servicio de Atención al Usuario SIAU. No se podrá negar la atención al paciente.
- ✚ Se asignarán tres (3) citas por hora.
- ✚ Todo paciente que manifieste: Dolor, presente signos de inflamación o refiere sangrado, debe ser atendido por urgencia por ningún motivo se debe postergar la atención para la jornada siguiente. Las Urgencias deben ser distribuidas equitativamente donde hay varios odontólogos.
- ✚ En pacientes con urgencia que ingresen al servicio finalizando la jornada, se deberá dar la atención del odontólogo con la asistencia del personal auxiliar.
- ✚ Las historias clínicas deberán ser diligenciadas inmediatamente después de la atención
- ✚ A los pacientes de primera vez se les abrirá historia clínica, se les iniciará con Control de Placa y Retrotraje o podrán iniciar tratamiento. Los pacientes de primera vez, deberán ser repartidos equitativamente entre los odontólogos.
- ✚ La higienista Oral estará bajo supervisión del Odontólogo.
- ✚ Los pacientes con cita previa deben estar agendados en el sistema para imprimir el listado correspondiente a la consulta un día antes, los demás



pacientes se atenderán remplazando los insistentes. El listado se entrega al profesional y sirve para el control del proceso.

- ✚ Los pacientes con cita previa deben facturar una vez se les atiende.
- ✚ Si se requiere radiografías, direccionar al usuario al Centro de Salud panorama donde se cuenta con este servicio registrado ante los entes de control.
- ✚ Los pacientes que manifiesten inconformidad con el servicio o problemas para su atención se deberán enviar al SIAU para que la escuche la situación y realice la intermediación correspondiente o la coordinación con el área
- ✚ Para garantizar la continuidad y adherencia a los tratamientos se debe mantener la atención con el mismo profesional tratante, excepto que el paciente manifieste alguna inconformidad o en el caso de pacientes con urgencia
- ✚ Pacientes que requieran procedimientos y presentan dificultades para cancelar su valor si generan algún costo se debe enviar a la oficina de atención al usuario SIAU.



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA

6.1 EXAMEN CLÍNICO DE PRIMERA VEZ COD. 36101

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE	REGISTRO
DESARROLLO DE LA CONSULTA	<p>Se registran los siguientes ítem:</p> <ul style="list-style-type: none">• Motivo de consulta.• Antecedentes médicos y familiares• Examen Estomatológico. Además de la inspección visual para identificar cambios de volumen, de coloración, presencia de fisuras, fístulas, ulceraciones, tumoraciones o cualquier otro campo en la estructura de los tejidos, se debe practicar palpación y comparación para establecer asimetrías que puedan indicar la presencia o no de alguna alteración. <p>Para realizar este procedimiento debe seguirse el siguiente orden:</p> <ul style="list-style-type: none">• Labio Inferior• Labio Superior• Comisuras	ODONTOLOGO GENERAL	HISTORIA CLINICA RIPS



<p>Mucosa Oral</p> <p>Paladar duro y paladar blando</p> <p>Lengua</p>	<ul style="list-style-type: none">• Mucosa Oral• Surcos Vestibulares• Procesos Alveolares y gíngiva• Paladar duro• Paladar blando• Piso de la boca• Dorso de la lengua• Vientre de la Lengua. <p>Observe los labios, pidiéndole al paciente que mantenga los dientes en contacto. Examine primero el labio inferior y luego el superior. Inmediatamente ordene al paciente que abra la boca y examine las comisuras.</p> <p>Si el paciente usa prótesis removible, hacer que la retire y con la ayuda de un baja-lenguas y el espejo bucal inspeccione así: Inicie en la zona retro molar o tuberosidad superior derecha, surco vestibular superior derecho, frenillo labial, surco vestibular superior izquierdo; continúe en el maxilar inferior siguiendo el mismo</p>		
---	--	--	--



<p>Piso de boca</p> <p>Función de oclusión</p>	<p>orden. Además de revisar los frenillos labiales, deben incluirse los procesos alveolares en su parte vestibular.</p> <p>Observe posibles cambios en la estructura, tono y coloración tanto en el paladar duro como en el paladar blando.</p> <p>Pídale al paciente que lleve la lengua hacia delante y examine el dorso, así como los bordes desplazándola hacia la derecha y hacia la izquierda. Puede hacerse pidiéndole al paciente que lo haga él mismo o tomando la punta de la lengua con una gasa. Para revisar el vientre de la lengua el paciente debe colocar la punta en la parte posterior del paladar, aprovechando la posición para revisar el piso de la boca.</p> <p>En la posición anterior revise el piso de la boca, el frenillo lingual, la zona lingual de los procesos</p>		
--	---	--	--



<p>Examen Dental:</p>	<p>alveolares y la salida de los conductos de las glándulas salivales.</p> <p>Palpación muscular, Palpación articular, Auscultación articular Función de los músculos orofaciales.</p> <p>Movimientos Mandibulares: apertura, cierre, céntrica, protrusión, retrusión y lateralidad</p> <p>Oclusión: relación entre arcos dentarios, posición dentaria, contactos prematuros, zonas edéntulas.</p> <p>Función de los músculos linguales Hábitos nocivos: succión digital, lengua protáctil, etc.</p> <p>Examen dental: cada uno de los dientes y con explorador aplicando una presión similar a cuando se escribe; se revisa el diente con el siguiente orden: Oclusal, Lingual, Distal, Vestibular y Mesial.</p> <p>Se deberán generar órdenes de</p>		
---------------------------	--	--	--



	servicio correspondientes, cuando el caso amerite Ordenación, remisión, prescripción e incapacidad.		
--	--	--	--

COPIA NO CONTROLADA



6.2 CONSULTA GESTANTE COD. 890203

DESARROLLO DE LA CONSULTA	<p>Inicia con el diligenciamiento de la consulta en el módulo de P y P código de diagnóstico Z012.</p> <p>Continúa con:</p> <ul style="list-style-type: none">• Motivo de consulta.• Antecedentes médicos y familiares• Examen Estomatológico. Además de la inspección visual para identificar cambios de volumen, de coloración, presencia de fisuras, fístulas, ulceraciones, tumoraciones o cualquier otro campo en la estructura de los tejidos, se debe practicar palpación y comparación para establecer asimetrías que puedan indicar la presencia o no de alguna alteración. <p>Para realizar este procedimiento debe seguirse el siguiente orden:</p> <ul style="list-style-type: none">• Labio Inferior• Labio Superior	ODONTOLOGO GENERAL	HISTORIA CLINICA. RIPS
---------------------------	--	--------------------	------------------------



	<ul style="list-style-type: none">• Comisuras• Mucosa Oral• Surcos Vestibulares• Procesos Alveolares y gíngiva• Paladar duro• Paladar blando• Piso de la boca• Dorso de la lengua• Vientre de la Lengua		
Labios	<p>Observe los labios, pidiéndole al paciente que mantenga los dientes en contacto. Examine primero el labio inferior y luego el superior. Inmediatamente ordene al paciente que abra la boca y examine las comisuras.</p>		
Mucosa Oral	<p>Si el paciente usa prótesis removible, hacer que la retire y con la ayuda de un baja-lenguas y el espejo bucal inspeccione así: Inicie en la zona retro molar o tuberosidad superior derecha, surco vestibular superior derecho,</p>		



	<p>frenillo labial, surco vestibular superior izquierdo; continúe en el maxilar inferior siguiendo el mismo orden. Además de revisar los frenillos labiales, deben incluirse los procesos alveolares en su parte vestibular.</p>		
Paladar Duro y Paladar Blando	<p>Observe posibles cambios en la estructura, tono y coloración tanto en el paladar duro como en el paladar blando.</p>		
Lengua	<p>Pídale al paciente que lleve la lengua hacia delante y examine el dorso, así como los bordes desplazándola hacia la derecha y hacia la izquierda. Puede hacerse pidiéndole al paciente que lo haga él mismo o tomando la punta de la lengua con una gasa. Para revisar el vientre de la lengua el paciente debe colocar la punta en la parte posterior del paladar, aprovechando la posición para revisar el piso de la boca.</p>		



Piso de boca	En la posición anterior revise el piso de la boca, el frenillo lingual, la zona lingual de los procesos alveolares y la salida de los conductos de las glándulas salivales.		
Función de oclusión	Palpación muscular Palpación articular Auscultación articular. Función de los músculos orofaciales. Movimientos Mandibulares: apertura, cierre, céntrica, protrusión, retrusión y lateralidad. Oclusión: relación entre arcos dentarios, posición dentaria, contactos prematuros, zonas edéntulas. Función de los músculos linguales Hábitos nocivos: succión digital, lengua protáctil, etc.		
Examen Dental	Examen dental: cada uno de los dientes y con explorador aplicando		



Educación a la gestante	<p>una presión similar a cuando se escribe; se revisa el diente con el siguiente orden: Oclusal, Lingual, Distal, Vestibular y Mesial.</p> <p>Se deberá generar órdenes de servicio correspondientes, cuando el caso amerite ordenación, remisión, prescripción e incapacidad.</p> <p>Dar IEC cómo cuidarse y como cuidar adecuadamente al bebe; debe ser instruida sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">-La no toma de suplementos de flúor durante el embarazo.-Los miembros del equipo de salud deben promover la lactancia materna de acuerdo a las recomendaciones actuales.-Los padres y cuidadores de menores de edad deben ser advertidos sobre el riesgo para caries.-Los padres deben ser instruidos sobre nunca colocar al niño a		
-------------------------	---	--	--



	<p>dormir con el biberón.</p> <p>-La leche incluida la materna, la de fórmula y la de soya son potencialmente cariogénicas por lo que debe someterse a un adecuado</p> <p>Patrón de alimentación.</p> <p>- Los programas de promoción en salud oral dirigidos a maternas reducen el riesgo a caries de infancia temprana (Caries en menores de 6 años) y deben continuarse postnatalmente durante los primeros años de vida del niño.</p> <p>- El cepillado dental debe iniciar tan pronto erupciona el primer diente con asesoría de un profesional en salud oral.</p> <p>- Contenidos en educación a las madres: Que son los dientes de leche? Cuando erupciona el primer diente? Cuando se completa la Dentición?, importancia de la dentición decidua? Los dientes de leche duelen? Que es la caries?</p>		
--	---	--	--



	<p>Como prevenirla? Cuáles son las secuelas de la caries? Que sucede si se pierde un diente? Como limpiar la boca de mi hijo con énfasis en el primer o dos primeros Años de vida? Cuando debo llevar el niño por primera vez al odontólogo? Donde puedo acudir para que me atiendan durante el embarazo?</p> <p>-Registrar en el examen clínico dental</p>		
--	---	--	--

COPIA NO CONTROLADA



6.3 RADIOGRAFÍAS INTRAORALES COD. 36103

<p>PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS</p>	<p>Las Rx son un medio de diagnóstico odontológico requerido por el odontólogo para realizar un diagnóstico diferencial eficiente y para verificar la correcta elaboración de los procesos realizados.</p> <p>En la consulta, se debe tener muy en cuenta la protección del paciente para este procedimiento ya que se utilizan rayos x los cuales son muy contaminantes y riesgos para la salud del paciente.</p> <p>A fin de reducir la dosis del paciente, deben adoptarse los siguientes procedimientos de trabajo:</p> <p>El odontólogo o la auxiliar pueden toma la radiografía al usuario en nuestra institución, siempre que</p>	<p>ODONTOLOGO GENERAL</p> <p>AUXILIAR EN SALUD ORAL</p>	<p>HISTORIA CLINICA.</p> <p>REGISTROS DE CALIDAD DE LA RX PERIAPICAL RIPS</p>
-----------------------------------	--	---	---



	<p>cuenta con dosímetro y los requerimientos de ley para dicho procedimiento.</p> <p>Exámenes radiográficos solamente deben ser realizados cuando, después del examen clínico y cuidadosa consideración de las necesidades de salud general y dentaria del paciente, se juzguen necesarios. Debe averiguarse la existencia de exámenes radiográficos anteriores que hagan innecesario un nuevo examen.</p> <p>El tiempo de exposición debe ser el menor posible, consistente con la obtención de una imagen de buena calidad. Esto incluye el uso de receptores de imagen más sensibles que puedan proporcionar el nivel de contraste y detalle necesarios.</p> <p>Debe evitarse la repetición de exámenes usando la técnica</p>		
--	--	--	--



	<p>correcta de exposición y un procesamiento confiable y consistente.</p> <p>Para radiografías intraorales, periapicales y oclusales, debe utilizarse preferiblemente: la técnica de paralelismo con localizadores largos.</p> <p>Dispositivos de almacenamiento (posicionadores), no aplica en nuestra institución.</p> <p>Prendedores de película tipo “bite-wing” de manera que se evite que el paciente tenga que sostener la película, no aplica en nuestra institución.</p> <p>El extremo del localizador debe colocarse lo más cerca posible de la piel del paciente para garantizar un tamaño de campo mínimo.</p> <p>El operador debe observar y oír al</p>		
--	--	--	--



<p>PROCESO DE REVELADO</p>	<p>paciente durante las exposiciones.</p> <p>No se deben usar sistemas de accionamiento de disparo con retardo.</p> <p>Utilizar vestimentas de protección individual para proteger la tiroides, el tronco y las gónadas de los pacientes durante las exposiciones. Los delantales plomados deben ser tratados de manera que se preserve su integridad, colocándolos sobre superficies horizontales o en soporte apropiado.</p> <p>En este proceso es fundamental el cuarto oscuro, la temperatura y los tiempos.</p> <p>El proceso consta de 5 pasos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Revelado2. enjuague3. Fijación4. Enjuague5. Secado.		
------------------------------------	--	--	--



	<p>El enjuague entre revelado, fijación y secado es necesario para la eliminación de los residuos del producto anterior y detener el proceso.</p> <p>Es importante tener presente la temperatura de los líquidos del proceso, ya que son muy sensibles a esta, de tal forma que por debajo de los 15 grados se inactiva el producto y por encima de los 26 grados es muy activo. La temperatura ideal es de 20 grados centígrados.</p> <p>TEMPERATURA DE LA SOLUCION 20°</p> <p>TIEMPO EN EL REVELADOR 5 min.</p> <p>TIEMPO DE ENJUAGUE 30 segundos</p> <p>TIEMPO EN EL FIJADOR 10 minutos</p>		
--	---	--	--



	TIEMPO DE LAVADO		
	<p>3 minutos</p> <p>Al ser este proceso, un factor que afecta de manera directa la calidad de la imagen radiográfica, es obligación del odontólogo, como responsable de la interpretación y lectura de la imagen, conocerlo profundamente.</p> <p>Solamente controlando la calidad de la imagen radiológica podemos garantizar que nuestros profesionales realicen un radiodiagnóstico acertado motivo por el cual debe diligenciar el REGISTRO CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE RADIOLOGIA ORAL para poder conocer a través de un indicador las fallas presentadas en el desempeño del equipo, del revelado, del profesional) para establecer correctivos y controlar la dosis de sobre exposición.</p>		



6.4 OBTURACIÓN DE UNA SUPERFICIE EN AMALGAMA DE PLATA COD. 232101

INDICACIONES	<p>Restauración coronaria directa con amalgama de plata en dientes posteriores en pacientes pediátricos y adultos con dentición temporal, mixta y permanente a quienes por diferentes razones deba realizárseles restauraciones directas en amalgama dental indicada en:</p> <ol style="list-style-type: none">1. presencia de caries clase I, II y V; con remanente adecuado de estructura dental sana.2. Dientes posteriores con fracturas dentales que no comprometa la solidez estructural, el espesor mínimo requerido de las cúspides remanentes y la retención de la amalgama	ODONTOLOGO GENERAL EN SALUD ORAL	HISTORIA CLINICA RIPS.
INSTRUMENTOS	Pieza de Alta velocidad		



TAL REQUERID O	Micromotor Contrángulo Espejo de Boca plano No 5 Explorador de doble extremo No 5 y 23 Cucharilla de Black de doble extremo Pinzas Algodoneras Espátula metálica para cemento ancha Aplicador de hidróxido de Calcio con punta pequeña Espátula de Ward Espátula Condensador PF3 Loseta de vidrio Vaso metálico para amalgama Porta matriz recto Tipo Toflemire Porta amalgama Banda metálica para amalgama delgada Condensadores para amalgama lisos pequeños de doble extremo Bruñidor de bola pequeño Bruñidor de horqueta pequeño Bruñidor 21B pequeño Tallador Cleoide discoide		
----------------------	---	--	--



<p>PROCEDIMIENTO CLÍNICO PASOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA OBTURACIÓN</p>	<p>Tijeras curvas para metal Cuñas de madera Copas de caucho para profilaxis Fresas redondas de alta velocidad de diamante o carburo N° ¼, ½ , 1, 2 y 3 (Nuevas) Fresas cilíndricas o troncocónicas cortas de alta velocidad de diamante Fresas en llama para pulir amalgama de baja velocidad m Puntas de caucho para pulir amalgamas Lijas inter-proximales metálicas</p> <p>1. Limpieza profiláctica con pasta profiláctica y agua 2. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso, si es necesario 3. Eliminación del tejido cariado con pieza de alta velocidad, fresas de diamante y cucharilla 4. La preparación cavitaria puede incluir cavidades clase I, II, y Clase V.</p>		
---	--	--	--



	<p>Esta preparación puede involucrar la remoción de tejido dentario Cariado o restauraciones defectuosas. Es necesario crear planimetría en las paredes y hacer las formas de retención como paralelismo o leve convergencia de las paredes y colas de milano. Nunca debe biselarse el margen cavo-superficial en esmalte en ninguna de las paredes.</p> <p>5. Aislamiento de campo</p> <p>6. En las cavidades clase II debe colocarse la banda con el porta-matriz y cuñas de madera</p> <p>7. Protección dentino-pulpar, colocación de liner o base intermedia</p> <p>8. Colocación de la amalgama, empaçado, condensado, bruñido y tallado</p> <p>9. Retiro del aislamiento de campo absoluto</p> <p>10. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente</p>		
--	---	--	--



<p>TÉCNICA DE PULIDO</p>	<p>11. Pulido de la amalgama a las 24 horas</p> <p>Se pueden lograr superficies lisas y brillantes con el uso de fresas de baja velocidad multihojas en forma de llama para dar la forma general, seguidas por puntas en forma de copas y ruedas de caucho abrasivas o cepillos duros impregnados con piedra pómez.</p> <p>La mayor resistencia compresiva y completa cristalización es significativa a las 24 h, que sería el momento adecuado para el pulimento con fresas.</p> <p>1. Utilizar fresas de carburo “multihojas” o de 30 y 12 fillos (baja velocidad con refrigeración) para conformar la morfología oclusal general y remover excesos (fresas en llama)</p>		
------------------------------	---	--	--



<p>OBJETIVOS QUE DEBE CUMPLIR LA RESTAURACIÓN.</p>	<p>2. La curvatura cervical y áreas subgingivales pueden pulirse con copas de abrasión media con presión ligera y refrigeración</p> <p>3. El brillo final se logra utilizando una mezcla entre óxido de zinc y alcohol aplicado con puntas de caucho y cepillos</p> <p>Devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental</p> <p>Restituir la función oclusal</p> <p>Contribuir a la salud oral y general del paciente</p> <p>Mejorar la calidad de vida del paciente</p>		
<p>RECOMENDACIONES</p>	<p>1. Evitar cualquier contaminación del campo operatorio con aislamiento absoluto con tela de caucho</p> <p>2. Se debe asegurar que el aire de la turbina esté libre de aceite</p> <p>3. Si es un diente posterior en el</p>		



	<p>que se va a restaurar una cavidad clase II</p> <p>se debe colocar banda metálica y porta-matriz y cuñas para reconstruir contorno proximal, puntos de contacto y dar adaptación en la pared gingival</p> <p>4. Siempre debe realizarse protección dentino-pulpar con liner o base intermedio bajo las restauraciones de amalgama dental que sirva como aislante térmico y eléctrico como ionómero de vidrio, ionómero de vidrio modificado con resina, o en su defecto, hidróxido de calcio y fosfato de zinc</p> <p>5. Se debe utilizar amalgama con alto contenido de cobre de partícula mezclada o esférica</p>		
--	---	--	--



	<p>6. Se deben respetar los tiempos de trituración, y de trabajo para no alterar la cristalización de la amalgama</p> <p>7. Se debe retirar el aislamiento absoluto antes de terminar la cristalización para poder realizar los ajustes de oclusión pertinentes</p> <p>8. Al finalizar la restauración, ésta no debe cubrirse con petrolato</p> <p>9. El pulido debe realizarse hasta 24 horas después de terminada</p> <p>Se considerara de alta cuando el diente se haya restaurado y se encuentre en capacidad de realizar la función oclusal adecuadamente, el paciente no refiera sintomatología dolorosa o sensibilidad post-operatoria.</p>		
--	--	--	--



6.5 OBTURACIÓN DE UNA SUPERFICIE EN RESINA DE FOTOCURADO CÓDIGO 36203

INDICACIONES	<p>Restauración estética directa de material polimérico en dientes anteriores que presenten alguna de estas condiciones y entre las opciones de tratamiento sea éste el más indicado:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dientes anteriores y posteriores con presencia de caries clase I, II, III, IV y V; con remanente adecuado de estructura dental sana.2. Dientes anteriores con fracturas dentales con no más del 50% de pérdida de la estructura dental.3. Dientes anteriores con facetas de desgaste leves y moderadas donde pueda controlarse el factor de estrés oclusal.5. Dientes anteriores y posteriores con alteraciones estéticas de forma, color y posición en los que se considere indicado el manejo con operatoria directa para su	ODONTOLOGO GENERAL	HISTORIA CLINICA RIPS
--------------	--	--------------------	-----------------------



<p>PROCEDIMI ENTO CLÍNICO</p>	<p>corrección.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Limpieza profiláctica pasta y agua2. Selección del color, teniendo en cuenta la aplicación por capas de color Opacos, cervical, dentina, esmalte e incisal.3. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso, si es necesario4. Eliminación del tejido cariado con pieza de alta velocidad, fresas de diamante o carburo y cucharilla5. La preparación cavitaria puede incluir cavidades clase I, II, III, IV y Clase V Cariosas y no cariosas, carillas directas o reparaciones. Esta preparación Puede involucrar la remoción de tejido dentario cariado, restauraciones defectuosas, pulido superficial del esmalte si el procedimiento es con finesestéticos, o de la dentina		
---------------------------------------	---	--	--



	<p>mineralizada de una lesión de origen no cariosa con exposición prolongada al medio oral o dentina esclerótica. Bisel del margen cavosuperficial de 45 grados en esmalte para aumentar el área de adhesión y mimetizar la interface restauración-tejido dentario, excepto en el margen cavosuperficial de cavidades oclusales. Si es un diente severamente decolorado y se va a realizar la corrección del color, es necesario remover tejido para lograr espacio y mejores resultados estéticos</p> <p>6. Aislamiento de campo</p> <p>7. Protección dentino - pulpar, colocación base intermedia según el caso y si es necesario</p> <p>8. Grabado con ácido fosfórico al 37%</p> <p>9. Lavar con abundante agua</p> <p>10. Secar respetando la humedad</p>		
--	--	--	--



<p>TÉCNICA DE PULIDO</p>	<p>relativa del diente</p> <p>11.Colocación de tira plástica separadora o teflón para aislar el diente adyacente</p> <p>12. Aplicación del sistema adhesivo, aireado y fotopolimerización.</p> <p>13. Colocación de la resina por capas no mayores a 2 mm. y fotopolimerizado por 20, 30 o 40 segundos, según indicaciones del fabricante</p> <p>14.Verificación de la oclusión y eliminación del excesos</p> <p>15.Pulido y brillo</p> <p>Se pueden lograr superficies naturales con el uso de puntas de diamante finas para dar la forma general, seguidas por discos de óxido de aluminio flexibles; puntas, copas y ruedas abrasivas finas y pastas diamantadas para pulir.</p> <p>Es aconsejable retirar los excesos de resina inmediatamente, para retirar la denominada “capa</p>		
------------------------------	--	--	--



<p>OBJETIVOS QUE DEBE CUMPLIR LA</p>	<p>inhibida” que es susceptible de pigmentaciones a cortoplazo. Aunque la polimerización completa de la resina y la mayor resistencia de unión es significativa a las 24 h, que sería el momento adecuado para el pulimento con fresas.</p> <p>1. Utilizar fresas (alta velocidad con refrigeración) para conformar la morfología oclusal general y remover excesos (fresas en forma de balón y en llama);, las áreas proximales (fresas de fisura) y para caras libres pueden usarse fresas de diamante</p> <p>2. El uso de discos flexibles finos es útil para pulir y contornear las áreas proximales y vestibulares</p> <p>1. Devolver la anatomía y fisiología de la estructura dental</p> <p>2. Restituir la función oclusal</p> <p>3. Contribuir a la salud oral y</p>		
--------------------------------------	---	--	--



RESTAURACIÓN	general del paciente 4. Mejorar la calidad de vida del paciente		
--------------	--	--	--

COPIA NO CONTROLADA



6.6 OBTURACIÓN EN IONOMERO DE VIDRIO CODIGO 36205

<p>INDICACIONES</p>	<p>IONOMERO DE VIDRIO. Se utilizara En dientes anteriores y posteriores según la indicación clínica del material Evaluación clínica del diente a restaurar.</p> <p>Es necesario si el diente ha estado expuesto mucho tiempo al medio oral y la caries es muy profunda.</p>	<p>ODONTOLOGO GENERAL</p>	<p>HISTORIA CLINICA RIPS</p>
<p>DISEÑO DE LA CAVIDAD</p>	<p>Se limpian las paredes hasta extraer completamente la lesión cariosa o restos de obturación anterior. Si es necesario se utiliza cucharilla para terminar de retirar el tejido infectado cuidadosamente.</p> <p>Biselado de los ángulos.</p> <p>AISLAMIENTO RELATIVO. Con rollo de algodón.</p> <p>PROTECTOR PULPAR: Se aplica una fina capa de hidróxido de calcio.</p> <p>BASE INTERMEDIA: Fosfato de zinc.</p>		



<p>OBTURACIÓN DEFINITIVA: Con IONOMERO DE VIDRIO.</p>	<p>Si la cavidad abarca más de dos caras del diente se coloca tira de millar para los espacios interproximales, se lava y seca la cavidad, se coloca adhesivo en la cavidad, luego prosigue al llenado de la cavidad con IONOMERO DE VIDRIO y polimerizando por 40 segundos cada capa con la lámpara de fotocurado. Pulimento y brillo. Se realiza con fresas para pulir resina y discos soflex.</p>		
---	--	--	--

COPIA NO CONTROLADA



6.7 RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO COD. 36209

PROCEDIMI ENTO CLINICO	Realiza con RESINA DE FOTOCURADO. se utilizara En dientes anteriores 1. Evaluación clínica del diente a restaurar. 2. ANESTESIA: Es necesario si el diente ha estado expuesto mucho tiempo al medio oral y la caries es muy profunda. 3. DISEÑO DE LA CAVIDAD: Se limpian las paredes hasta extraer completamente la lesión cariosa o restos de obturación anterior. Si es necesario se utiliza cucharilla para terminar de retirar el tejido infectado cuidadosamente. Biselado de los ángulos. 4. AISLAMIENTO RELATIVO. Con rolo de algodón. 5. PROTECTOR PULPAR: Se aplica una fina capa de hidróxido de calcio. 6. BASE INTERMEDIA:	ODONTOLOGO GENERAL	HISTORIA CLINICA. RIPS.
---------------------------------------	---	-------------------------------	--



	<p>Fosfato de zinc.</p> <p>7. OBTURACIÓN DEFINITIVA: Con resina de fotocurado. Se coloca forma plástica o tira de millar para los espacios interproximales, se desmineraliza la superficie del diente con ácido fosfórico al 37% por 15 segundos, se lava y seca la cavidad, se coloca adhesivo single bond en la cavidad y polimeriza 20 segundos con la lámpara de fotocurado, se selecciona el color de la resina a utilizar luego prosigue al llenado de la cavidad con resina de fotocurado y polimerizando por 40 segundos cada capa con la lámpara de fotocurado. Pulimento y brillo. Se realiza con fresas para pulir resina y discos soflex</p> <p>8. CONTROL DE OCLUSIÓN. Se realiza con papel de oclusión retirando los contactos prematuros por tallado selectivo</p>		
--	---	--	--



6.8 RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO COD. 36210

<p>PROCEDIMIENTO CLINICO</p>	<p>Realiza con RESINA DE FOTOCURADO. se utilizara En dientes anteriores</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluación clínica del diente a restaurar.2. ANESTESIA: Es necesario si el diente ha estado expuesto mucho tiempo al medio oral y la caries es muy profunda.3. DISEÑO DE LA CAVIDAD: Se limpian las paredes hasta extraer completamente la lesión cariosa o restos de obturación anterior. Si es necesario se utiliza cucharilla para terminar de retirar el tejido infectado cuidadosamente. Biselado de los ángulos.4. AISLAMIENTO RELATIVO. Con rollo de algodón.5. PROTECTOR PULPAR: Se aplica una fina capa de hidróxido de calcio.6. BASE INTERMEDIA: Fosfato de zinc.	<p>ODONTOLOGO GENERAL Y AUXILIAR EN SALUD ORAL</p>	<p>HISTORIA CLINICA RIPS</p>
------------------------------	--	--	------------------------------



	<p>7. OBTURACIÓN DEFINITIVA: Con resina de fotocurado. Se coloca forma plástica o tira de millar para los espacios interproximales, se desmineraliza la superficie del diente con ácido fosfórico al 37% por 15 segundos, se lava y seca la cavidad, se coloca adhesivo single bond en la cavidad y polimeriza 20 segundos con la lámpara de fotocurado, se selecciona el color de la resina a utilizar luego prosigue al llenado de la cavidad con resina de fotocurado y polimerizando por 40 segundos cada capa con la lámpara de fotocurado. Pulimento y brillo. Se realiza con fresas para pulir resina y discos soflex</p> <p>8. CONTROL DE OCLUSIÓN. Se realiza con papel de oclusión retirando los contactos prematuros por tallado selectivo</p>		
--	---	--	--



6.9 TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES UNIRADICULARES CON RADIOGRAFÍA PREVA Y DE CONTROL COD. 36401.

<p>PROCEDIMI ENTO CLINICO</p>	<p>Diagnóstico</p> <p>Se toma Rx.</p> <p>ANESTESIA: Si el paciente presenta sintomatología.</p> <p>APERTURA DE LA CAVIDAD: Se limpian las paredes del diente con caries y se hace la apertura de la cavidad del conducto radicular.</p> <p>Localización del conducto con explorador de conductos</p> <p>Extirpación pulpar, y/o necropulpectomia según el caso.</p> <p>Conductometría tentativa y definitiva.</p> <p>PREPARACION BIOMECANICA DEL CONDUCTO: Limas pre serie, primera y segunda serie según el caso impregnadas de RC-Prep.</p> <p>Irrigación de conducto con hipoclorito de sodio y/o lechada de calcio-</p> <p>Conometría con el cono principal.</p> <p>OBTURACION DEL ESPACIO DEL CONDUCTO RADICULAR:</p>	<p>ODONTOLOGO GENERAL</p>	<p>HISTORIA CLINICA. RIPS REMISIÓN Y FORMULA</p>
---------------------------------------	---	-------------------------------	--



	<p>Con conos de gutapercha a 0.5 – 1 mm del ápice del diente, condensación lateral.</p> <p>Radiografía de penachos.</p> <p>Corte de conos y condensación vertical.</p> <ul style="list-style-type: none">- Se deja cemento temporal y se obtura en la próxima cita.		
--	---	--	--

COPIA NO CONTROLADA



6.10 TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES UNIRADICULARES CON RADIOGRAFÍA PREVIA Y DE CONTROL; NO INCLUYE VALOR DE RX. COD. 36403

<p>PROCEDIMIENTO CLINICO</p>	<p>Diagnóstico. Se toma Rx. ANESTESIA: Si el paciente presenta sintomatología. APERTURA DE LA CAVIDAD: Se limpian las paredes del diente con caries y se hace la apertura de la cavidad del conducto radicular. Localización del conducto con explorador de conductos Extirpación pulpar, y/o necropulpectomía según el caso. De los 2 o 3 conductos Conductometría tentativa y definitiva. PREPARACION BIOMECANICA DEL CONDUCTO: Limas pre serie, primera y segunda serie según el caso impregnadas de RC-Prep. Irrigación de conducto con hipoclorito de sodio y/o lechada de calcio- De los 2 o 3 conductos</p>	<p>ODONTÓLOGO GENERAL</p>	<p>HISTORIA CLINICA. RIPS REMISIÓN Y FÓRMULA</p>
------------------------------	--	---------------------------	--



	<p>Conometría con el cono principal. De los 2 o 3 conductos OBTURACION DEL ESPACIO DEL CONDUCTO RADICULAR: Con conos de gutapercha a 0.5 – 1 mm del ápice del diente, condensación lateral. De los 2 o 3 conductos Radiografía de penachos. Corte de conos y condensación vertical. De los 2 o 3 conductos Se deja cemento temporal y se obtura en la próxima cita.</p>		
--	---	--	--

COPIA NO CONTROLADA



6.11 EXODONCIA SIMPLE DE UNIRRADICULARES COD. 36601

<p>TRATAMIE NTO</p>	<p>Anestesia. Sindesmotomía. Luxación. Aprehensión. Exodoncia propiamente dicha. Revisión del alveolo. (Visual vs. Exploración con cureta de Lucas) Verificación del proceso de hemostático local. Cerciórese que se haya formado un coagulo estable y/o que no haya sangrado importante.</p>	<p>ODONTOLOGO GENERAL</p>	<p>HISTORIA CLINICA. RIPS REMISIÓN FÓRMULA</p>
<p>MANEJO FARMACO LÓGICO</p>	<p>Se orienta al control del dolor y la antisepsia bucal: Ibuprofeno 400-600 mg V.O c/6 horas ó Acetaminofén 500 mg V.O cada 4 horas. Diclofenc de 50mg cada 8 horas V.O. Naproxeno de 250 mg cada 6 horas V.O</p>		



<p>RECOMEN DACIONES</p>	<p>Clorhexidina al 0.2% por 20-30 segundos. Usar 2-3 veces/día por cinco.</p> <p>Explique a su paciente que:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Haga uso de las medidas físicas para el control de la inflamación. Para el primer día hielo con el fin de generar vasoconstricción y a partir del segundo día terapia De calor húmedo con el fin de producir vasodilatación.2. Sea preciso y reiterativo con su paciente sobre la necesidad de tomar los medicamentos por usted ordenados o prescritos en la dosis y tiempos estipulados.3. Limite el ejercicio físico con el fin de evitar hemorragias e inflamación postquirúrgica.4. Mantenga hábitos alimenticios normales con el fin de no alterar procesos de cicatrización debida a hipoproteinemias por estados carenciales y que no consuma alimentos irritantes.5. Prohibida la ingesta de alimentos		
-----------------------------	--	--	--



	<p>con pitillo ya que podría desalojarse el coagulo por succión inapropiada.</p> <p>6. No consuma bebidas alcohólicas, ni fume en el post-quirúrgico.</p> <p>7. Ante la presencia de hemorragia postoperatoria que no cede con medidas locales de presión, acuda al centro asistencial, con el fin de ser valorado nuevamente.</p> <p>8. Asista a controles postoperatorios cumplidamente con el fin de valorar cicatrización y retirar las suturas.</p> <p>9. Recomiende a su paciente no acelerarse ni exponerse a altas temperaturas.</p> <p>10. No se auto mediqué bajo ningún supuesto.</p> <p>En caso de dolor severo o evidencia de infección, acuda al centro asistencial No exponerse a situaciones que produzcan calor.</p>		
--	---	--	--



6.12 EXODONCIA SIMPLE DE MULTIRRADICULARES COD. 36602

<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Anestesia. Sindesmotomia. Luxación. Aprehensión. Exodoncia propiamente dicha. Revisión del alveolo. (Visual vs. Exploración con cureta de Lucas) Verificación del proceso de hemostático local. Cerciórese que se haya formado un coagulo estable y/o que no haya sangrado importante.</p>	<p>ODONTOLOGO GENERAL</p>	<p>HISTORIA CLINICA. RIPS REMISIÓN FORMULA</p>
<p>MANEJO FARMACOLÓGICO</p>	<p>Se orienta al control del dolor y la antisepsia bucal: Ibuprofeno 400-600 mg V.O c/6 horas Acetaminofén 500 mg V.O cada 4 horas. Diclofenc de 50mg cada 8 horas V.O. Naproxeno de 250 mg cada 6</p>		



<p>RECOMENDACIONES</p>	<p>horas V.O</p> <p>Clorhexidina al 0.2% por 20-30 segundos. Usar 2-3 veces/día por cinco</p> <p>Explique a su paciente que:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Haga uso de las medidas físicas para el control de la inflamación. Para el primer día hielo con el fin de generar vasoconstricción y a partir del segundo día terapia De calor húmedo con el fin de producir vasodilatación.2. Sea preciso y reiterativo con su paciente sobre la necesidad de tomar los medicamentos por usted ordenados o prescritos en la dosis y tiempos estipulados.3. Limite el ejercicio físico con el fin de evitar hemorragias e inflamación postquirúrgica.4. Mantenga hábitos alimenticios normales con el fin de no alterar procesos de cicatrización debida a hipoproteinemias por estados carenciales y que no consuma Alimentos irritantes.		
------------------------	---	--	--



	<p>5. Prohibida la ingesta de alimentos con pitillo ya que podría desalojarse el coagulo por succión inapropiada.</p> <p>6. No consuma bebidas alcohólicas, ni fume en el post-quirúrgico.</p> <p>7. Ante la presencia de hemorragia postoperatoria que no cede con medidas locales de presión, acuda al centro asistencial, con el fin de ser valorado nuevamente.</p> <p>8. Asista a controles postoperatorios cumplidamente con el fin de valorar cicatrización y retirar las suturas.</p> <p>9. Recomiende a su paciente no acelerarse ni exponerse a altas temperaturas.</p> <p>10. No se auto mediqué bajo ningún supuesto.</p> <p>En caso de dolor severo o evidencia de infección, acuda al centro asistencial No exponerse a situaciones que produzcan calor.</p>		
--	--	--	--



6.13 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HEMORRAGIA POST EXODONCIA O POR ALVEOLITIS COD. 36613

PROCEDIMI ETNO CLINICO	Ordenes de Servicio: Radiografía periapical. Análisis de Resultados: Se utiliza para localizar posibles restos radiculares, óseos, cuerpo extraño o lesión residual.	ODONTOLOGO GENERAL	HISTORIA CLINICA. RIPS REMISIÓN FÓRMULA
RECOMEND ACIONES	Recomendaciones Terapéuticas: Anestesia Lavado a presión con suero fisiológico Curetaje del alvéolo Apósito con ALVOGYL Recomendaciones como dieta blanda, no hacer enjuagues Control de la evolución.		
MANEJO FARMACOL ÓGICO	Prescripción de medicamentos: CEFALEXINA tab.de 500 mg. tomar 1 cada 6 horas por 7 a 10 días ERITROMICINA tab. de 500 mg. tomar 1 cada 8 horas por 7 a 10 días(ésta,como alternativa si es alérgico a la penicilina)		



	<p>DICLOFENACO 75 mg ampolla intramuscular post operatorio y Continuar con IBUPROFENO tab. 400 mg. tomar cada 6 horas según Evolución sin superar 3 días. Incapacidad de acuerdo al estado del paciente.</p>		
--	--	--	--

COPIA NO CONTROLADA



6.14 URGENCIAS COD. 36102

<p>FRACTURA COMPLICAD A DE LA CORONA</p>	<p>Examen clínico Perdida de esmalte, dentina y exposición pulpar Hemorragia Posible movilidad y dolor de la corona Sin tratamiento oportuno: Muerte pulpar.</p> <p>Examen radiográfico Se toman las radiografías periapicales de los dientes afectados para decidir el procedimiento a seguir, teniendo en cuenta: Grado de desarrollo radicular Profundidad de la fractura Extensión de la fractura y de la exposición pulpar.</p> <p>Tratamiento Recubrimiento pulpar directo</p> <p>Indicaciones</p>	<p>ODONTOLOGO GENERAL</p>	<p>HISTORIA CLINICA, RIPS, REMISION FÓRMULA</p>
--	--	-------------------------------	---



FRACTURA CORONOR ADICULAR.	<p>Exposición pulpar pequeña de hemostasis fácil</p> <p>Ausencias de luxaciones y cambio de color</p> <p>Técnica</p> <p>Anestesia</p> <p>Limpieza del diente con solución salina</p> <p>Aplicación de hidróxido de calcio disuelto</p> <p>Restauración</p> <p>Control a los seis meses.</p> <p>Pulpotomía o pulpectomía</p> <p>Manifestaciones clínicas</p> <p>Dolor al remover el segmento fracturado</p> <p>Examen clínico</p> <p>Línea de fractura que se extiende por debajo del surco.</p> <p>Movilidad coronal</p> <p>Hemorragia gingival</p> <p>El diente puede estar extruido.</p> <p>Examen radiográfico</p>		
----------------------------------	---	--	--



	<p>Se toman RX peri apicales para descartar lesiones adicionales de tejido óseo alveolar o del folículo permanente en caso de estar lesionado un diente temporal.</p> <p>Tratamiento</p> <p>Dientes permanentes</p> <p>Reposición quirúrgica:</p> <p>Anestesia</p> <p>Reposición del diente</p> <p>Férula semirrígida de Nylon o alambre por 7 días</p> <p>Seguimiento 6 u 8 semanas</p> <p>Antes de retirar férula hacer endodoncia</p> <p>Restauración después de 3 meses.</p> <p>Gingivectomía, plastia</p> <p>Circunscrita a la zona afectada</p> <p>Osteotomía en caso necesario</p> <p>Aislamiento con rollos y eyector</p> <p>Reconstrucción con ionómenos o resina.</p> <p>Controles periódicos.</p>		
--	--	--	--



<p>FRACTURAS DE RAÍZ.</p>	<p>Dientes temporales</p> <p>Se decidirá entre la conservación y la exodoncia.</p> <p>Manifestaciones clínicas</p> <p>Dolor a la percusión, presión y manipulación del segmento oral.</p> <p>Examen clínico:</p> <p>Diente extruido</p> <p>Movilidad variable</p> <p>A veces luxado hacia vestibular o lingual</p> <p>Dolor intenso</p> <p>Examen radiográfico</p> <p>El pronóstico está determinado por el tercio donde se presente la fractura (1/3 apical mal pronóstico) se toman radiografías periapicales en distintas angulaciones para un mejor diagnóstico.</p> <p>Tratamiento</p> <p>Dientes permanentes</p> <p>Si la fractura está próxima al surco gingival se retirará la corona,</p>		
---------------------------	---	--	--



	<p>endodoncia convencional, perno y extrusión por medio ortodónticos</p> <p>Si la fractura está localizada más ampliamente se debe reducir los fragmentos desplazados inmediatamente, inmovilización con férulas semirrígidas de 4 a 12 semanas.</p> <p>Controles radiográficos periódicos y pruebas de vitalidad pulpar:</p> <p>Dieta blanda o licuada completa según la tolerancia del paciente.</p>		
<p>CONCLUSIÓN</p>	<p>Endodoncia: Se realizará hasta donde llegue la fractura, dejando el resto apical intacto.</p> <p>Dientes temporales</p> <p>Exodoncia</p> <p>Pueden ser conservados teniendo en cuenta edad del paciente, proceso de erupción y cooperación del mismo.</p>		
<p>SUBLUXACIÓN</p>	<p>Manifestaciones clínicas</p> <p>Hipersensibilidad del diente afectado</p>		



LUXACIÓN	<p>Examen clínico</p> <p>Percusión positiva horizontal y vertical</p> <p>A veces inflamación de la encía marginal</p> <p>Examen radiográfico</p> <p>Se toma radiografía periapical como control para observar posibles calcificaciones o reabsorciones.</p> <p>Tratamiento</p> <p>En caso de existir contactos prematuros, practicar ajustes de oclusión por medio del tallado en restauraciones o levantar mordida por 2 ó 3 días.</p> <p>Manifestaciones clínicas</p> <p>Hipersensibilidad del diente afectado</p> <p>Examen clínico</p> <p>Movilidad anormal en dirección horizontal</p>		
----------	--	--	--



AVULSIÓN	<p>Sensibilidad a la percusión y fuerzas oclusales Puede hacer ligera hemorragia del ligamento.</p> <p>Examen radiográfico Se ordena radiografía periapical para buscar fracturas periapicales o de tejido óseo pues la subluxación no se evidencia.</p> <p>Tratamiento Alivio de la oclusión levantando la mordida Si la movilidad es exagerada, colocar férula Controles periódicos radiográficos y pruebas para detectar muerte pulpar.</p> <p>Manifestaciones clínicas Hipersensibilidad del área afectada</p> <p>Examen clínico - Luxación intrusita Desplazamiento del diente al</p>		
----------	--	--	--



	<p>interior del alvéolo</p> <ul style="list-style-type: none">- Luxación extrusiva Desplazamiento parcial fuera del alvéolo- Luxación lateral Desplazamiento en dirección diferente a la axial con posible fractura conminuta alveolar <p>En todos los casos hay dolor a la manipulación y hemorragia.</p> <p>Examen radiográfico</p> <ul style="list-style-type: none">- Luxación intrusiva Desaparición total o parcial del espacio del ligamento.- Luxación extrusiva Aumento en el espesor del ligamento.- Luxación lateral Espesor aumentado del espacio periapical en el lado opuesto al desplazamiento. <p>Tratamiento</p> <p>Anestesia</p> <p>Lavado con solución salina estéril</p>		
--	---	--	--



<p>CELULITIS ODONTOGÉ NICA</p>	<p>Reponer el diente a línea normal de oclusión.</p> <p>Suturar tejidos blandos traumatizados, haciéndolo por planos</p> <p>Inmovilizar con férula y nylon o alambre por 7 días.</p> <p>Control radiográfico y prueba de vitalidad pulpar.</p> <p>Dieta blanda</p> <p>Control radiográfico</p> <p>Seguimiento por 1 año</p> <p>Cuadro clínico</p> <p>Laceración y sangrado</p> <p>Ausencia dental</p> <p>Examen radiográfico</p> <p>Se toma radiografía periapical para descartar fracturas en dientes adyacentes y procesos alveolares.</p> <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Adultos:</p> <p>ACETAMINOFEN: Tableta de 500</p>		
--	--	--	--



	<p>mg No.12 VO cada 6 horas</p> <p>Niños:</p> <p>ACETAMINOFEN: Suspensión 250 mg. Tomar 5 c.c cada 6 horas por 3 ó 4 días.</p> <p>TOXOIDE TETÁNICO o antitoxina tetánica.</p> <p>Evaluación del tratamiento</p> <p>Control radiográfico</p> <p>Pruebas de vitalidad</p> <p>Esta puede ser resultado de una patología periapical no tratada, o deficientemente tratada, la cual requiere manejo con antibióticos por vía parenteral hospitalizado ya que se puede comprometer la vida del paciente.</p> <p>Tratamiento</p> <p>Requiere tratamiento inmediato. Elaborar remisión del paciente para hospitalización que puede ser un nuestro servicio de urgencias u hospitalización al</p>		
--	--	--	--



**E.S.E. MUNICIPAL
MANUEL CASTRO TOVAR**
Calidez y Calidad para Todos
NIT. 813.005.295-8

	segundo nivel de su red de servicios.		
--	---------------------------------------	--	--

COPIA NO CONTROLADA



**E.S.E. MUNICIPAL
MANUEL CASTRO TOVAR**
Calidez y Calidad para Todos
NIT. 813.005.295-8

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. SA-R-006 Formato registro de calidad de la RX periapical

Anexo B. SA-R-004 Registro diario de toma de RX

COPIA NO CONTROLADA



**E.S.E. MUNICIPAL
MANUEL CASTRO TOVAR**
Calidez y Calidad para Todos
NIT. 813.005.295-8

Anexo A. SA-R-006 Formato registro de calidad de la RX periapical y oclusal

E.S.E. MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR Calidez y Calidad para Todos NIT. 813.005.295-8		REGISTRO DE CALIDAD DE LA IMAGEN DE RX PERIAPICAL Y OCLUSAL					 	
FECHA	ALTA CALIDAD	DEFICIENTE REVELADO	DEFICIENTE TÉCNICA	DEFICIENTE EQUIPO RX	PACIENTE NO COLABORA	TOTAL Rx	NOMBRE DEL PROFESIONAL	

Código SA-R-006| Versión 1

COPIA NO CONTROLADA



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	07-05-2014	Versión inicial implementación SGC
02	15-01-2015	Actualización del documento

COPIA NO CONTROLADA