



Nº 0029-DE-HONADOMANI-

# Resolución Directoral

Lima... 02 de Febrero de 2012.

Visto, el Expediente Nº 17604-10.

## CONSIDERANDO:



Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de Salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; razón por la cual, es preocupación constante del Ministerio de Salud priorizar la calidad asistencial, así como la implementación de la mejor práctica clínica en las prestaciones asistenciales que se brinde a la población usuaria en los Establecimiento de Salud;



Que, dentro de ese contexto, se expidió la Resolución Ministerial Nº 422-2005/MINSA, de fecha 01 de Junio del 2005, que aprueba la Norma Técnica Nº 027-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuya finalidad es estandarizar la elaboración de las Guías de Práctica Clínica, de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que respondan a las prioridades sanitarias nacionales y/o regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recursos en los establecimientos de salud;



Que, en ese sentido, mediante Oficios Nº 259.ODO.HONADOMANI-SB-2010 y Nº 242-ODO-HONADOMANI-SB-2011, el Jefe del Departamento de Odontología remite al Director General, Nueve (09) Guías de Práctica Clínica, elaboradas por los Servicios de Odontología de la Mujer y de Odontopediatría, debidamente visadas, para su aprobación vía Resolución Directoral;



Que, mediante Memorando Nº 622-2011-OGC.HONADOMANI.SB el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, el Informe Nº 071-2011-ECS-OGC-HONADOMANI.SB, por el cual la Responsable de Evaluación de la Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad, concluye que las nueve (09) Guías de Práctica Clínica cuentan con opinión favorable por cumplir con los criterios en estructura y contenido establecidos en la Norma Técnica Nº 027-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" y recomienda a su vez, remitir las citadas guías a la Dirección General, para su aprobación mediante la respectiva Resolución Directoral;

Que, mediante Memorando Nº 15-DO-HONADOMANI.SB-2012, el Jefe del Departamento de Odontología informa al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, que por un error no incluyó en la relación de nueve (09) Guías de Práctica Clínica materia de aprobación, la Guía de Práctica Clínica denominada CARIES DE LA DENTINA, elaborada por el Servicio de Odontología de la Mujer, que consta de 04 folios;

Que, mediante Memorando Nº 021-2012-OGC.HONADOMANI.SB el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, el Informe Nº 003-2012-ECS-OGC-HONADOMANI.SB, por el cual la Responsable de Evaluación de la Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad, concluye que la Guía de Práctica Clínica denominada CARIES DE LA DENTINA, cuentan con opinión favorable por cumplir con los criterios en estructura y contenido establecidos en la Norma Técnica Nº 027-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" y recomienda a su vez, incluir la citada Guía en la relación de las nueve (09) Guías de Práctica Clínica materia de aprobación mediante la respectiva Resolución Directoral;



Con las visaciones de la Sub – Dirección General, del Departamento de Odontología y de las Oficinas de Gestión de la Calidad y de Asesoría Jurídica;

En uso de las atribuciones conferidas por el Artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; aprobado mediante Resolución Ministerial N° 884-2003-SAVDM;

**SE RESUELVE:**

**Artículo Primero.-** Aprobar Diez (10) Guías de Práctica Clínica del Departamento de Odontología del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", que forman parte integrante de la presente resolución:



**Servicio de Odontología de la Mujer.-**

1. ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA - Consta de 04 folios.
2. ALVEOLITIS MAXILAR - Consta de 05 folios.
3. CARIES DE LA DENTINA – Consta de 04 folios.
4. GINGIVITIS CRONICA - Consta de 04 folios.
5. NECROSIS PULPAR - Consta de 04 folios
6. PERIODONTITIS CRONICA - Consta de 05 folios.
7. PULPITIS - Consta de 05 folios.



**Servicio de Odontopediatría.-**

1. GINGIVOESTOMATITIS HERPETICA PRIMARIA - Consta de 04 folios.
2. MALOCCLUSION DENTARIA - Consta de 05 folios.
3. PULPITIS - Consta de 05 folios

**Artículo Segundo.-** Disponer que el Departamento de Odontología implemente la difusión interna de las Diez (10) Guías de Práctica Clínica y su cumplimiento en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; así como que el responsable del Portal de Transparencia de la Institución se encargue de la publicación de las mismas, aprobadas por la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica [www.sanbartolome.gob.pe](http://www.sanbartolome.gob.pe).



Regístrese y Comuníquese.

**MINISTERIO DE SALUD**  
**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO**  
**"SAN BARTOLOME"**  
  
**DR. JULIO CANO CABELLOS**  
**DIRECTOR GENERAL**  
**ODONTOLOGIA**

- JJC/NCV/RDLTS  
c.c.  
• SDG  
• OGC  
• OAJ  
• DO  
• OEI  
• Archivo



PERÚ

Ministerio  
de Salud



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
“SAN BARTOLOMÉ”

GUÍAS DE PRACTICAS CLÍNICAS  
DEL  
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

Lima - Perú

2011

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
“SAN BARTOLOMÉ”  
OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA  
06.1.02.1.12  
RECIBIDO  
13:50  
FIRMA:

1

**Dr. CARLOS TEJADA NORIEGA**  
MINISTRO DE SALUD

**Dr. JULIO CANO CÁRDENAS**  
Director General del HONADOMANI "San Bartolomé"

**Dr. AUGUSTO AMORÓS CORTES**  
Sub Director General del HONADOMANI "San Bartolomé"

**Dr. MARCO CASTILLO PRADA**  
Jefe del Departamento de Odontoestomatología

**Asesoría**  
**MG. ANA CARBAJAL CARBAJAL**  
Responsable Evaluación de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD  
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"  
CALLE DE LA SALUD N.º 100  
CANTÓN GUAYAS, GUAYAS  
Ecuador  
TEL: (09) 970 000 000  
WWW.MINISTERIODESALUD.GOV.EC

*[Firma]*  
MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

RELACIÓN DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL DEPARTAMENTO  
DE ODONTOESTOMATOLOGÍA.

1. C. D. MARCO ANTONIO CASTILLO PRADA
2. C. D. CARLOS BERNARDO CARHUAMACA SANCHEZ
3. C. D. MARIA PETRONILA CORTEZ MARINO
4. C. D. WILFREDO EMILIO DENEGRI GIURFA
5. C. D. MARIA LUZ HUAITALLA HUAMAN
6. C. D. ADELMO RODOMIRO CUENTAS ROBLES
7. C. D. GRACIELA JULIA CHAMBILLA ALEJOS
8. C. D. ADOLFO JAIME MEZA CAÑARI
9. C. D. MARLENE ROCÍO VEGA QUIÑONEZ
10. C. D. JOANNA MELISA BLAS JHON



 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica Absceso Periapical sin Fístula		Departamento Odontología
CODIGO CIE 10: K04.7	Version II 2011	Servicio Odontología de la Mujer

#### I. NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre : Absceso periapical sin fístula

Código CIE-10 : K04.7

#### II. DEFINICIÓN

**1. Definición :** Es la respuesta inflamatoria avanzada exulativa e intensamente sintomática de los tejidos conjuntivos periapicales.

Sinónimos : Absceso periapical agudo, absceso alveolar, absceso dentoalveolar, absceso agudo, absceso radicular agudo.

**2. Población objetivo :** Mujeres gestantes y no gestantes que acuden a la consulta en el Hospital "San Bartolomé".

**3. Etiología :** Este tipo de absceso puede ser causado por agentes físicos (traumatismos alveolo dentarios), químicos (contaminación por sustancias irritantes) y microbianos (causantes de infecciones).

**4. Fisiopatología :**

- El organismo reacciona ante una infección, con aumento de los glóbulos blancos.
- La pus resulta por la acumulación de estos glóbulos blancos y de tejido necrosado.
- Inicialmente la pus de una infección dentaria se produce dentro de la encía, de modo que ésta se hincha en la proximidad de la raíz dentaria.
- Según la posición del diente, la pus puede entonces drenar internamente en la boca o externamente por la piel.

**5. Aspectos epidemiológicos importantes :** Las estadísticas de nuestra institución refieren que cerca de un 1% del total de pacientes que acuden a la consulta padecen de esta dolencia.

#### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

- Falta de control odontológico.
- Productos metabólicos terminales, bacterias o sus toxinas, el tejido periapical procedente del sistema de conductos radiculares de los dientes con necrosis pulpar.
- Tratamiento yatrogénico de caries profunda.
- Tratamientos endodónticos inadecuados, cortos, sobreextendidos o sobreobturados.

#### IV. CUADRO CLÍNICO

**1. Signos :**

- Se puede presentar una tumefacción al fondo del vestíbulo y movilidad de la pieza dentaria.
- Dientes con amplia destrucción coronaria por caries o por necrosis pulpar.

**2. Síntomas :**

- El dolor y la patogenia tienen un aumento progresivo y rápido con características de un proceso inflamatorio agudo en la región periapical.
- El dolor y la patogenia tienen un aumento progresivo y rápido con características de un proceso inflamatorio agudo en la región periapical.
- Sensibilidad extrema a la percusión y a la palpación.
- Los dientes vecinos también pueden presentar sensibilidad a la percusión sin presentar vitalidad pulpar.

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
SERVICIO DE ODONTOLOGIA DE LA MUJER  
DIRECCIÓN GENERAL DE ODONTOLOGIA

 PERÚ <b>Ministerio de Salud</b>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Absceso Periapical sin Fístula		Departamento Odontología
CODIGO CIE 10: K04.7	Version: II'2011	Servicio: Odontología de la Mujer

- El diente puede presentar respuestas positivas al calor, pues este agente físico puede provocar expansión de gases con la consecuente sensación dolorosa.

## V. DIAGNÓSTICO

### 1. Criterios de diagnóstico:

#### Criterios de severidad :

- Cuando el absceso periapical agudo está circunscrito a la región apical, las manifestaciones de orden general se hacen más severas, presentándose bacteriemia transitoria, linfadenitis regional y elevación de la temperatura corporal.
- La pus presente en la región periapical (fase intraósea), y que no drena por el canal radicular, sigue el camino de menor resistencia para exteriorizarse.

#### Signos de alarma :

- Dolor severo.
- Asimetría facial.
- Exteriorización del absceso agudo por la superficie cutánea.

### 2. Diagnóstico diferencial:

- Absceso gingival.
- Flemón.

## VI. EXÁMENES AUXILIARES.

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica.
- Prueba de vitalidad pulpar.
- Pruebas citopatológicas.

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

Si las condiciones permiten un procedimiento conservador (mantener la pieza dentaria), teniendo en cuenta que la destrucción coronaria de la pieza dentaria no es amplia y no presenta movilidad, se procede a una cirugía para obtener una vía de acceso a la cámara pulpar, y así conseguir el drenaje de la pus, se alivia el dolor y se indica la medicación respectiva (antibiótica-antiinflamatoria-analgésica), se controla cada 24 horas, y luego de desaparecidos los síntomas, se procede al tratamiento convencional de conductos. Si la pieza dentaria no está en condiciones de ser mantenida : gran destrucción coronaria y movilidad dentaria, se indicará exodoncia de dicha pieza.

## VIII. COMPLICACIONES.

- Movilidad dentaria.
- Pérdida de la pieza dentaria.
- Fístula cutánea.
- Celulitis facial.

## IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Referencia, En los casos en que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los factores de riesgo u otros que ameriten un riesgo mayor durante la intervención.

La contrarreferencia, es al centro de salud de la jurisdicción, una vez resuelta la atención especializada.

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica Absceso Periapical sin Fístula		Departamento: Odontología
CODIGO CIE 10 K04.7	Versión: II.2011	Servicio: Odontología de la Mujer

#### X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO

Ver fluxograma adjunto.

#### XI. INDICADORES DE EVALUACION

$\frac{\text{Nº pacientes que reciben tratamiento por Absceso Periapical sin Fístula}}{\text{Total de pacientes que acuden a la Consulta por Absceso Periapical sin Fístula}} \times 100$

#### XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

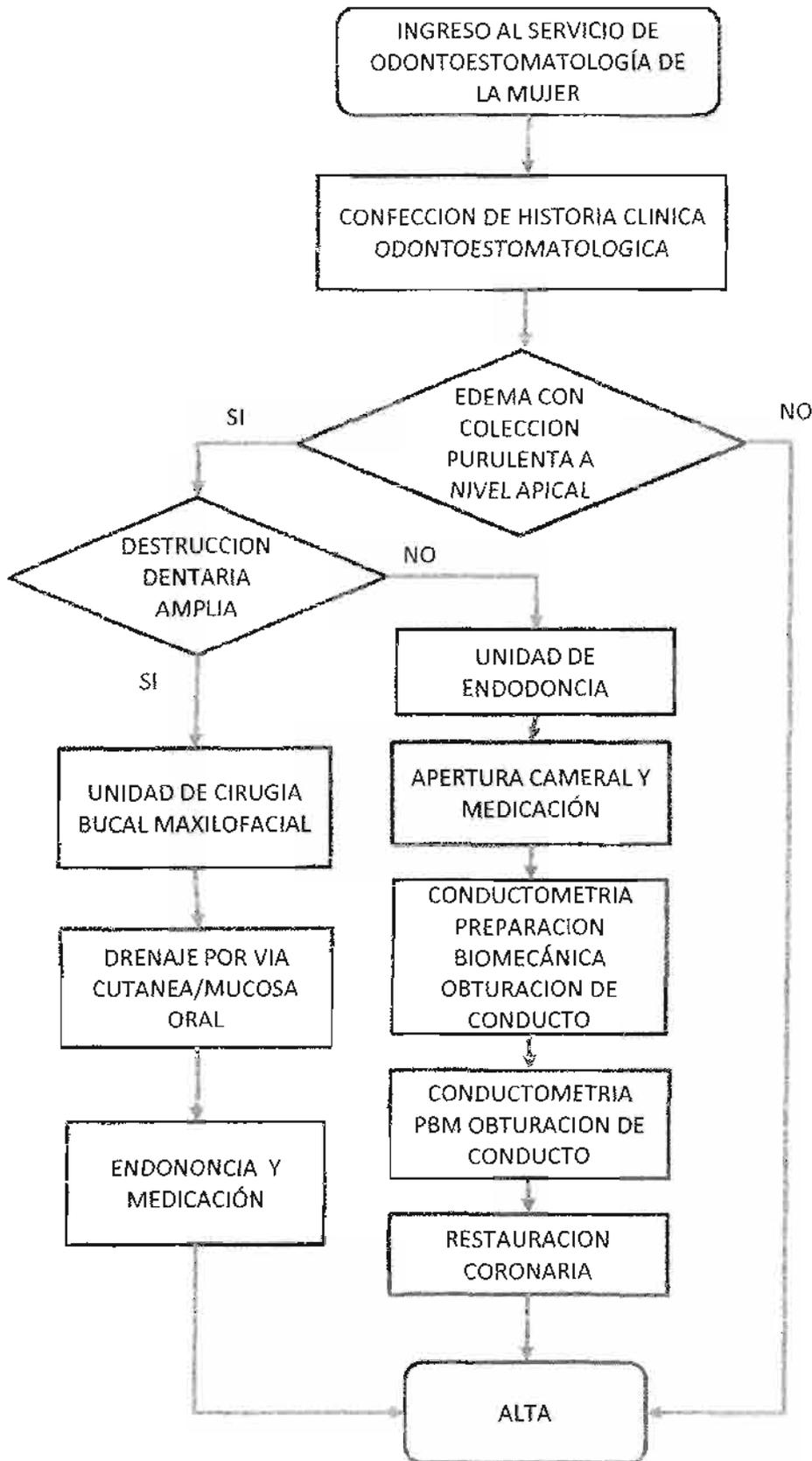
- 1.- Gay Escoda, Cosme. CIRUGIA BUCAL. Editorial Ergon - Océano. Primera Edición. España. 2008.
- 2.- Navarro Vila, Carlos. CIRUGIA ORAL. Editorial Aran Ediciones S. A. Primera Edición. España. 2008.
- 3.- Raspall, Guillermo. CIRUGIA ORAL E IMPLANTOLOGÍA. Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición. España. 2006.
- 4.- Hupp, James R. ; Ellis III, Edward; Tucker, Myron R. CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. Editorial Elsevier. Quinta Edición. España 2009.
- 5.- Donado, M. CIRUGIA BUCAL. PATOLOGIA Y TECNICA. Editorial Masson Elsevier. Tercera Edición. España. 2005.
- 6.- Informe Anual de la Oficina de Estadística. Año 2010. Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

#### XIII. ANEXO

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
  
 DIRECTOR CASTILLO PRADA

# FLUXOGRAMA DE ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA



*[Handwritten signature and stamp]*

 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Alveolitis del Maxilar		Departamento: Odontología
CODIGO CIE 10: K10.3	Versión: II. 2011	Servicio: Odontología de la Mujer

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre : Alveolitis del Maxilar.  
Código CIE-10 : K10.3

## II. DEFINICIÓN

1. **Definición** : La alveolitis del maxilar es una inflamación localizada de forma superficial, en el alveolo, luego de una extracción dentaria, y se produce por la pérdida prematura del coágulo sanguíneo, dejando expuestas las terminaciones nerviosas libres y la posibilidad de una colonización bacteriana posterior, en donde se va a manifestar un intenso dolor y así mismo, mal olor en el alveolo expuesto.

Se puede clasificar en dos tipos :

- **Alveolitis seca** : Presenta el alveolo abierto sin coágulo y con paredes óseas totalmente desnudas. El dolor es violento, constante, perturbador y con irradiaciones, que se exagera con la masticación y que impide, en la mayoría de los casos, la actividad normal del paciente.

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

2.- **Población Objetivo**.- Mujeres gestantes y no gestantes que acuden a la consulta en el Hospital "San Bartolomé"

3.- **Etiología**.- No ha sido posible atribuir la alveolitis a una causa determinada. Se considera como una afección multifactorial.

4.- **Fisiopatología**.- En la literatura odontológica se encuentra que la alveolitis (osteitis alveolar), es la complicación post extracción dental que se presenta en mayores casos.

Las teorías etiopatogénicas que se han propuesto para la alveolitis seca son :

**La teoría fibrinolítica de Birn**, dice que tras la extracción del diente se pone en marcha un proceso inflamatorio que podría afectar la formación y retención del coágulo. Estudios de laboratorio y clínicos han puesto de manifiesto un aumento de la actividad fibrinolítica en la patología de esta afección, se produce una desintegración de la fibrina, afectando la firmeza del coágulo y facilitando la aparición de un alveolo seco.

**La teoría Bacteriana**, viene avalada por la existencia de un alto recuento de bacterias pre y post extracción dental, alrededor del sitio de la operación en los pacientes que sufrieron alveolitis respecto a los que no la sufrieron. Entre los microorganismos que se han relacionado con la alveolitis seca se encuentra el *Actinomyces viscosus* y el *Streptococcus mutans*, pues se ha demostrado que retrasan la cicatrización alveolar post extracción en un modelo animal.

5.- **Aspectos Epidemiológicos Importantes**.- La alveolitis es una complicación frecuente de la extracción dentaria, y es más común en los casos post extracción de terceras molares. En nuestra consulta se presenta en casi 4% en el año, de los pacientes que asisten a nuestro hospital, para recibir tratamiento de extracción dental (según datos de la Oficina de Estadística e Informática).

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
ODONTOLOGIA DE LA MUJER  
1011

 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Alveolitis del Maxilar		Departamento: Odontostomatología
CODIGO CIE 10: K10.3	Versión: II.2011	Servicio: Odontostomatología de la Mujer

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

Se considera que algunos factores aumentan su frecuencia como : aporte vascular disminuido del hueso, pacientes con hueso esclerótico, los traumas excesivos de los bordes del alveolo de la encía y el aplastamiento óseo: la extracción de dientes con procesos periodontales o en cuadros agudos periapicales; mala higiene bucal, permanencia de cuerpos extraños en el alveolo; restos radiculares de quistes y granulomas. Algunos otros factores de riesgo en el desarrollo de la alveolitis son : dificultad en la extracción, excesivo tiempo operatorio, la inexperiencia del cirujano; el uso de anticonceptivos orales; una inadecuada irrigación intraoperatoria; la edad avanzada; pacientes de sexo femenino (menstruación); el tabaquismo; la inmunosupresión y el trauma quirúrgico.

### IV. CUADRO CLINICO.

El signo más evidente es la falta de coágulo, la exposición ósea y la halitosis. En algunos casos se puede encontrar un ligero aumento de la temperatura.

- **Alveolitis seca** : Clínicamente se caracteriza por la existencia de un alveolo desnudo, sin presencia de coágulo, con las paredes expuestas y los bordes gingivales separados. Tras la extracción dentaria el coágulo sanguíneo se pierde de forma prematura primero adoptando una coloración grisácea para posteriormente desaparecer completamente. El síntoma característico es el dolor agudo en la zona del alveolo. Típicamente, el dolor se inicia del 2º al 4º día post operatorio, se refiere al oído, y dura a partir de algunos días a muchas semanas si no se trata.

- **Alveolitis húmeda** : Se caracteriza por la presencia del coágulo desorganizado en el alveolo luego de una exodoncia puede haber sangrado y halitosis. El dolor es menos intenso, espontáneo y sobre todo provocado.

### V. DIAGNOSTICO.

1.- **Criterios de diagnóstico** : Clínicamente se caracteriza por la existencia de un alveolo desnudo, sin presencia de coágulo sanguíneo, con las paredes óseas expuestas y los bordes gingivales separadas. Tras la extracción dentaria, el coágulo sanguíneo se pierde de una forma prematura, primero adoptando una coloración grisácea para posteriormente desaparecer completamente. Aunque no se evidencia supuración, existe un dolor intenso, agudo y tormentoso que aumenta con la masticación o succión o la masticación y que persiste durante varios días. No es rara la irradiación del dolor al oído y la sien homolateral. También se han referido, aunque de forma infrecuente, la aparición de adenopatías. El cuadro tiene su inicio típico en el segundo o tercer día tras la extracción, y suele durar, ya sea con o sin tratamiento, unos diez o quince días. El paciente presenta un ligero malestar inicial, seguida de una leve mejoría y un empeoramiento súbito, en forma de dolor importante que es difícil de controlar, incluso con el empleo de analgésicos potentes. Es excepcional la aparición de una alveolitis antes del primer día de post operatorio, pues el coágulo necesita de un tiempo para ser afectado por la plasmina antes de que la desintegración del mismo tenga lugar.

2.- **Diagnóstico diferencial** : En relación con procesos traumáticos principalmente.

### VI. EXAMENES AUXILIARES.

- **De Patología Clínica** : Histológicamente se observa una osteitis circunscrita a la lámina alveolar con tendencia a progresar al tejido óseo de la vecindad.

ELABORADO POR :	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
  
 ODONTOESTOMATOLOGIA

	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	F
Gula de Práctica Clínica	Alveolitis del Maxilar	Departamento Odontología
CODIGO CIE 10 K10.3	Version II 2011	Servicio Odontología de la Mujer

- De imágenes : Radiológicamente no se observan alteraciones importantes y en fases avanzadas podemos detectar áreas de rarefacción que, la cortical alveolar, alcanza el tejido óseo adyacente.

#### VII. MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

1.- **Medidas Generales y Preventivas** : Acorde con las teorías patogénicas de la alveolitis seca, para su prevención se han estudiado agentes antifibrinolíticos, lavados, antisépticos y antibióticos. El uso de agentes antifibrinolíticos van encaminados a evitar la desintegración temprana del coágulo. Otros autores han propugnado el empleo de lavados con solución salina. El uso de apósitos calmantes también ha sido aplicado con éxito en la reducción de la alveolitis post extracción a partir de un estudio reciente. El colutorio de clorhexidina, también se ha usado, reduciendo de manera importante la osteitis alveolar post extracción de terceros molares retenidos. Algunos autores opinan que pese al poder antiséptico de la clorhexidina y al reducir el recuento bacteriano salival en más del 95 %, la saliva contendría suficiente número de bacterias como para producir la alveolitis seca.

2.- **Terapéutica** : De acuerdo al tipo de alveolitis.

Plan de Trabajo.

COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCION	MANEJO Y TRATAMIENTO	PRONOSTICO
ALVEOLITIS HUMEDA	AMBULATORIA	CURETAJE ALVEOLAR	BUENO
ALVEOLITIS SECA	AMBULATORIA	LIMPIEZA DEL ALVEOLO PRESCRIPCION ANALGÉSICA	BUENO
	EMERGENCIA	LIMPIEZA DEL ALVEOLO PRESCRIPCION ANALGÉSICA	BUENO
	HOSPITALIZACION	LIMPIEZA DEL ALVEOLO PRESCRIPCION ANALGÉSICA	BUENO
	DOMICILIARIA	PRESCRIPCION ANALGESICA	BUENO

- **Signos de alarma a ser tomados en cuenta** : Presencia de dolor espontáneo.

- **Criterios de Alta** : Se considera el alta cuando se logra eliminar el dolor y hay reparación del tejido alveolar, en el caso de la alveolitis seca. En caso de la alveolitis húmeda, la colocación del apósito comprensivo, luego de provocar el sangrado, así como la reparación tisular y la desaparición de las molestias, será el criterio para el alta.

- **Pronóstico** : Bueno.

#### VIII. COMPLICACIONES.

El cuadro puede progresar a una osteomielitis.

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE  
MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
ODONTOESTOMATOLOGIA  
DR. MANUEL CASTILLO PRADA  
EN ALTERNANCIA CON EL DR. JUAN CARLOS  
SANTANA

 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica: Alveolitis del Maxilar		Departamento. Odontostomatología
CODIGO CIE 10 K10.3	Versión II 2011	Servicio Odontostomatología de la Mujer

#### IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Referencia, se hará en los casos en que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los factores de riesgo u otros que ameriten un riesgo mayor durante la intervención.

La contrarreferencia, es al centro de salud de la jurisdicción, una vez resuelta la atención especializada.

#### X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO

Ver fluxograma adjunto.

#### XI. INDICADORES DE EVALUACION

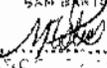
$$\frac{\text{Nº pacientes que reciben tratamiento por Alveolitis del Maxilar}}{\text{Total de pacientes que acuden a la Consulta por Alveolitis del maxilar}} \times 100$$

#### XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

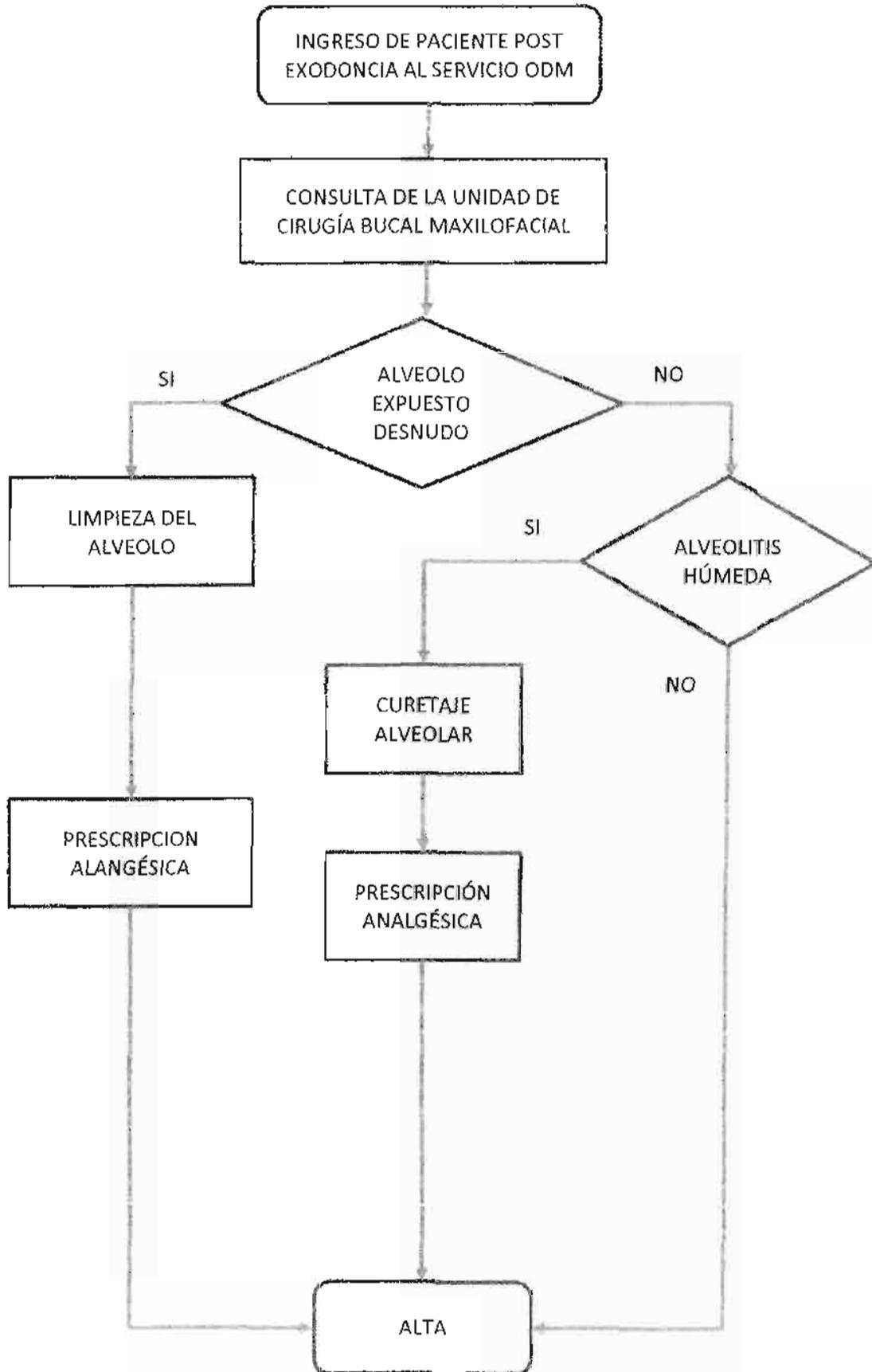
- 1.- Masimo U. COMPLICACIONES POST EXODONCIA MAS FRECUENTES EN PACIENTES DE LA CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROTHMANN. Revista Médica Basadrina. 2009; 3 (1) . 12-15. Tacna. Perú.
- 2.- Nápoles I. y col. INCIDENCIA DE LA ALVEOLITIS. Revista Archivo Médico de Camagüey 2009; 12 (2). Cuba.
- 3.- Pitekoba L. et. Al. COMPLICATIONS AFTER THIRD MOLAR SURGERY. Bratisl Lek Listy. 2010; 111 (5) : 296-298. Bratislava Medical Journal. Bratislava. Slovakia.
- 4.- Santiago R. y col. EVALUACION DE PACIENTES AFECTADOS DE ALVEOLITIS : USO DEL METRONIDAZOL TOPICO EN DOSIS UNICA. Gaceta Médica Espirituana. 2009; 11 (1). Cuba.
- 5.- Informe Anual de la Oficina de Estadística e Informática. Año 2010. Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

#### XIII. ANEXO.

ELABORADO POR .	REVISADO POR .	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
CD. MARCELO PRADA  
2011-01-01-2012-12-31

# FLUXOGRAMA DE ALVEOLITIS MAXILAR



 <b>PERÚ</b> <b>Ministerio de Salud</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"</b>	
<b>Guía de Práctica Clínica : Caries de la Dentina</b>		<b>Departamento: Odontoestomatología</b>
<b>CODIGO CIE 10. K02.1</b>	<b>Versión: II. 2011</b>	<b>Servicio: Odontoestomatología de la Mujer</b>

### I. NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre : Caries de la Dentina.

Código CIE-10 : K02.1

### II. DEFINICIÓN

**1. Definición :** Enfermedad multifactorial, que se caracteriza por la desintegración progresiva de los tejidos calcificados de los dientes. Los autores refieren que la caries dental es una enfermedad infecciosa de etiología multifactorial, donde los microorganismos organizados en una bio-película, denominada placa dental, constituyen un factor determinante en el desarrollo de la lesión de caries, y ésta representa el signo tardío de la enfermedad. La etapa inicial de la lesión se aprecia clínicamente como una mancha blanca, y a medida que progresa se desarrolla una cavidad con la dentina expuesta al medio bucal, a partir de la destrucción de tejidos dentarios.

**2. Población objetivo :** Mujeres gestantes y no gestantes que acuden a la consulta en el Hospital "San Bartolomé".

**3. Etiología :** - Enfermedad infecto- contagiosa en la cual intervienen cuatro factores básicos:

Factores Individuales :

- Morfología dentaria de los molares y pre molares

- Anomalia dentaria de estructura

- Tiempo prolongado sin higiene mantiene un pH ácido constante a nivel de la interfase placa – esmalte.

- Dieta, alta frecuencia de consumo de carbohidratos fermentables y azúcares

- Placa dental (Biofilm) que es capaz de producir caries debido a la capacidad acidogénica y acidorresistente de los microorganismos que la colonizan.

- Enfermedades sistémicas: desnutrición crónica, enfermedades que afecten el sensorio, enfermedades respiratorias.

condición socio económica de pobreza y extrema pobreza

Factores Colectivos : Condición socio-económica de pobreza y de extrema pobreza.

**4. Fisiopatología :** La caries dental se manifiesta en lesiones cariosas como resultado de la disminución del pH producido por el metabolismo de carbohidratos en presencia de los microorganismos generando desmineralización y desintegración orgánica.

**5. Aspectos epidemiológicos importantes :** Según estadísticas de nuestra Institución más del 30 % de pacientes que acuden a la consulta odontológica presentan caries de la dentina.

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

Medio Ambiente : Del huésped : Edad, sexo, estado nutricional, pH de la saliva, morfología dentaria y anomalías de estructura.

Estilos de Vida : Dieta cariogénica, lactancia nocturna, hábitos de higiene, condición socioeconómica y cultural.

Factores hereditarios : Morfología dentaria, anomalías de estructura.

### IV. CUADRO CLINICO.

**Signos :** realizar una inspección extra bucal, e intra bucal. Durante el examen intra bucal observar los tejidos blandos y duros teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME

*M. Prado*  
DRA. MARCO ANTONIO PRADA  
D.E. ODONTOLOGA ESPECIALIZADA EN ODONTOESTOMATOLOGIA  
COP. 5864

14

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Caries de la Dentina		Departamento: Odontostomatología
CODIGO CIE 10. K02.1	Versión: II.2011	Servicio: Odontostomatología de la Mujer

Aspecto de la superficie.

Coloración.

Consistencia.

Sensibilidad

**Síntomas** : Puede haber reacción dolorosa al cambio térmico o al contacto con la superficie dentinaria.

#### V. DIAGNOSTICO.

1.- **Criterios de diagnóstico** : La inspección clínica depende de la evaluación de los cambios en la translucidez del esmalte, es decir, la pérdida del brillo, el aspecto opaco. También se evalúan las pigmentaciones, la localización y la presencia o no de tejido blando o los cambios en la textura del esmalte resultante del grado de desmineralización. éste el indicador con más validez que indica la caries activa.

2.- **Diagnóstico diferencial** : Con las siguientes afecciones :

Amelogénesis imperfecta

Dentinogénesis imperfecta

Abrasión

Erosión

Atrición

Hipoplasia del esmalte

Hipomineralización

Fluorosis dental

Pigmentación dentaria

#### VI. EXAMENES AUXILIARES.

**De Laboratorio** : Se realizarán, si el paciente va a ser atendido en sala de operaciones: Tiempo de sangría, tiempo de Coagulación VIH , etc. Este es el caso de pacientes con necesidades especiales ó sistémicamente comprometidos.

**De Imágenes** : Examen radiográfico Ayudará a determinar la profundidad de la lesión cariosa ubicación, relación con otros tejidos. Las más utilizadas son las radiografías de ala de mordida y periapical según sea el caso, y también las radiografías panorámicas.

**De Exámenes Especializados Complementarios** : Existen los métodos de transiluminación fluorescente y de conductancia eléctrica.

#### VII. MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

**Plan de Trabajo** : Luego del desarrollo de la Historia Clínica Odontostomatológica, se realizara el tratamiento ambulatorio de la siguiente forma : colocar una protección pulpar y luego la obturación con : amalgama dental, ionómero de vidrio o resina

**Efectos adversos o colaterales** : Reacción dolorosa por sobreobturacion o filtración por los márgenes mal sellados.

**Signos de alarma a ser tomados en cuenta** : Dolor persistente y espontáneo.

**Criterios de Alta** : Presencia de silencio clínico.

**Pronóstico** : Después de la obturación es favorable.

#### VIII. COMPLICACIONES :

Reacción pulpar indeseable.

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

SECRETARÍA DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
CALLE SAN JUAN DE LOS RIOS 1015  
LIMA, PERÚ  
TEL: 011 476 1000  
WWW.HOSPITALMADRENIÑO.GOV.PE

 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Caries de la Dentina		Departamento: Odontología
CODIGO CIE 10: K02.1	Versión: II, 2011	Servicio: Odontología de la Mujer

#### IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Referencia, se hará en los casos en que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los factores de riesgo u otros que ameriten un riesgo mayor durante la intervención.

La contrarreferencia, es al centro de salud de la jurisdicción, una vez resuelta la atención especializada.

#### X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO

Ver fluxograma adjunto.

#### XI. INDICADORES DE EVALUACION

$$\frac{\text{Nº pacientes que reciben tratamiento por Caries de la Dentina}}{\text{Total de pacientes que acuden a la Consulta por Caries de la Dentina}} \times 100$$

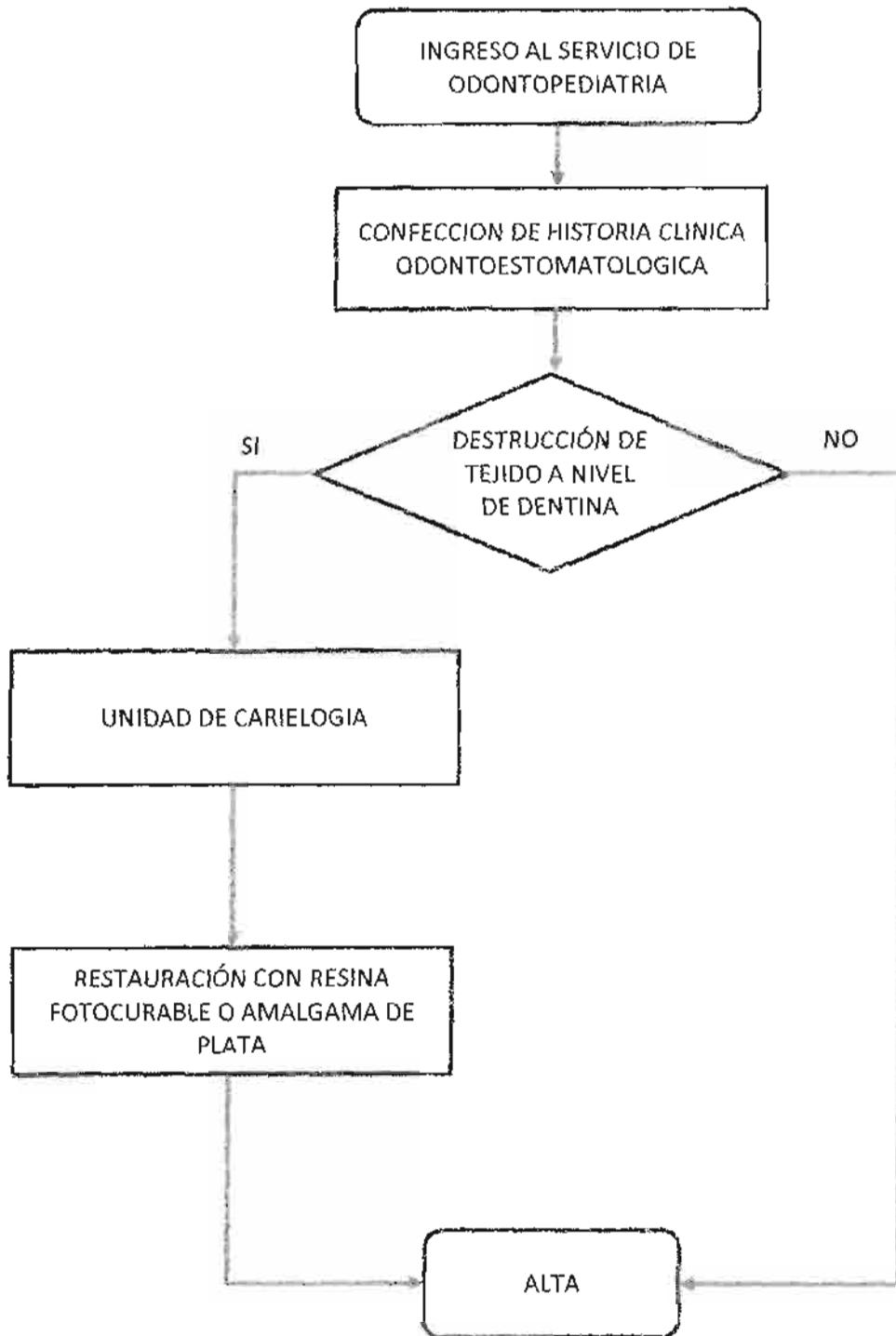
#### XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1- Echeverría García, José. MANUAL DE ODONTOLOGIA. Editorial Elsevier. Segunda Edición. España, 2009.
- 2.- Lanatta J, Eduardo. OPERATORIA DENTAL, ESTETICA, Y ADHESIVA. Editorial Grupo Guía. Segunda Edición. Argentina 2008
- 3.- Nocchi, Conceicao. ODONTOLOGIA RESTAURADORA, SALUD Y ESTETICA. Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición. España. 2008.
- 4.- Barrancos Mooney y Barrancos. OPERATORIA DENTAL. INTEGRACION CLINICA. Editorial Médica Panamericana. Cuarta Edición. Argentina. 2006.
- 5.- Informe Anual de la Oficina de Estadística e Informática, Año 2010. Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

REVISADO POR:	ELABORADO POR:	VIGENCIA:
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012



# FLUXOGRAMA DE CARIES DE LA DENTINA



Handwritten signature and official stamp of a dental professional.

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica . Gingivitis Crónica		Departamento. Odontología
CODIGO CIE 10 K05.1	Versión II 2011	Servicio Odontología de la Mujer

### I. NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre : Gingivitis Crónica  
Codigo CIE-10 : K05.1

### II. DEFINICIÓN

- Definición :** Proceso inflamatorio de la gingiva sin pérdida de la adherencia epitelial
- Población objetivo :** Mujeres gestantes y no gestantes que acuden a la consulta en el Hospital "San Bartolomé"
- Etiología :** Se produce por los factores locales modificados por los factores sistémicos.  
Factores Locales : Placa Bacteriana  
Factores Sistémicos : Hormonal, medicamentoso y la malnutrición.
- Fisiopatología :** La fisiopatología de la enfermedad gingival está íntimamente ligada a la acción de las bacterias organizadas en la placa bacteriana, a la contribución de factores sistémicos como la nutrición, factores hormonales, disfunción de los polimorfonucleares entre otros. A pesar de haber sido investigada, no se ha podido valorar su dimensión exacta. Es de considerar los factores sistémicos como condicionantes que facilitan la acción bacteriana, al romper el equilibrio huésped/bacteria, en la defensa natural del individuo. Aproximadamente un mes después de la acumulación de la placa, la respuesta celular y la permeabilidad parecen llegar a su meseta, esto puede durar largos períodos sin que la lesión constituida, "gingivitis", progrese a lesión avanzada. Hasta ahora no se ha podido definir la naturaleza de ese equilibrio para contrarrestar la inflamación producida por la placa dental y, que impiden el crecimiento de los microorganismos hacia la superficie radicular o evitar que invadan al tejido conectivo. La respuesta del huésped no parece ser capaz de eliminar totalmente los microorganismos del surco gingival, de esa manera la reacción inflamatoria se mantiene o persiste en la encía coronaria.
- Aspectos epidemiológicos importantes :** Se presenta en todas las edades, con un índice del 16% del total de pacientes que asisten a la consulta en nuestro hospital.

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

- Higiene bucal deficiente.
- Ingesta de alimentos rica en azúcares refinados
- Cambios hormonales.
- Malnutrición
- Drogas.
- Obturaciones desbordantes y rehabilitación protésica que genera retención de placa.

### IV. CUADRO CLINICO.

- Signos :** Enrojecimiento gingival, edema, cambio en el contorno de la encía marginal, agrandamiento gingival, retracción gingival en la zona afectada.
- Síntomas :** Sangrado al cepillado dental o al masticar alimentos duros, algunos pacientes refieren sangrado espontáneo

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	Y.
Guía de Práctica Clínica: Gingivitis Crónica		Departamento Odontología
CODIGO CIE 10, KOS 3	Versión II 2011	Servicio Odontología de la Mujer

#### V. DIAGNOSTICO.

1.- **Criterios de Diagnóstico** : Está dado cuando existen signos de inflamación gingival en parte o en todo el diente, o en vanas unidades dentales. Cuando no hay pérdida de los niveles de adherencia y no hay pérdida del hueso alveolar

2.- **Diagnóstico Diferencial** : Gingivitis versus periodontitis.

#### VI. EXAMENES AUXILIARES.

- Radiografía periapical
- Sondaje del surco gingival
- Índice gingival.

#### VII. MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

1.- **Medidas generales y preventivas** :

**Fisioterapia** :

- Identificación de la placa bacteriana.
- Enseñanza de la técnica del cepillado dental.
- Control del cepillado dental
- Uso del hilo dental.

**Profilaxis** :

- Control de placa bacteriana. - Uso de un agente antibacteriano ( colutorio bucal ) - Eliminación del sarro dental.
- Eliminación de la placa bacteriana con escobillas y pasta de profilaxis.
- Prescripción de cepillo, crema e hilo dentales.

2.- **Signos de alarma a ser tomados en cuenta** : Presencia de todos los signos clínicos y observar el número de piezas comprometidas.

3.- **Pronóstico** : Favorable.

#### VIII. COMPLICACIONES.

Cuando hay pérdida de adherencia epitelial y progresa a una periodontitis.

#### IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Referencia. se hará en los casos en que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los factores de riesgo u otros que ameriten un riesgo mayor durante la intervención.

La contrarreferencia. es al centro de salud de la jurisdicción. una vez resuelta la atención especializada.

#### X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO

Ver fluxograma adjunto

#### XI. INDICADORES DE EVALUACION

$\frac{\text{Nº pacientes que reciben tratamiento por Gingivitis Crónica}}{\text{Total de pacientes que acuden a la Consulta por Gingivitis Crónica}} \times 100$

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
  
DR. MARCO CASTILLO PRADA  
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

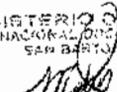
 <b>PERÚ</b> <b>Ministerio de Salud</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"</b>	
Guía de Práctica Clínica Gingivitis Crónica		Departamento Odontostomatología
CODIGO CIE 10 . K05.3	Versión : II 2011	Servicio. Odontostomatología de la Mujer

**XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

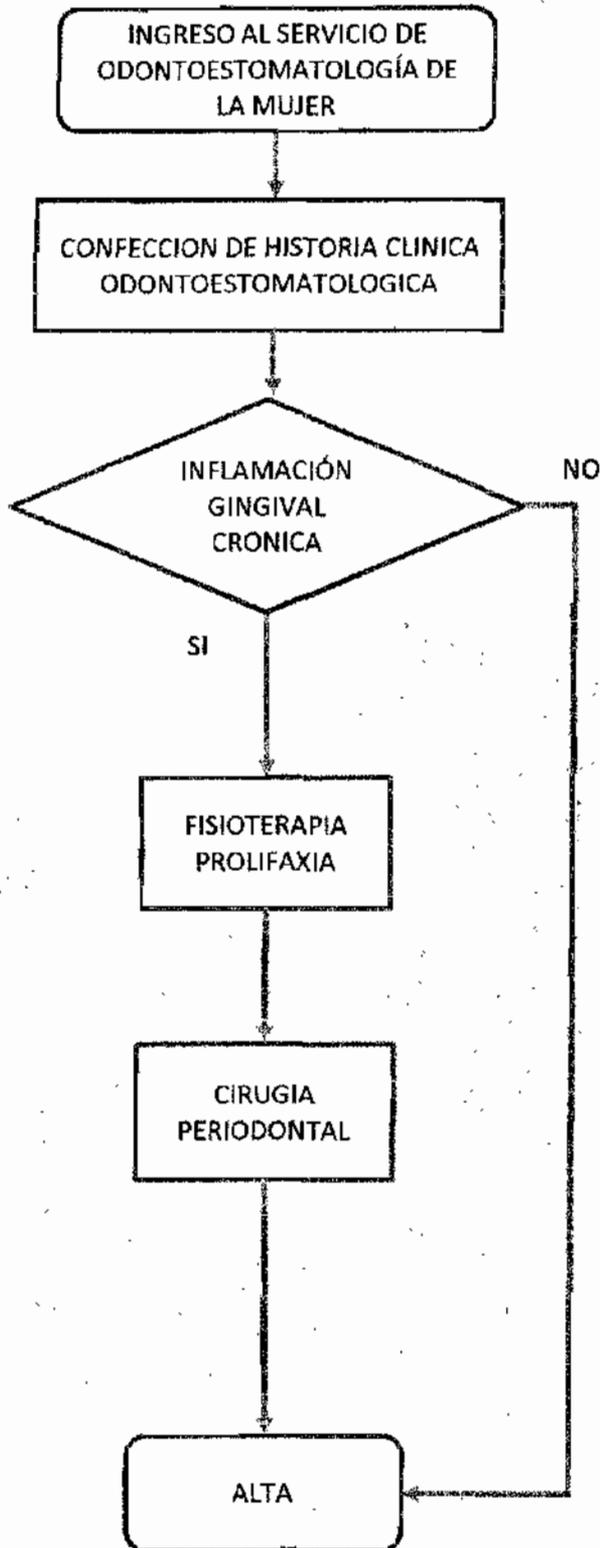
- 1.- Newman. Takei Carranza. PERIODONTOLOGIA CLINICA DE CARRANZA. Editorial Mac Crow Hill. 10ª Edición. México. 2010.
- 2.- FUNDAMENTOS DE ODONTOLOGIA. PERIODONCIA. Coordinación Científica. Ferro camargo, María Beatriz; Gómez Guzmán, Mauricio. Facultad de Odontología Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. 2ª Edición. Colombia. 2007.
- 3.- Echevarría, José Javier; Blanco, Juan. MANUAL SEPA DE PERIODONCIA Y TERAPEUTICA DE IMPLANTES. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Editorial Médica Panamericana. España. 2005.
- 4.- Informe Anual de la Oficina de Estadística. Año 2010. Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

**XIII. ANEXO**

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
COP 2004

# FLUXOGRAMA DE GINGIVITIS CRONICA



	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica - Necrosis Pulpar		Departamento: Odontología
CODIGO CIE 10: K041	Versión II 2011	Servicio: Odontología de la Mujer

### I. NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre : Necrosis Pulpar

Código CIE-10 : K041

### II. DEFINICIÓN

1. **Definición** : La Necrosis Pulpar es la muerte del tejido pulpar, como secuela de la inflamación aguda o crónica de una lesión traumática de la pieza dentaria.

2. **Población objetivo** : Mujeres gestantes y no gestantes que acuden a la consulta en el Hospital "San Bartolome"

3. **Etiología** : La lesión se presenta como consecuencia de las lesiones cariosas con compromiso pulpar directo o indirecto, pudiendo deberse también al trauma de la pieza dentaria u fractura de la corona que compromete a la pulpa

4. **Fisiopatología** : La pulpitis tratada dará como resultado la necrosis completa del tejido pulpar. Histológicamente se verifica la ausencia de tejido pulpar, y la presencia de simplemente restos tisulares y microorganismos, que pueden ser las causantes de las alteraciones periapicales. Esto se produce en función de sus condiciones locales, la presencia restringida del oxígeno y la luminosidad, además de la presencia de nutrientes en abundancia, debido a la existencia de tejidos en descomposición.

5. **Aspectos epidemiológicos importantes** : Los reportes de nuestro hospital, muestran que más del 7% de los pacientes que acuden a la consulta presentan cuadros de necrosis pulpar.

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

- Estado de salud general del paciente comprometido.
- Afectación severa del tejido periodontal.
- Malas condiciones de salud oral.
- Traumatismo dental.
- Falta de control odontológico cada seis meses

### IV. CUADRO CLINICO.

1. **Signos** :- La corona dentaria puede presentar cambio de color (oscuro).

2. **Síntomas** :- La necrosis pulpar, antes que afecte clínicamente al tejido periodontal suele ser asintomático.

### V. DIAGNOSTICO.

1.- **Criterios de diagnóstico** : Se presenta un proceso carioso con compromiso pulpar, evidencia de traumatismo oclusal o antecedentes de traumatismo dental, con posible decoloración de la corona. Hay una respuesta negativa a las pruebas de vitalidad pulpar. Radiográficamente se puede observar que la cámara pulpar presenta comunicación con evidente lesión cariosa.

2.- **Diagnóstico diferencial** : En la necrosis pulpar, no se obtiene resultado positivo en las pruebas de vitalidad, aunque en un diente de la zona posterior puede mantener su vitalidad en el tejido pulpar de más de un conducto, por lo tanto, éstos resultados no serán concluyentes. Clínicamente se puede distinguir las pulpitis reversible e irreversible de la necrosis, ya que un diente necrótico puede tener vascularizado el tercio apical del conducto pulpar y esto sólo podrá ser confirmado durante la limpieza químico-mecánica, pues la necrosis parcial es una clara posibilidad.

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica Necrosis Pulpar		Departamento: Odontostomatología
CODIGO CIE 10 KO41	Versión: II 2011	Servicio: Odontostomatología de la Mujer

**VI. EXAMENES AUXILIARES.**

- Radiografías periapicales.
- Test de vitalidad pulpar.

**VII. MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.**

**Plan de Trabajo**

	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO	PRONOSTICO
NECROSIS PULPAR	AMBULATORIA	ENDODONCIA EXODONCIA	BUENO
	EMERGENCIA	APERTURA CAMERAL EXODONCIA SIMPLE	BUENO
	HOSPITALIZACION	ENDODONCIA EXODONCIA	BUENO

- **Signos de alarma a ser tomados en cuenta :** Presencia de movilidad dentaria
- **Criterios de alta :** Ausencia de signos y síntomas de la pieza afectada.
- **Pronóstico :** Bueno.

**VIII. COMPLICACIONES.**

Desarrollo de un absceso Periodontal

**IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.**

Referencia. se hará en los casos en que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los factores de riesgo u otros que ameriten un riesgo mayor durante la intervención.

La contrarreferencia, es al centro de salud de la jurisdicción, una vez resuelta la atención especializada.

**X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO**

Ver fluxograma adjunto.

**XI. INDICADORES DE EVALUACION**

$\frac{\text{Nº pacientes que reciben tratamiento por Necrosis Pulpar}}{\text{Total de pacientes que acuden a la Consulta por Necrosis Pulpar}} \times 100$

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
  
DR. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

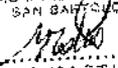
 <b>PERÚ</b> <b>Ministerio de Salud</b>	<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"</b>	
Guía de Práctica Clínica - Necrosis Pulpar		Departamento: Odontología
CODIGO CIE 10 : K041	Versión II.2011	Servicio: Odontología de la Mujer

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

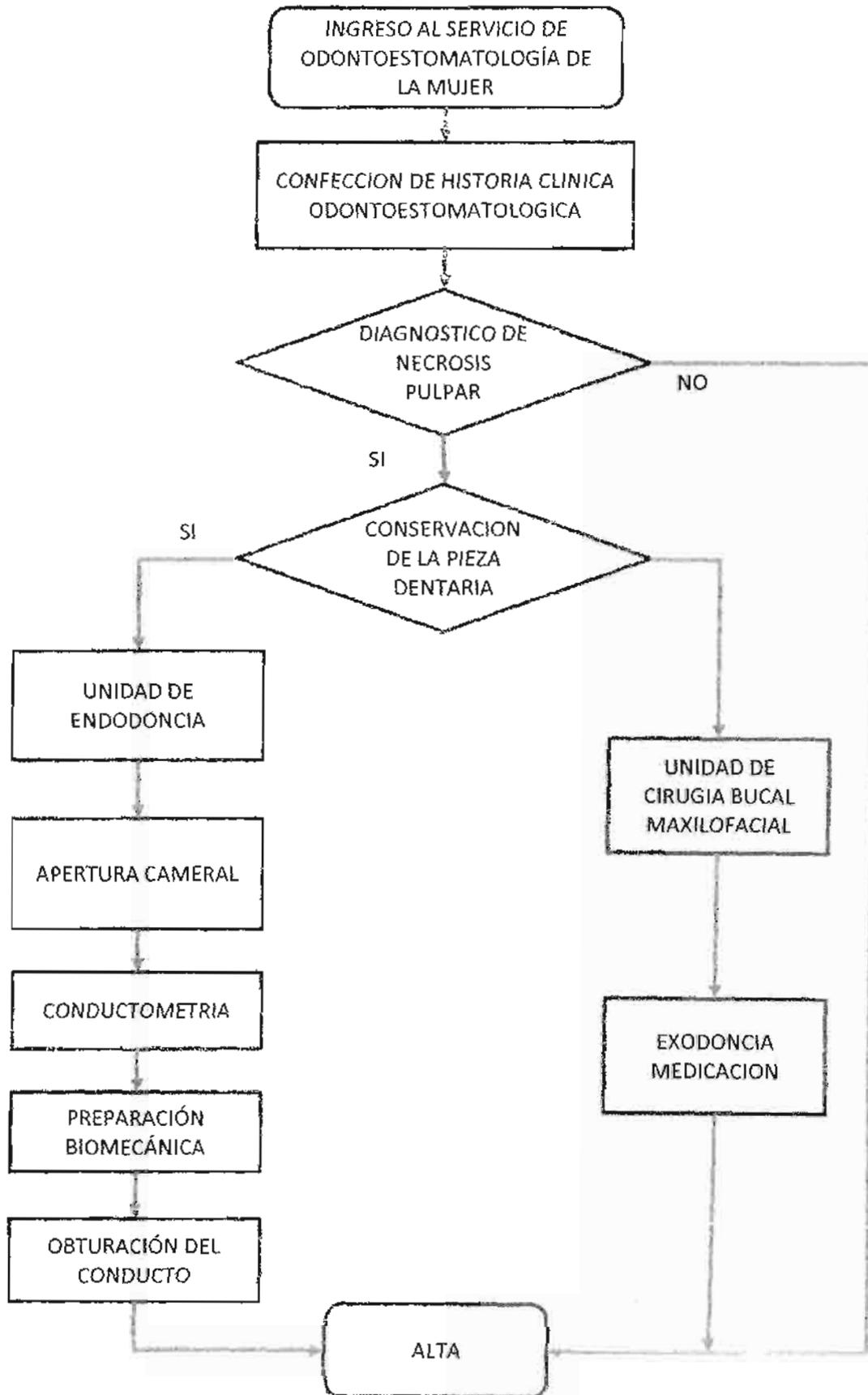
- 1.- Cohen, S. ; Hargreaves, K. M. VIAS DE LA PULPA. Editorial Elsevier. Novena Edición. España. 2008.
- 2.- Soares, José Ilson; Goldberg, Fernando. ENDODONCIA. TECNICAS Y FUNDAMENTOS. Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición. Argentina.
- 3.- Baumann, Michael A. Endodoncia. ATLAS EN COLOR DE ODONTOLOGIA. Editorial Elsevier. Segunda Edición. España. 2008.
- 4.- Bergenholz, Gunnar; Horsted-Binsdlev, Prebent; Reir, Claes. ENDODONCIA. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PULPA DENTAL. Editorial Manual Moderno. Primera Edición. Mexico. 2007.
5. Informe Anual de la Oficina de Estadística e Informática. Año 2010. Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

## XIII. ANEXO.

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
DR. MARCO CASTILLO PRADA  
ODONTOLOGIA

## FLUXOGRAMA DE NECROSIS PULPAR



 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guia de Práctica Clínica : Periodontitis Crónica		Departamento: Odontoestomatología
CODIGO CIE 10. KOS.3	Versión: II. 2011	Servicio: Odontoestomatología de la Mujer

## I. NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre : *Periodontitis Crónica*

Código CIF-10 : KOS 3

## II. DEFINICIÓN

1. **Definición** : Inflamación de la gingiva con extensión en el epitelio de inserción. Se caracteriza por destrucción del ligamento periodontal y la pérdida de tejido óseo de soporte, es más frecuente en la población adulta, pudiendo ocurrir en la población joven.

2. **Población objetivo** : Mujeres gestantes y no gestantes que acuden a la consulta en el Hospital "San Bartolomé"

3. **Etiología** : Se produce como consecuencia de las interacción de una serie de factores locales y sistémicos.

Factores Locales : Placa Bacteriana

Cálculo dental

Factores Sistémicos : Diabetes

Anemias (alteración de la serie blanca)

VIH

Epilepsia

Alteraciones Neurológicas

Esta enfermedad se caracteriza por una pérdida estructural del aparato de inserción, producida por determinadas bacterias, éstas también son necesarias pero no suficientes para que se produzca la enfermedad, siendo necesaria la presencia de un hospedador susceptible.

Determinados individuos con defectos en su sistema inflamatorio e inmunitario pueden generar periodontitis, incluso se podría llegar a demostrar cierta predisposición genética.

Las bacterias con evidencia fuerte de enfermedad son : A. actinomycetemcomitans; P. gingivalis; B. forsythus; P. intermedia; T. denticola

4. **Fisiopatología** : Enfermedad infecciosa de evolución crónica que afecta al sistema que soporta a nuestros dientes, encías, huesos, cemento y ligamento periodontal.

La enfermedad empieza con la formación de placa bacteriana, que no es retirada con el cepillado, esta se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada **cálculo o sarro dental**. Las bacterias de la placa producen toxinas que irritan las encías. Al permanecer éstas en su lugar provocan que estos tejidos se enfermen y como consecuencia se rompe **el surco gingival** y se forman las bolsas periodontales, que finalmente conlleva a la destrucción de **los tejidos de soporte** del diente.

El mecanismo de resorción del hueso puede relacionarse por liberar a los **mediadores inflamatorios**, como la prostaglandina E2 (PGE2) e Interleucina-1 (IL-1) que **actúan recíprocamente** con las células del hueso.

5. **Aspectos epidemiológicos importantes** : Existen pocos estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de la Periodontitis Crónica.

En el Perú las enfermedades periodontales afectan al 70% de la población. En nuestra Institución el promedio anual de afectados por periodontitis crónica en el año 2010 fue de 1% según datos de la Oficina de Estadística.

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

 PERÚ <b>Ministerio de Salud</b>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Periodontitis Crónica		Departamento: Odontostomatología
CODIGO CIE 10: K05.3	Versión: II.2011	Servicio : Odontostomatología de la Mujer

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

1. **Locales** : Higiene bucal deficiente  
Predisposición a los cálculos dentinarios  
Malos hábitos alimenticios  
Consumo de cigarrillos.
2. **Sistémicos** : Obesidad  
Depresión  
Diabetes  
Epilepsia  
VIH  
Leucemia  
Predisposición genética

### IV. CUADRO CLÍNICO

1. **Signos** : Podemos hallar diversos signos tales como :  
Edema  
Eritema  
Aumento de recesión en la encía  
Cálculo supra o subgingival  
Factores locales que aumentan el acumulo de placa  
Sangrado o supuración al sondaje espontáneo  
Una mayor movilidad  
Apiñamiento o exfoliación dental

Todas estas circunstancias pueden afectar a un número variable de dientes en función de cada individuo con tasas variables de progresión. Las características clínicas es una combinación de los siguientes signos: Pérdida de nivel de la inserción clínica, aumento en la profundidad de la bolsa, inflamación gingival y pérdida ósea radiográfica.

2. **Síntomas** : El paciente refiere dolor o sensibilidad por la exposición radicular de la pieza dentaria, mal aliento, sensación de crecimiento de los dientes, incapacidad para la masticación por la movilidad y la formación de espacios interdentarios.

### V. DIAGNÓSTICO

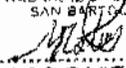
1. **Criterios de diagnóstico:** Se puede observar las combinaciones de edema, eritema y sangrado gingival provocado, presencia de bolsas periodontales superior a los 4 mm. Radiográficamente se evidencia pérdida de la cresta ósea alveolar y también puede mostrar la presencia de placa debajo de la encía.

2. **Diagnóstico diferencial:** La periodontitis se puede presentar como manifestación de enfermedades de tipo sistémico asociadas a desórdenes hematológicos o a desórdenes de tipo genético, también en traumas y en alteraciones óseas.

### VI. EXÁMENES AUXILIARES.

Se tomará una radiografía periapical y en algunos casos radiografía panorámica para observar el espacio periodontal y adyacentes.

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
COP. 5253

 PERU <b>Ministerio de Salud</b>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Periodontitis Crónica		Departamento: Odontoestomatología
CODIGO CIE 10 : K05.3	Versión : II.2011	Servicio: Odontoestomatología de la Mujer

## VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

### 1. Plan de trabajo.

FORMA DE ATENCION	MANEJO Y TRATAMIENTO
AMBULATORIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fisioterapia</li> <li>- Profilaxis</li> <li>- Raspaje y alisado radicular (RAR)</li> <li>- Exodoncia simple</li> <li>- Educación sanitaria</li> <li>- Consejería integral</li> </ul>
HOSPITALIZACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fisioterapia</li> <li>- Profilaxis</li> <li>- Raspaje y alisado radicular (RAR)</li> <li>- Exodoncia simple</li> <li>- Educación sanitaria</li> <li>- Consejería integral</li> </ul>

2. **Signos de alarma a ser tomados en cuenta :** Movilidad dentaria de grado 3.

3. **Criterios de Alta :** La Periodontitis Crónica requiere controles permanentes, por lo que se considera el alta como relativa, estableciéndose entre sus criterios :

- Reducción significativa de los signos clínicos de la inflamación gingival.
- Reducción de las bolsas periodontales profundas.
- Estabilización y/o ganancia clínica de la inserción.
- Reducciones de los niveles de placa bacteriana.

4. **Pronóstico :** Es bueno, ya que con el tratamiento quirúrgico y el control de placa por un profesional cada dos semanas, se llega a controlar de manera efectiva tanto la Gingivitis como la periodontitis.

## VIII. COMPLICACIONES

La formación de un absceso periodontal, lo cual lleva a un procedimiento combinado quirúrgico medicamentoso.

## IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

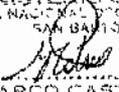
Referencia, se hará en los casos en que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los factores de riesgo u otros que amenten un riesgo mayor durante la intervención.

La contrarreferencia, es al centro de salud de la jurisdicción, una vez resuelta la atención especializada.

## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO

Ver fluxograma adjunto.

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
COP. 5004

 PERÚ <b>Ministerio de Salud</b>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica Periodontitis Crónica		Departamento. Odontología
CODIGO CIE 10 . K05.3	Versión: II.2011	Servicio. Odontología de la Mujer

#### XI. INDICADORES DE EVALUACION

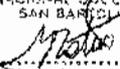
$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes que reciben tratamiento por Periodontitis Crónica}}{\text{Total de pacientes que acuden a la Consulta por Periodontitis Crónica}} \times 100$

#### XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

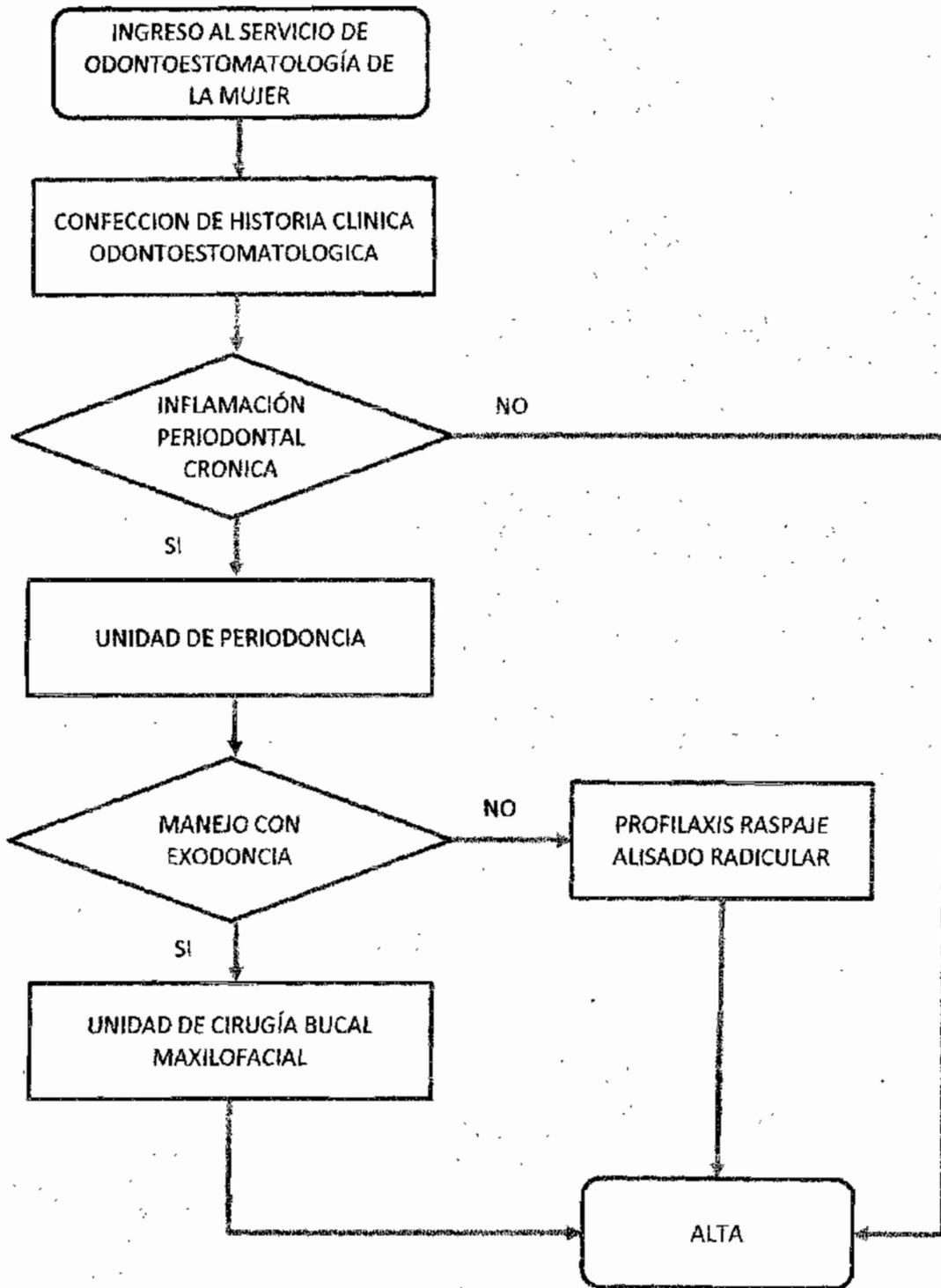
- 1.- Newman, Takei, Carranza. PERIODONTOLOGIA CLINICA DE CARRANZA. Editorial Mac Crow Hill. 10ª Edición. México. 2010.
- 2.- FUNDAMENTOS DE ODONTOLOGIA. PERIODONCIA. Coordinación Científica. Ferro camargo, María Beatriz; Gómez Guzmán, Mauricio. Facultad de Odontología Ppontificia Universidad Javeriana de Bogotá. 2ª Edición. Colombia. 2007.
- 3.- Echevarría, José Javier; Blanco, Juan. MANUAL SEPA DE PERIODONCIA Y TERAPEUTICA DE IMPLANTES. Sociedad Española de Peridodoncia y Osteointegración. Editorial Médica Panamericana. España. 2005.
- 4.- Informe Anual de la Oficina de Estadística. Año 2010. Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

#### XIII. ANEXO

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
COP. 5844

# FLUXOGRAMA DE PERIODONITIS CRONICA



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
SAN BSA  
CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA  
COP 5494

 PERÚ <b>Ministerio de Salud</b>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Pulpitis		Departamento: Odontostomatología
CODIGO CIE 10: K040	Versión: II. 2011	Servicio: Odontostomatología de la Mujer

#### I. NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre : Pulpitis  
Código CIE-10 K040

#### II. DEFINICIÓN

1. **Definición** : La pulpitis es el proceso inflamatorio que afecta la pulpa dental y que compromete toda la pieza dentaria.

2. **Población objetivo** : Mujeres gestantes y no gestantes que acuden a la consulta en el Hospital "San Bartolomé"

3. **Etiología** : Las principales causas de la aparición de estas patologías son las lesiones cariosas que comprometen directa o indirectamente a la pulpa dentaria. También pueden originarse por trauma de la pieza dentaria o por fractura de la corona dental.

El proceso de pulpitis se desarrolla por invasión directa a través de la dentina como por caries, fractura coronaria o radicular, exposición durante la preparación cavitaria, atrición, abrasión, erosión o fisuras en la corona. La invasión también se da a través de vasos sanguíneos o linfáticos asociados a enfermedad periodontal, conductos accesorios en furca, infecciones gingivales o curetaje de los dientes, así mismo, se puede dar a través de la sangre, como sucede con las enfermedades infecciosas o bacteriemias transitorias (anacoresis).

4. **Fisiopatología** : La pulpa es un tejido conjuntivo especializado laxo, profusamente innervado, que responde a cualquier agresión por medio de una reacción inflamatoria, la cual adquiere una característica especial debido al hecho que la pulpa esta confinada a una cavidad de paredes mineralizadas y con irrigación sanguínea terminal. La producción de una pulpitis transcurre por dos fases o etapas principales que son : pulpitis reversible y pulpitis irreversible. Estas pueden progresar a una necrosis pulpar agravando el caso.

5. **Aspectos epidemiológicos importantes** : Aproximadamente el 6 % de pacientes que acuden a la consulta en nuestro hospital, requieren de tratamiento por presentar pulpitis, según la Oficina de Estadística e Informática de la Institución.

#### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Dolencia que comprometa el estado de salud general del paciente.
- Trauma de la oclusión
- Traumatismo dentario.
- Refrigeración deficiente durante el tratamiento de operatoria dental.
- Estado de salud bucal deficiente, con presencia de caries, enfermedad periodontal o mala higiene bucal.
- Empleo inadecuado de fármacos y materiales de obturación.

#### IV. CUADRO CLÍNICO

1. **Signos** : Al examen físico se observará la presencia de caries o restauraciones defectuosas del mismo diente, se podrán observar abrasión, atrición, erosión, abfracción o, también, la corona dentaria puede presentar defectos congénitos.

Se hará la percusión dentaria, si ésta es positiva indica sólo inflamación apical del ligamento Periodontal.

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
  
 CIE MARCELO CASTELLANO STRADA  
 ES ESPECIALISTA EN ODONTOESTOMATOLOGIA  
 C.E.P. 30004

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica <i>Pulpitis</i>		Departamento: Odontología
CODIGO CIE 10: K040	Versión: II.2011	Servicio: Odontología de la Mujer

Con el dedo índice se aplicará una fuerza lateral a fin de observar la movilidad dentaria, si ésta resulta positiva, puede deberse a enfermedad del periodonto avanzada, fractura radicular, bruxismo o traumatismo de la cortical.

A la prueba de transluminación, con luz de la fibra óptica que se pasa a través del diente, se verá si aparece la pieza dentaria clara, ligeramente rosada u opaca. Se podrán hacer pruebas de vitalidad y también se tomarán radiografías en las cuales se observarán alteraciones en el diente afectado.

- **Síntomas.**- Se presentará dolor dentario, el cual puede ser intermitente, constante, o solamente puede responder al estímulo. Se presenta reacción al frío, al calor a los dulces a los ácidos o al cepillarse.

El dolor puede ser localizado o difuso.

## V. DIAGNÓSTICO

1. **Criterios de diagnóstico:** Los criterios que se utilizan para el diagnóstico de la pulpitis son el clínico y el radiográfico

La pulpitis se puede clasificar en reversible e irreversible

- **Pulpitis Reversible.**- En este caso la pulpa se encuentra vital, y el calor o el frío producirán un dolor agudo y brusco que remitirá inmediatamente una vez que cesa el estímulo. El dolor no se irradia y el diente está por demás asintomático. En las radiografías no se observará alteración alguna.

La pulpitis reversible es causada comúnmente por restauraciones defectuosas, por procedimientos de operatoria dental o de tallado dentario en exceso; por agresión de sustancias como dulces o ácidos, que al contacto con la dentina, o al frotamiento con áreas de erosión cervical producen la sensación dolorosa. También puede ser causada por abrasión o por fractura coronaria con exposición de la dentina

La pulpitis reversible también es denominada hiperemia pulpar, en la cual se producen cambios inflamatorios, por lo tanto, los vasos pulpares se presentarán congestionados

- **Pulpitis Irreversible.**- La pulpa está vital, pero no tiene capacidad de recuperación. El dolor dental que se observa puede variar desde su total ausencia hasta el paroxismo intermitente espontáneo, o un dolor continuo, que se puede irradiar del maxilar superior al maxilar inferior o viceversa. El dolor suele presentarse en la noche, momento en que puede ser más intenso que durante el día, debido a que la presión intrapulpar aumenta a la hora que se acuesta el paciente.

En las fases iniciales el paciente es incapaz de localizar el diente afectado, pero al extenderse la inflamación pulpar y salir las toxinas por el agujero apical, el diente puede volverse *muy sensible* al tacto o contacto.

Generalmente la aplicación de calor o frío desencadena el dolor, el que aumenta gradualmente de intensidad y remite lentamente, pudiendo durar desde algunos minutos hasta varias horas. En las radiografías se aprecian cambios a nivel del ápice radicular, cuando la pulpitis está muy avanzada, pero en ocasiones se llega a producir la rarefacción apical en fases más tempranas de la pulpitis.

2. **Diagnóstico diferencial:** Podemos distinguir la pulpitis reversible de la pulpitis irreversible, porque en la primera se observa ausencia de dolor prolongado y ausencia de dolor espontáneo. Si se elimina la causa de la pulpitis reversible, la pulpa se puede restablecer y los síntomas desaparecerán, por el contrario si no se llega a eliminar la causa, la pulpitis reversible, puede persistir o degenerar hacia la pulpitis irreversible.

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER  
*[Firma]*  
DRA. MARCELO CASTILLO PRADA  
ODONTOESTOMATOLOGA ESPECIALIZADA  
L.C.P. 1999

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica · Pulpitis		Departamento. Odontostomatología
CODIGO CIE 10 · K040	Versión II 2011	Servicio. Odontostomatología de la Mujer

La condición de irreversibilidad puede llegar a ser grave y ocasionar necrosis pulpar, en esta transición de pulpitis irreversible a necrosis pulpar, los síntomas típicos de la pulpitis irreversible se van alterando de acuerdo con el grado de extensión de la necrosis pulpar. Un caso de pulpitis irreversible es la reabsorción pulpar interna, que se caracteriza por la presencia de tejido de granulación y es asintomático.

#### VI. EXÁMENES AUXILIARES.

- **Radiografía Periapical.**- La radiografía periapical es un medio de ayuda diagnóstica del plan de tratamiento, mas no es determinante, ya que no se puede determinar radiográficamente con certeza el estado de la pulpa dentaria. Pero si se pueden observar imágenes de lesiones profundas en el diente, exposiciones pulpares, pulpólitos, calcificaciones, fracturas, enfermedad periodontal y procesos periapicales.

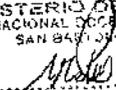
- **Exámenes Especializados Complementarios.**- Tenemos el test de vitalidad pulpar, en el cual, para determinar la sensibilidad pulpar, se harán pruebas térmicas al frío o calor, también se pueden realizar pruebas eléctricas a la pulpa.

#### VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

##### 1. Plan de trabajo.

Complejidad del daño	Forma de Atención	Manejo y Tratamiento	Pronóstico
<b>PULPITIS REVERSIBLE</b>	Ambulatoria	- Protección Pulpar y Obturación con : Amalgama Dental Resina Fotocurable Ionómero de Vidrio	Bueno
	Hospitalización	- Protección Pulpar y Obturación con : Amalgama Dental Resina Fotocurable Ionómero de Vidrio	Bueno
<b>PULPITIS IRREVERSIBLE</b>	Ambulatoria	- Endodoncia - Exodoncia	Bueno
	Emergencia	- Apertura Cameral - Exodoncia	Bueno

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
(OP. 3004)

 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Pulpitis		Departamento. Odontología
CODIGO CIE 10 K040	Versión: II.2011	Servicio: Odontología de la Mujer

2. **Signos de alarma a ser tomados en cuenta :** Movilidad dentaria.
3. **Criterios de Alta :** Ausencia de signos y síntomas de la pieza afectada.
4. **Pronóstico :** Terminado el tratamiento endodóntico, el pronóstico es bueno.

#### VIII. COMPLICACIONES

Absceso Periodontal : En caso se presente, se realizará tratamiento de la especialidad.

#### IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Referencia, En los casos en que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los factores de riesgo u otros que ameriten un riesgo mayor durante la intervención.

La contrareferencia, es al centro de salud de la jurisdicción, una vez resuelta la atención especializada.

#### X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO

Ver fluxograma adjunto.

#### XI. INDICADORES DE EVALUACION

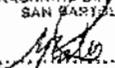
$$\frac{\text{Nº pacientes que reciben tratamiento por Pulpitis}}{\text{Total de pacientes que acuden a la Consulta por Pulpitis}} \times 100$$

#### XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Cohen, s. ; Hargreaves, K. M. VIAS DE LA PULPA. Editorial Elsevier. Novena Edición. España. 2008.
- 2.- Soares, José Ilson; Goldberg, Fernando. ENDODONCIA. TECNICAS. FUNDAMENTOS. Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición. Argentina. 2008.
- 3.- Baumann, Michael A. ENDODONCIA. ATLAS EN COLOR DE ODONTOLOGIA. Editorial Elsevier. Segunda Edición. España. 2008.
- 4.- Bergenholtz, Gunnar; Horsted-Binslev, Prebent; Reir, Claes. ENDODONCIA. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PULPA DENTAL. Editorial ManualModerno. Primera Edición. México. 2007.
- 5.- Informe Anual de la Oficina de Estadística e Informática. Año 2010. Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

#### XIII. ANEXO.

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA DE LA MUJER	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
C.P. 566A



 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Gingivoestomatitis Herpética Primaria		Departamento Odontología
CODIGO CIE 10: B002	Versión II 2011	Servicio Odontopediatría

### I. NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre : Gingivoestomatitis Herpética Primaria.  
Código CIE-10 : B002.

### II. DEFINICIÓN

- Definición :** Es una infección primaria de la cavidad bucal, originada por el virus herpes simple.
- Población objetivo :** Pacientes de 0 a 17 años que acuden a la consulta del Hospital "San Bartolomé".
- Etiología :** La gingivoestomatitis herpética primaria es producida por el virus herpes (HSV-1), en algunos casos por el virus herpes 2(HSV-1).
- Fisiopatología :** La primo infección sucede en las personas que no poseen anticuerpos al virus, luego de infectar la piel o mucosa, éste migra hasta el núcleo de las células ganglionares nerviosas regionales, el ADN viral se incorpora al ADN de las células huésped, quedando una especie de "nicho" inexpugnable por parte de las defensas humorales o célula del huésped. Esto permite a lo largo de toda la vida que, como resultado de mecanismos no conocidos aún, pero frecuentemente disparados por la fiebre, quemaduras solares, situaciones de estrés, etc. Se presenta lesión de origen endógeno, ya sea en los epitelios cutáneos y mucosas oculares. Obviamente la reinfección de origen exógeno es posible y se presenta de la misma forma que la recurrencia
- Aspectos epidemiológicos importantes :** Cerca del 0.1 % de niños que asisten a la consulta en nuestra Institución presenta este cuadro.

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

- **Medio Ambiente :** Traumatismos, luz solar, frío, estrés, la menstruación pueden hacer que el virus se reactive.
- **Estilos de vida :** Pacientes inmunodeprimidos (transplantados, oncológicos, SIDA). Contagio directo con personas que presenten herpes.

### IV. CUADRO CLÍNICO.

La primoinfección puede ser asintomática o se manifiesta de diversas formas. La gingiva se presenta de color rojo intenso, inflamada con gran número de vesículas, las que después de 24 horas se rompen y se vuelven ampollas, llegando a provocar la aparición de úlceras semejantes a las aftas bucales. Estas úlceras son dolorosas, superficiales, redondeadas y contorneadas por un halo eritematoso. Los pacientes pueden presentar linfadenopatía, dificultad al hablar y comer, temperaturas de 38 a 39 grados centígrados las primeras 48 horas, y sialorrea. El episodio herpético es autorresolutivo, desapareciendo entre 1 a 2 semanas.

### V. DIAGNOSTICO.

1.- **Criterios de diagnóstico :** Se realizan mediante la clínica y el diagnóstico microbiológico. La regla de oro es el cultivo, se puede realizar un diagnóstico rápido ayudándose con tinciones inmunofluorescentes específicas o con tinción específica de Tzanck. La prueba de ELISA y las de reacción en cadena de polimerasa (PCR) también se utilizan en el diagnóstico de esta enfermedad.

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRÍA	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
CD. MANCO CASTILLO BRADA  
SERVICIO ODONTOPEDIATRÍA

 PERU <b>Ministerio de Salud</b>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Gingivostomatitis Herpética Primaria		Departamento Odontostomatología
CODIGO CIE 10: B002	Versión: II 2011	Servicio: Odontopediatría

**2.- Diagnóstico diferencial :** Se consideran las siguientes patologías para el diagnóstico diferencial :

- Eritema polimorfo : las lesiones individuales son raramente uniformes, la gingivitis difusa es también rara. No se ven las vesículas rodeadas de eritema unidas entre sí, hay ausencia de síntomas sistémicos.
- Estomatitis aftosa : las lesiones elementales no son vesículas sino aftas que evolucionan como úlceras y se presentan aisladas, no se llega a observar gingivitis ni fiebre.
- Herpangina : las vesículas son pequeñas y predominan en la porción posterior de la orofaringe, paladar blando y pilares amigdalinos, no se presenta en la encía.

#### VI. EXAMENES AUXILIARES.

- **Patología Clínica :** En el examen microscópico se observa edema intracelular e intercelular (acantolisis), con formación de hendiduras que se pueden transformar en vesículas macroscópicas. Las células epidérmicas individuales, localizadas en los márgenes de la vesícula o libres dentro del líquido presentan inclusiones intranucleares.
- **Exámenes especializados complementarios :** se pueden realizar pruebas de biología molecular tal como la detección de ADN viral en lesiones mediante la PCR: útil en pacientes con tratamientos antivirales y otras infecciones por virus herpes, como en encefalitis herpética (en LCR) o en queratitis.

#### VII. MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

- **Medidas generales y preventivas :** Los pacientes con riesgo de desarrollar la enfermedad grave deben ser tratados con aciclovir. El niño debe evitar estrictamente el contacto cercano con personas que tengan herpes, no besar a ninguna persona que tenga úlcera activa, así mismo, deben mantenerse alejados de otros niños afectados con herpes. Tampoco se debe compartir utensilios ni alimentos con personas activamente infectadas.
- **Terapéutica :** El tratamiento es asintomático, se recomienda : uso de analgésicos y antipiréticos, vitamina C a diario por largos periodos, ingerir alimentos blandos, no ingesta de ácidos, consumo de abundantes líquidos, enjuagues bucales con clorhexidina al 0.12%. Así mismo, se recomienda utilizar antivirales como el aciclovir, entre las 24 a 48 horas de inicio del cuadro. Se ha observado que en los pacientes tratados con aciclovir oral se presenta menos dolor, menos lesiones, y una duración menor de la eliminación del virus. El uso de antibióticos se restringe a los casos que haya presencia de infecciones secundarias.
- **Efectos adversos o colaterales :** no existen efectos adversos o colaterales al tratamiento por ser de corta duración.
- **Signos de alarma a ser tomados en cuenta :** Fiebre alta en neonatos pueden producir encefalitis.
- **Criterios de Alta :** Cuando hayan remitido los signos y síntomas.
- **Pronóstico :** Es favorable.

#### VIII. COMPLICACIONES.

Se puede complicar con eritema multiforme o con eccema herpético

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
DR. MARCO CASTILLO PRADA  
Jefe del Departamento de Odontopediatría  
T. 01 2544

 PERÚ <b>Ministerio de Salud</b>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Gingivostomatitis Herpética primaria		Departamento. Odontostomatología
CODIGO CIE 10. B002	Versión: II.2011	Servicio Odontopediatría

#### IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Referencia, se hará en los casos en que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los factores de riesgo u otros que ameriten un riesgo mayor durante la intervención.

La contrarreferencia, es al centro de salud de la jurisdicción, una vez resuelta la atención especializada.

#### X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO

Ver fluxograma adjunto.

#### XI. INDICADORES DE EVALUACION

$$\frac{\text{Nº pacientes que reciben tratamiento por Gingivostomatitis Herpética Primaria}}{\text{Total de pacientes que acuden a la Consulta por Gingivostomatitis Herpética Primaria}} \times 100$$

#### XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Newman. Takei. Carranza. Periodontología Clínica de Carranza. Editorial Mac Crow Hill. 10ª Edición. México. 2010.
- 2.- Cawson, R. A. ; Odell, E. Fundamentos de Medicina y Patología Oral. Editorial Elsevier. 8ª Edición. España. 2009.
- 3.- Lea Assed Becerra Da Silva. Tratado de Odontopediatría. Tomo I. Edición 2008. Impreso por D. Vinni S, A. Colombia. 2008.
- 4.- Yuni J., Salinas Monaid, E. Millan I. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 46 N° 2. 2008.
- 5.- Informe Anual de la Oficina de Estadística e Informática. Año 2010. Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

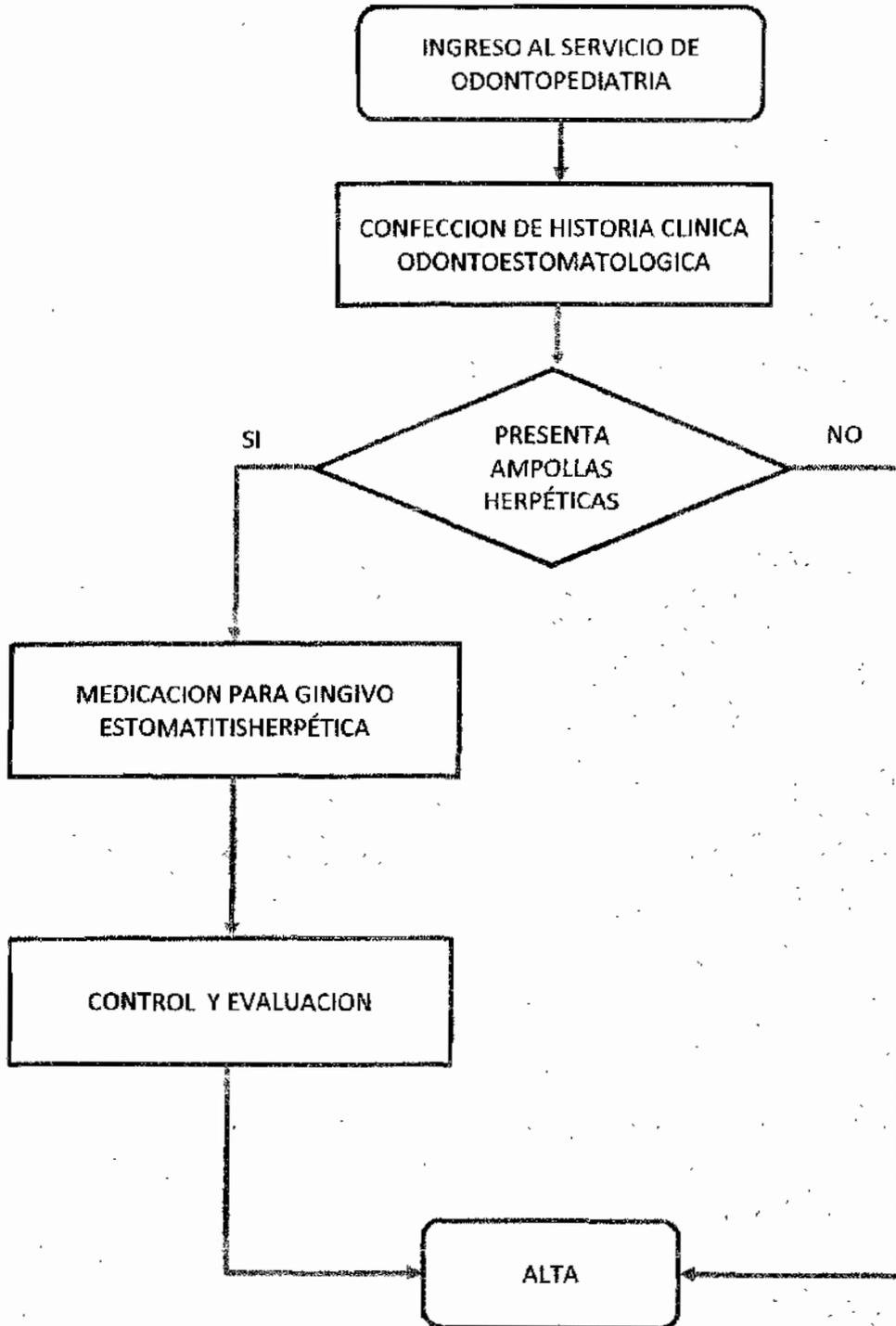
#### XIII. ANEXO.

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME

CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
C.O.P. 5854

# FLUXOGRAMA DE GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA



REGISTRO DE CONSULTAS  
HOSPITAL NACIONAL DEL NIÑO  
SAN GABRIEL  
CD. MARI...  
JEFE DEL DEPARTAMENTO

 PERÚ <b>Ministerio de Salud</b>	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Maloclusión Dentaria		Departamento. Odontostomatología
CODIGO CIE 10- K07.4	Versión: II. 2011	Servicio: Odontopediatría

### I. NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre : Maloclusión Dentaria.  
Código CIE-10 : K07.4

### II. DEFINICIÓN

**1. Definición :** Es la disarmonía basal y facial con irregularidades en las posiciones de los dientes en la dentición temporal, mixta y permanente. En general la maloclusión se define como cualquier desviación con respecto al esquema ideal descrito por Angle.

**2. Población objetivo :** Pacientes de 0 a 17 años que acuden a la consulta al Hospital "San Bartolomé" y que califiquen para los tratamientos de ortodoncia.

**3. Etiología :** Pueden ser :

- Por causas óseas.
- Por causas dentarias.

**4. Fisiopatología :** Las causas que originan las maloclusiones pueden ser : hereditarias, causas de desarrollo que tienen origen desconocido, traumatismos, por agentes físicos, hábitos, desnutrición y otras enfermedades. Estas causas pueden actuar en períodos continuos o intermitentes, o en diferentes períodos etáreos. El efecto intervendrá sobre estructuras neuromusculares, sobre dientes, huesos, cartilagos o tejidos blandos. Este efecto que se produce originará disfunción, maloclusión o displasia ósea.

**5. Aspectos epidemiológicos importantes :** El porcentaje de niños afectados por maloclusión es de aproximadamente 6 % de los pacientes que acuden a la consulta de Odontopediatría en nuestro hospital, según la Oficina de Estadística e Informática.

### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

- Herencia : Factores congénitos.
- Hábitos : Deglución atípica, succión digital, pacientes con respiración bucal.
- Patología dental : caries, extracciones prematuras, hipotonicidad muscular, hipertonicidad muscular, alteraciones en la erupción dentaria, casos de anodoncia, y pacientes que presentan dientes supernumerarios.
- Traumas de la ATM : De tipo articular, en fracturas del cuerpo, rama o cóndilo mandibular.

### IV. CUADRO CLINICO.

Signos :

**1. - Alteraciones antero posteriores o sagitales (Relación molar). Sector lateral.**

**a.- Clasificación de Angle:**

- **Clase I :** La cúspide mesio bucal del primer molar superior ocluye en el surco bucal del primer molar inferior.

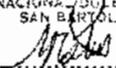
- **Clase II :** El surco vestibular del primer molar inferior está en la posición distal con respecto a la cúspide mesio vestibular del primer molar superior.

Hay dos variedades:

Clase II División 1 : Cuando los incisivos superiores están protruidos, con overjet aumentado.

Clase II División 2 : Cuando los incisivos centrales superiores tienen una posición de retro inclinación coronaria, y con los incisivos laterales en vestibulo versión. Son casos con overjet disminuido y sobre mordida profunda en el sector anterior.

ELABORADO POR :	REVISADO POR :	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
C.P. 5454

 PERU Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica Maloclusión Dentaria		Departamento Odontostomatología
CODIGO CIE 10: K07.4	Versión II 2011	Servicio Odontopediatría

- **Clase III** : Maloclusión en la cual el surco vestibular del primer molar inferior está ubicado por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. En el caso de ser unilateral, también se la denomina subdivisión.

- **Según la Relación de los Caninos** : Puede ser :

**Clase I** : El canino superior ocluye entre el canino y el primer molar temporal o el primer premolar inferior, es decir, la vertiente mesial del canino superior ocluye con la vertiente distal del canino inferior y la vertiente distal del canino superior con la mesial del primer premolar o primer molar temporal inferior.

**Clase II** : El canino superior ocluye por delante del canino inferior.

**Clase III** : El canino superior ocluye por detrás del canino inferior, es decir, entra en relación con el primer premolar o con el primer molar temporal inferior.

- **Sector Anterior** : Se puede observar :

**Resalte ( overjet )** : Es la distancia en línea recta desde el borde incisal de los incisivos superiores hasta la cara vestibular de los incisivos centrales inferiores. El resalte normal es de 2 mm. Puede ser positivo (+) o negativo (-) o invertido.

**Mordida Cruzada** : Se da en dientes ( de 1 ó 2 ) o por sector (derecho o izquierdo)

## 2.- Alteraciones Verticales :

a.- **Sector Lateral** : Se presenta : **Mordida Abierta**, en uno, varios dientes (por ej. De 13 a 23 piezas) o completa (de 6 a 6 ó de 7 a 7).

b.- **Sector Anterior** : Se observa **Sobremordida**, que es la cantidad de incisivos inferiores que es cubierta por los incisivos superiores en su cara vestibular; otro caso, es la **Mordida Abierta**, que se produce cuando hay separación entre los dientes superiores e inferiores.

c.- Según tipo de crecimiento, pueden ser hipodivergentes (sentido antihorario) o hiperdivergentes (sentido horario).

## 3.- Alteraciones Transversales u Horizontales :

a.- **Mordida Cruzada** : unilateral, bilateral, en tijera (vestibular) o en tijera completa (endognacia).

b.- **Lafero desviaciones** : derecha o izquierda.

## 4.- Alteraciones Dentoalveolares :

Se presentan : apiñamiento, diastemas, vestibulo versión, linguo versión, giro versión, protrusión o retrusión.

## 5.- Factores Musculares :

Se presentan dos casos :

a.- **Isometricidad equilibrio desequilibrio**.

b.- **Isotonicidad equilibrio desequilibrio** : se presenta : maloclusión (mordida abierta, mordida cruzada o invertida, mordida profunda, etc.) , espasmo muscular facial, e incompetencia labial.

**Síntomas** : se presentan dolor articular, y trauma psicológico (autoestima).

## V. DIAGNOSTICO.

### 1.- Criterios de diagnóstico :

a.- **Inspección Clínica** : Se observará la simetría o asimetría facial, la forma de los maxilares y la relación de éstos con el macizo craneo facial

### b.- Historia Clínica

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRÍA	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud		<b>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"</b>	
<b>Guía de Práctica Clínica : Maloclusión Dentaria</b>			<b>Departamento:</b> Odontostomatología
<b>CODIGO CIE 10 : K07.4</b>	<b>Versión : II.2011</b>	<b>Servicio:Odontopediatría</b>	

c.- **Examen Clínico** : Se realiza la palpación, con los dedos índices la articulación temporomandibular (ATM), para detectar probable disfunción de la ATM ( latero desviaciones, subluxaciones condilares, distracciones condilares, ausencia de rama ascendente, fracturas, etc.). Nos ayuda a obtener información por medio de la anamnesis de los diversos antecedentes familiares y personales.

d.- **Odontograma** : Descripción dentaria ( dientes sanos y patologías dentarias ).

e.- **Análisis Fotográfico** : Extraoral ( frontal y lateral ) e Intraoral ( con la boca abierta, cerrada y en lateral derecha e izquierda ).

f.- **Estudio de Modelos** : Se estudian los modelos observando : relación entre las arcadas dentarias : análisis de las arcadas individualmente : discrepancias de espacio: análisis de Moyers; análisis de Nance: análisis de Pont; análisis de Bogue; análisis de la dentición ( dentición temporal, mixta y permanente).

g.- **Articulado de Modelos** : Se realiza en el articulador semiajustable o ajustable (Gnatus, Panadent). Se realiza la toma de registros en relación céntrica.

h.- **Análisis Cefalométrico** : Tomando como referencia los análisis de : Steiner, Down, Schwartz, Mc Namara, Rickells, Jarabak, ISN, Roth J. ode la UPCH.

i.- **Examen Radiográfico** : Se realizan tomas radiográficas : - Intraorales : periapicales, oclusales o de aleta de mordida. - Extraorales : panorámica, cefalométricas ( laterales, frontales ), carpal postero anterior o submentovertex, y otras de acuerdo al caso.

#### VI. EXAMENES AUXILIARES.

Se realizarán : tomografías, ecografías RX de ATM, densitometría ósea mandibular y/o maxilar, pruebas de sensibilidad a metales como el zinc níquel.

#### VII. MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

Se realiza de acuerdo a la edad, tipo de dentición y diagnóstico.

1.- **Medidas generales y Preventivas** : De acuerdo al examen esquelético y dentario. En el aspecto preventivo e interceptivo en relación alo funcional.

##### 2.- Tratamiento :

Ortopédico : Tratamientos Intraorales ( aparatos funcionales, aparatos dinámicos y rompe hábitos ). Tratamientos Extraorales ( casquelectraneo facial, máscara facial ).

- Ortodóncico : Empleando la Técnica Arco de Canto ( estándar o edgewise ), Técnica de Arco Recto ( Roth, Rickells ) o la Técnica Seccional.

3.- **Efectos Adversos** : Se pueden presentar : disfunciones de ATM, pérdida de espacio, hialonización o efectos adversos por causas de tipo óseo hereditarias ( Clase III de Angle ).

4.- **Signos de Alarma** : Se podrá observar : Asimetría ósea, clase II I- Prognatismo, macroglosia, macrodoncia, microdoncia, neoplasia bucal.

5.- **Criterios de Alta** : De acuerdo a la presencia de estos parámetros : simetría facial restablecimiento de la oclusión funcional, conseguir la guía anterior.

6.- **Pronóstico** : Favorable

#### VIII.- COMPLICACIONES.

Cuando se presenten latero desviaciones falta de interdigitación en la oclusión y en los casos que se presentan terceras molares retenidas o impactadas.

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRÍA	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
 SAN BARTOLOME  
  
 DR. MARCOS CASTILLO PRADA  
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
 CIEP. 5114

 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica · Maloclusión Dentaria		Departamento: Odontostomatología
CODIGO CIE 10: K07.4	Versión: II.2011	Servicio:Odontopediatría

**IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.**

Referencia, se hará en los casos en que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los factores de riesgo u otros que ameriten un riesgo mayor durante la intervención.

La contrarreferencia, es al centro de salud de la jurisdicción, una vez resuelta la atención especializada.

**X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO**

Ver fluxograma adjunto.

**XI. INDICADORES DE EVALUACION**

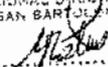
$$\frac{\text{Nº pacientes que reciben tratamiento por Maloclusión Dentaria}}{\text{Total de pacientes que acuden a la Consulta por Maloclusión Dentaria}} \times 100$$

**XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

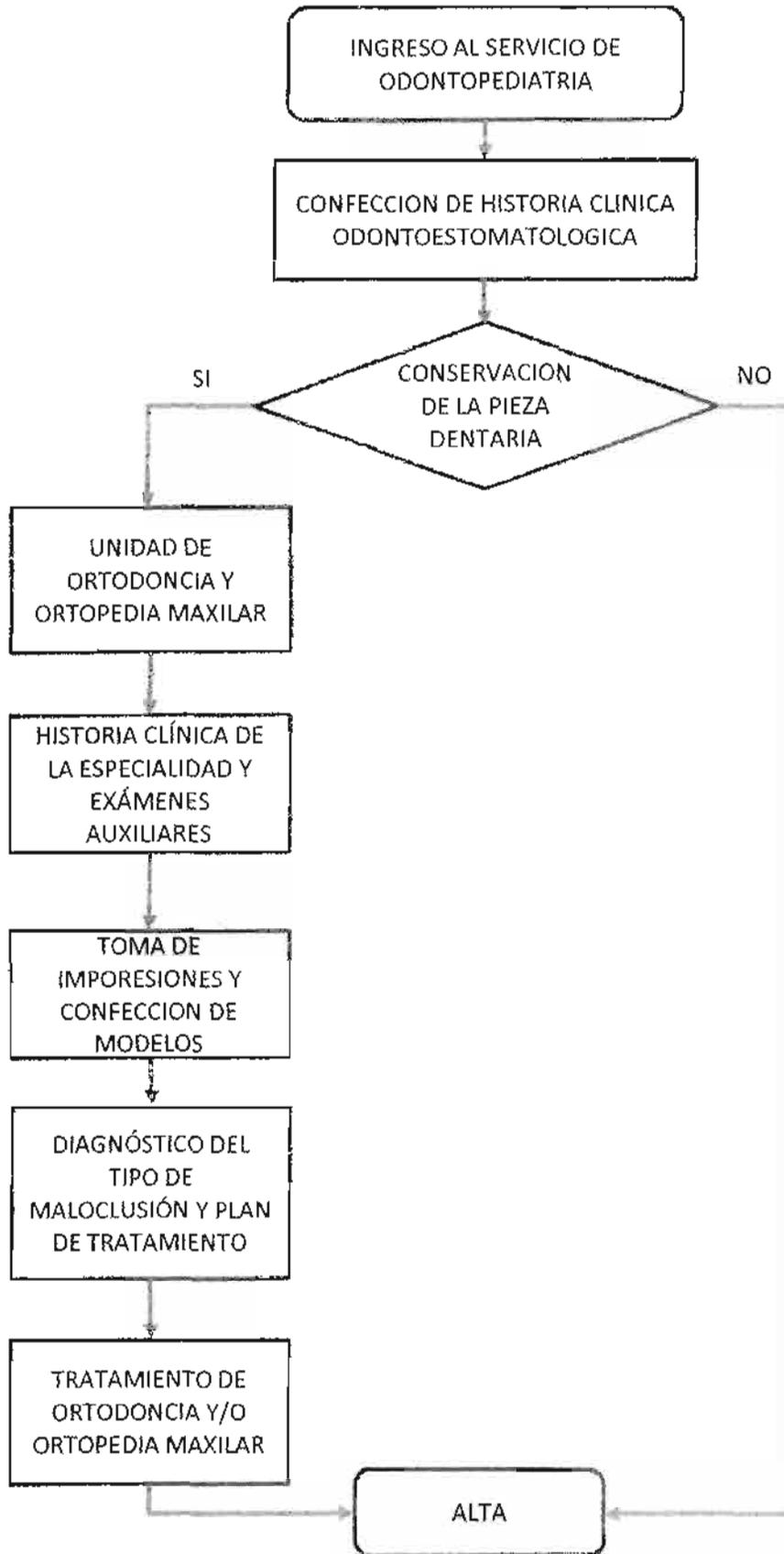
- 1.- Quiros, O. Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interceptiva. Editorial Amolca. Primera Edición. Agosto 2010. Parte I.
- 2.- Otaño Lugo, Rigoberto. Manual Clínico de Ortodoncia. Editorial Ecimed. La Habana. 2008.
- 3.- Proffit, W. R. ; Fields, H. W. ; Sarver, D. M. Ortodoncia Contemporánea. Editorial Elsevier. Cuarta edición. España. 2009.
- 4.- Graber, Thomas M. ; Varnarsdall, R. L. Jr.; Vig, K. W. L. Ortodoncia. Principios y Técnicas Actuales. Editorial Elsevier. Cuarta Edición España. 2006.
- 5.- Informe Anual de la Oficina de Estadística e Informática. Año 2010. Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

**XIII. ANEXO.**

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
COP. 5834

# FLUXOGRAMA DE MALOCCLUSIÓN DENTARIA



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA  
CALLE 14 N.º 100, CALLE 11 N.º 100, CALLE 12 N.º 100, CALLE 13 N.º 100, CALLE 14 N.º 100, CALLE 15 N.º 100, CALLE 16 N.º 100, CALLE 17 N.º 100, CALLE 18 N.º 100, CALLE 19 N.º 100, CALLE 20 N.º 100, CALLE 21 N.º 100, CALLE 22 N.º 100, CALLE 23 N.º 100, CALLE 24 N.º 100, CALLE 25 N.º 100, CALLE 26 N.º 100, CALLE 27 N.º 100, CALLE 28 N.º 100, CALLE 29 N.º 100, CALLE 30 N.º 100, CALLE 31 N.º 100, CALLE 32 N.º 100, CALLE 33 N.º 100, CALLE 34 N.º 100, CALLE 35 N.º 100, CALLE 36 N.º 100, CALLE 37 N.º 100, CALLE 38 N.º 100, CALLE 39 N.º 100, CALLE 40 N.º 100, CALLE 41 N.º 100, CALLE 42 N.º 100, CALLE 43 N.º 100, CALLE 44 N.º 100, CALLE 45 N.º 100, CALLE 46 N.º 100, CALLE 47 N.º 100, CALLE 48 N.º 100, CALLE 49 N.º 100, CALLE 50 N.º 100, CALLE 51 N.º 100, CALLE 52 N.º 100, CALLE 53 N.º 100, CALLE 54 N.º 100, CALLE 55 N.º 100, CALLE 56 N.º 100, CALLE 57 N.º 100, CALLE 58 N.º 100, CALLE 59 N.º 100, CALLE 60 N.º 100, CALLE 61 N.º 100, CALLE 62 N.º 100, CALLE 63 N.º 100, CALLE 64 N.º 100, CALLE 65 N.º 100, CALLE 66 N.º 100, CALLE 67 N.º 100, CALLE 68 N.º 100, CALLE 69 N.º 100, CALLE 70 N.º 100, CALLE 71 N.º 100, CALLE 72 N.º 100, CALLE 73 N.º 100, CALLE 74 N.º 100, CALLE 75 N.º 100, CALLE 76 N.º 100, CALLE 77 N.º 100, CALLE 78 N.º 100, CALLE 79 N.º 100, CALLE 80 N.º 100, CALLE 81 N.º 100, CALLE 82 N.º 100, CALLE 83 N.º 100, CALLE 84 N.º 100, CALLE 85 N.º 100, CALLE 86 N.º 100, CALLE 87 N.º 100, CALLE 88 N.º 100, CALLE 89 N.º 100, CALLE 90 N.º 100, CALLE 91 N.º 100, CALLE 92 N.º 100, CALLE 93 N.º 100, CALLE 94 N.º 100, CALLE 95 N.º 100, CALLE 96 N.º 100, CALLE 97 N.º 100, CALLE 98 N.º 100, CALLE 99 N.º 100, CALLE 100 N.º 100

44

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Pulpitis		Departamento: Odontostomatología
CODIGO CIE 10: K04.0	Versión: II. 2011	Servicio: Odontopediatría

#### I. NOMBRE Y CÓDIGO

Nombre : Pulpitis.  
Código CIE-10 : K04.0

#### II. DEFINICIÓN

- Definición :** Es un proceso inflamatorio que afecta la pulpa coronaria y radicular.
- Población objetivo :** Pacientes de 0 a 12 años que acuden a la consulta en el Honadomani "San Bartolomé".
- Etiología :** La *pulpitis* puede deberse a los siguientes factores :
  - Físicos : mecánicos (masticación, parafunción); traumáticos (accidentes, grietas en la dentina o fracturas incompletas)
  - Térmicos : calor exotérmico por endurecimiento de materiales dentales, restauraciones profundas sin base protectora, calor por preparación de cavidades.
  - Eléctricas : corrientes galvánicas por restauraciones disimilares, radiación (laser, cobalto).
  - Químicas : ácido fosfórico, monómero de acrílico, erosión por ácidos.
  - Bacterianas : Toxinas asociadas a caries dental, invasión directa por caries o trauma dental, colonización bacteriana por microorganismos de origen sanguíneo (anacoresis).
  - Idiopáticos : reabsorción interna, envejecimiento.
- Fisiopatología :** La respuesta inicial a nivel vascular va a ser de una rápida vasoconstricción seguida de una vasodilatación inmediata con un proceso lento de flujo sanguíneo, acumulo de hematies en el centro del vaso y emigración de los leucocitos a la periferia, pegándose a la pared del vaso. Así se dan pequeñas fisuras en los vasos, por lo que se presentan fisuras en los vasos, produciéndose una extravasación del plasma hacia los espacios del tejido conectivo, originando un edema que incrementa una presión a nivel local y es el responsable que se produzca comprensión de las terminaciones nerviosas originando el dolor. En la pulpa hay dos tipos de fibras nerviosas que se diferencian según su velocidad de conducción : las fibras A-alfa se encargan de transmitir el primer dolor agudo y bien localizado (conduccion rápida), las que interactúan con las fibras de tomes en la transmisión del dolor en la dentina. Las fibras C, están relacionadas con la transmisión del segundo dolor sordo, continuo e irradiado que es propio de la *pulpitis*.
- Aspectos epidemiológicos importantes :** En la consulta de odontología del Honadomani San Bartolomé, la Oficina de Estadística, el año 2010, se vieron afectados el 20 % de pacientes.

#### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

- Compromiso del estado general del paciente.
- Pacientes inmunocomprometidos.
- Malas condiciones de salud oral : caries, enfermedad periodontal, mala higiene.
- Traumatismo dental.

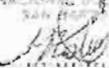
#### IV. CUADRO CLINICO.

Se presentan los siguientes cuadros :

**Pulpitis Reversible o Hiperemia :** Puede ser

- Funcional : se aumento sanguíneo fisiológico, por mayor intercambio de metabolismo.
- Activa : producida por mediadores endógenos de la inflamación como histamina, bradiginina y prostaglandinas.

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA,	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
  
CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
C.P. 00000

 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME	
Guía de Práctica Clínica : Pulpitis		Departamento: Odontostomatología
CODIGO CIE 10: K04.0	Versión: II.2011	Servicio Odontopediatría

- Pasiva : causada por un trombo venoso a consecuencia de fuerzas ortodóncicas.

**Signos :** obturaciones fracturadas y/o desadaptadas, lesiones cariosas profundas, abrasión, trauma.

**Síntomas :** ausencia de dolor espontáneo, hipersensibilidad aguda a cambios térmicos especialmente al frío y dulce, dolor localizado agudo o intenso de corta duración. Sensibilidad al roce con el cepillo, respuesta positiva al vitalómetro pulpar eléctrico. No hay sensibilidad a la percusión. Ausencia de movilidad.

**Pulpitis Irreversible :** La pulpa está vital, pero sin capacidad de recuperación, aún eliminando los estímulos que la hubieran provocado.

- **Pulpitis irreversible aguda :** es un estado progresivo de la hiperemia, cuando no recibe tratamiento oportuno. Sus causas pueden ser: traumatismo severo, preparación cavitaria iatrogénica, desecación exagerada de la dentina, lesión cariosa amplia, acción tóxica de materiales de uso odontológico. (Uso de anestesia con vasoconstrictor con técnica infiltrativa o intraligamentosa, evolución de pulpitis reversible).

**Signos :** lesiones de caries profunda, obturaciones dentales fracturadas, fracturas coronarias, traumatismos.

**Síntomas :** en un estado inicial : dolor de moderado a severo e irradiado que varía con los cambios posturales, los cambios térmicos provocan estados prolongados de dolor que persiste después de retirado el estímulo, el dolor puede ser pulsátil. En estado avanzado : la pulpitis se presenta con dolor constante, persistente, intenso y localizado por el paciente, este dolor aumenta con el calor y disminuye al aplicar frío. -

- **Pulpitis irreversible crónica :** Puede originarse de una pulpitis aguda no tratada, pero con frecuencia es crónica desde el inicio. Las células se comienzan a degenerar completamente y algunas veces hay depósito de tejido fibroso. Se produce por : caries de larga duración, exposición pulpar por caries, prueba de sensibilidad positiva que puede desencadenar en dolor severo, historia de trauma, recubrimiento pulpar directo, restauraciones profundas, tratamiento de ortodoncia, evolución de pulpitis reversible con persistencia de una agresión de baja intensidad y de larga duración.

**Signos :** lesiones de caries profunda, obturaciones dentales fracturadas, fracturas coronarias, traumatismos.

**Síntomas :** dolor ocasional localizado con intensidad de leve a moderado de tipo sordo, de corta duración. Aparece espontáneamente o desencadenado por un estímulo, no da sintomatología mientras exista una vía de drenaje coronario. El dolor aumenta con los cambios térmicos o presión sobre el tejido pulpar expuesto. Puede haber respuesta dolorosa a la percusión y movilidad aumentada en la pieza afectada.

#### V. DIAGNOSTICO.

1.- **Criterios de diagnóstico :** Se basa en criterios de diagnóstico clínico y radiográfico.

2.- **Diagnóstico diferencial :** Se distingue la pulpitis reversible de la irreversible por el tipo de dolor. En la pulpitis reversible el dolor se produce por algún estímulo que al retirarlo desaparece, la pulpa puede restablecerse. En la pulpitis irreversible el dolor es espontáneo, la pulpa no retorna a su estado normal, la inflamación puede ser tan grave que desencadena en una necrosis pulpar.

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

SECRETARÍA DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
*M. Prado*  
C.D. MARCO LA PILLA PRADA  
Jefe del Servicio de Odontopediatría  
L.O. 1574

 PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Pulpitis		Departamento: Odontostomatología
CODIGO CIE 10: K04.0	Versión: II. 2011	Servicio: Odontopediatría

#### VI. EXAMENES AUXILIARES.

Las imágenes radiográficas sirven como ayuda al diagnóstico para la elección del tratamiento pulpar.

**Pulpitis reversible** : radiográficamente se observa una imagen radiolúcida compatible con caries próxima a la cámara pulpar y/o. material radiopaco compatible con restauraciones profundas próximas a la cámara pulpar, no se observan cambios en la zona del periápice.

**Pulpitis irreversible** : en los cuadros agudos se observa posible engrosamiento del espacio del ligamento periodontal. En cuadros crónicos no se observan cambios en el periápice. Se puede observar osteítis condensante asociada.

#### VII. MANEJO SEGUN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

##### Plan de Trabajo

Complejidad del daño	Forma de Atención	Manejo y Tratamiento	Pronóstico
PULPITIS REVERSIBLE	Ambulatoria	- Protección Pulpar y Obturación con : Amalgama Dental Resina Fotocurable Ionómero de Vidrio	Bueno
	Hospitalización	- Protección Pulpar y Obturación con : Amalgama Dental Resina Fotocurable Ionómero de Vidrio	Bueno
PULPITIS IRREVERSIBLE	Ambulatoria	- Endodoncia - Exodoncia	Bueno
	Emergencia	- Apertura Cameral - Exodoncia	Bueno

- **Signos de alarma a ser tomados en cuenta** : Dolor bastante intenso y/o aumento de volumen de la cara.

- **Criterios de alta** : Se tomará en cuenta : ausencia de signos y síntomas, radiografía de control después de 30 días con ausencia de lesiones a nivel del ápice dentario.

- **Pronóstico** : Favorable.

ELABORADO POR	REVISADO POR :	VIGENCIA :
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME

CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA  
COP. 5454

 <b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"	
Guía de Práctica Clínica : Pulpitis		Departamento: Odontostomatología
CODIGO CIE 10: KO4.0	Versión: II.2011	Servicio:Odontopediatría

#### VIII. COMPLICACIONES.

Se puede complicar con absceso subperióstico, absceso submucoso o subcutáneo, que se abre y fistuliza a la piel, tendrá como secuela la cicatriz en la piel, con la consiguiente alteración estética para el paciente. También se puede originar un flemón dentario, que son los que tienen mayor morbilidad ya que al avanzar y comprometer espacios anatómicos vecinos se van diseminando a regiones donde se puede comprometer la vía aérea ( espacio latero y retrofaringeo ).

#### IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Referencia, se hará en los casos en que el paciente presente problemas sistémicos asociados a los factores de riesgo u otros que ameriten un riesgo mayor durante la intervención.

La contrarreferencia, es al centro de salud de la jurisdicción, una vez resuelta la atención especializada.

#### X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO

Ver fluxograma adjunto.

#### XI. INDICADORES DE EVALUACION

$$\frac{\text{Nº pacientes que reciben tratamiento por Pulpitis}}{\text{Total de pacientes que acuden a la Consulta por Pulpitis}} \times 100$$

#### XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Alcalde Espinoza J., Aragonés Tercero E. Revisión Clínico Patológica de la Pulpitis Crónica Hiperplásica : Definición, Etiología y Tratamiento. Asignatura de Anatomía y Patología General y Bucal. Curso Académico. 2009-2010.
- 2.- Becerra da Silva Lea Tratado de Odontopediatría. Tomo I. Amolca 2008.
- 3.- Borodini, Escobar Rojas, Castillo Mercado. Odontología Pediátrica. La salud Bucal del Niño y el Adolescente en el Mundo Actual Primera Edición. Panamericana 2010.
- 4.- Informe Anual de la Oficina de Estadística e Informática. Año 2010. Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

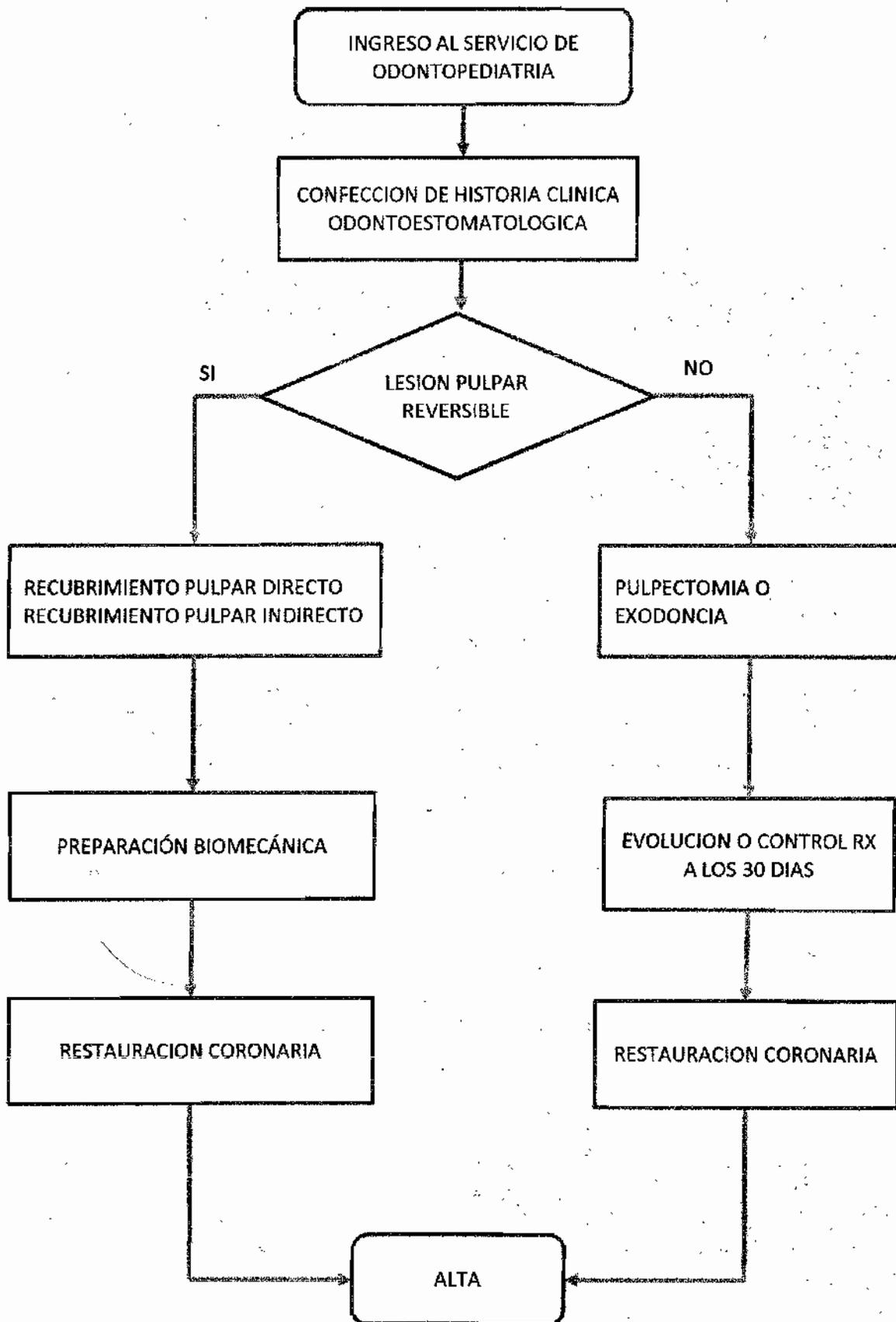
#### XIII. ANEXO.

ELABORADO POR	REVISADO POR	VIGENCIA
SERVICIO DE ODONTOPEDIATRIA	DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	ENERO 2011 - DICIEMBRE 2012

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
C.D. FRANCISCO CASTILLO PRADA  
Jefe del Departamento de Odontopediatría  
2011

*CFP*

# FLUXOGRAMA DE PULPITIS



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL NIÑOS DE MADRE PINDO  
CD. MARCO CASTILLO PRADA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
(C.P. 3854)

49