GOBIERNO REGIONAL
MOQUEGUA

Nº 147-2023-DIRESA-HRM/DE

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 12 de mayo de 2023.

VISTOS: El Informe N° 533-2023-DIRESA-HRM/03 emitido el 05 de mayo de 2023 por la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 047-2023-DIRESA-HRM/03-0/RAC emitido el 05 de mayo de 2023 por el Área de Racionalización, el Informe N° 157-2023-DIRESA-HRM/05 emitido el 20 de marzo de 2023 por la Unidad de Gestión de la Calidad, el Informe N° 032-2023/DIRESA/HRM/05-BGGV-MC emitido el 15 de marzo de 2023 por el Medico Prestacional UGC, el Informe N° 001-2023-DIRESA-HRM/MYVV-PSUGC emitido el 13 de marzo de 2023 por el Profesional de la Salud de la UGC, los Informes N° s 013 y 016-2023-DIRESA-HRM/15 del Departamento de Odontoestomatología, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, en los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, 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;

Que, los literales a) y b) del artículo 5° del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que es función rectora del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, el artículo 57° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con Decreto Supremo N° 013-2006-SA, dispone que para desarrollar sus actividades los establecimientos de salud con internamiento deben contar con los documentos técnicos normativos y guías de práctica clínica;

Que, la Guía de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y a seleccionar las opciones diagnosticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica;

Que, el numeral 5.9 de la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", aprobado por RM N° 302-2015/MINSA, dispone que los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel, podrán elaborar otras Guías de Práctica Clínica que les sean prioritarias usando la metodología que con ese fin apruebe el Ministerio de Salud;

Que, a través de Informes N°s 013 y 016-2023-DIRESA-HRM/15 de fecha de emisión 26 de enero de 2023 y 30 de enero de 2023, respectivamente, el Departamento de Odontoestomatología del HRM, eleva ante la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, las Guías de Práctica Clínica siguientes: CARIES DENTAL, ABSCESO PERIAPICAL, PULPITIS y INFECCIONES ODONTOGENICAS, para su respectivo tramite.

Que, mediante Informe N° 157-2023-DIRESA-HRM/05 de fecha 20 de marzo de 2023, la Unidad de Gestión de la Calidad, en mérito al Informe N° 032-2023/DIRESA/HRM/05-BGGV-MC del Medico Prestacional UGC, otorga opinión favorable a las Guías de Práctica Clínica CARIES DENTAL, ABSCESO PERIAPICAL, PULPITIS y INFECCIONES

MOQUEGUA

Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 12 de mayo de 2023.

ODONTOGENICAS, concluyendo se continúe con el trámite de aprobación, debiendo la Oficina de Planeamiento Estratégico emitir su respectiva opinión;

Que, con Informe N° 047-2023-DIRESA-HRM/03-0/RAC de fecha 05 de mayo de 2023, el Área de Racionalización, emite opinión técnica favorable a las guías de práctica clínica del Departamento de Odontoestomatología, indica que las guías contienen la estructura de los rubros conforme lo establece la Resolución Ejecutiva Directoral N° 115-2021-GRSM-UEHRM/DE, que aprueba la Directiva Especifica N° 001-2021-HRM-OPE-AR denominada "Lineamientos para la elaboración, aprobación, modificación, difusión y archivo de instrumentos técnicos para la gestión hospitalarias, en el Hospital Regional de Moquegua";

Que, mediante Informe N° 533-2023-DIRESA-HRM/03 de fecha 04 de mayo de 2023, la Oficina de Planeamiento Estratégico, otorga visto bueno a las Guías de Practica Clínica del Departamento de Odontoestomatología, y solicita ante la Dirección Ejecutiva su aprobación a través de acto resolutivo;

Contando con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, la Unidad de Gestión de la Calidad y con el proveído de Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua.

Que, en atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N°007-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, las **GUÍAS DE PRACTICA CLINICA – DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA,** del Hospital Regional de Moquegua, cuyo anexo forma parte de la presente resolución, conforme al siguiente detalle:

- Guía de Práctica Clínica N° 001-2023-HRM-D.ODONT, denominada CARIES DENTAL.
- Guía de Práctica Clínica N° 002-2023-HRM-D.ODONT, denominada ABSCESO PERIAPICAL.
- Guía de Práctica Clínica N° 003-2023-HRM-D.ODONT, denominada PULPITIS.
- Guía de Práctica Clínica N° 004-2023-HRM-D.ODONT, denominada INFECCIONES ODONTOGENICAS.

Artículo 2°.- ENCARGAR, al **DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA** del Hospital Regional de Moquegua, la difusión, implementación, monitoreo y supervisión, a fin de dar cumplimiento a las Guías de práctica clínica aprobadas con la presente resolución.

Artículo 3°.- REMITASE, copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional (www.hospitalmoquegua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO
C.M.P. 53129 RNE. 043740
DIRECTORA EJECUTIVA

IEMP/DIRECCIÓN
JLRV/AL
(01) O. ADMINISTRACION
(01) O. P.E
(01) U. G. DE LA CALIDAD
(01) D.ODONTOESTOMATOLOGIA
(01) ESTADÍSTICA
(01) ARCHIVO

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: CARIES DENTAL

I. FINALIDAD

La presente Guía de Práctica Clínica (GPC) tiene como finalidad contribuir en la mejora del estado de salud y de la calidad de vida de la población de Moquegua a través de la reducción de la morbilidad por caries dental en el marco de la atención integral en salud.

La población objetivo de la presente son los niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores, gestantes de la región Moquegua. La GPC incluye recomendaciones sobre las intervenciones preventivas y terapéuticas para el manejo de la caries dental sin afectación de la pulpa.

II. OBJETIVO

El objetivo de la GPC es establecer los criterios técnicos, basados en la mejor evidencia disponible, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental. Estos criterios deben ser en el Departamento de Odontoestomatología del Hospital Regional de Moquegua.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Hospital Regional de Moquegua – Departamento de Odontoestomatología

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Código CIE 10	Diagnóstico
K020	Caries limitada al esmalte
K021	Caries de la dentina
K022	Caries de cemento
K023	Caries detenida
K028	Otras caries dentales
K029	Caries dental no especificada

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

La caries dental es una disbiosis, que se manifiesta principalmente por el consumo alto de azúcares fermentables. La disbiosis es la alteración del equilibrio y de la proporción entre las diferentes especies de microorganismos de la flora oral.

5.2 ETIOLOGÍA

La caries dental es una enfermedad multifactorial tal como otras enfermedades como el cáncer, la diabetes y las enfermedades coronarias. Tal vez el factor etiológico que tenga mayor impacto en caries dental, es el consumo de azúcares, principalmente la frecuencia.

El azúcar necesita ser metabolizada por bacterias presentes en la cavidad oral (principalmente S. Mutans), cuya patogenicidad dependerá de propiedades individuales o su forma de interacción con otras bacterias (biopelícula). El producto del metabolismo (ácidos orgánicos), será el responsable de remover el mineral del diente, pero esto dependerá de otros factores como la calidad de la saliva, o la calidad de la estructura dentaria. Si estos factores etiológicos interactúan de manera coordinada, el resultado final será la perdida mineral neta del diente, iniciándose el proceso de caries dental

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA – DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

5.3 FISIOPATOLOGÍA:

la fisiopatología de la caries dental influye muchos factores. La caries dental es una enfermedad infecciosa en la cual los ácidos orgánicos provenientes del metabolismo de los microorganismos orales, empiezan a desmineralizar gradualmente el esmalte dental, seguido por una rápida destrucción proteolítica de la estructura dental.

La destrucción del diente ocurre en dos fases. En una primera etapa, la materia inorgánica formada principalmente por calcio y fosfatos en forma de hidroxiapatita, sufre un proceso de descalcificación por la acción de los ácidos orgánicos resultantes del metabolismo bacteriano de los hidratos de carbono de la dieta. En segunda fase, se destruirá la matriz orgánica por medios enzimáticos o mecánicos.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La caries es la primera causa de morbilidad en la atención de consulta externa del hospital regional de Moquegua. A pesar de los avances tecnológicos en el desarrollo de nuevos materiales dentales preventivos y restauradores y de la creciente cantidad de evidencia científica de alto nivel que respalda a las intervenciones preventivas en salud bucal, la caries dental continúa siendo un problema de salud global. Se ha reportado que las consecuencias de esta enfermedad, comparada con otras condiciones que afectan la salud bucal, son las que más afectan la calidad de vida del individuo desde edades tempranas. Además, la alta morbilidad de la caries dental aumenta el gasto público del sector salud y el gasto de bolsillo de la población.
El 90.4% de peruanos tiene caries dental. como indicador 1 Prevalencia de caries en niños y niñas que acuden a consulta externa se tiene para la región Moquegua el 38.18%.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Un factor de riesgo es cualquier atributo, característica o exposición de un individuo que aumenta la posibilidad de desarrollar una enfermedad o injuria. La determinación de los factores de riesgo principales de una enfermedad es muy importante porque en base a ello se pueden planear las estrategias preventivas.

Los factores de riesgo de caries dental son múltiples e incluyen la experiencia pasada de caries dental, información socio-demográfica y socio-económica, condición médica, higiene oral, hábitos dietéticos, bacteria oral, presencia de fluoruros y características del huésped, entre otros. Estos parámetros, que se pueden medir objetivamente, generan la determinación de nivel de riesgo subjetivo a través de diversas herramientas. El factor que predice de manera más precisa la probabilidad de lesiones cariosas en el futuro, es la experiencia pasada de caries.

5.5.1 Medio ambiente

El medio ambiente tiene un rol importante en caries dental. Podría haber ciertas discrepancias en cuanto a la definición de los factores que pueden ser considerados como medio ambientales. Según algunos autores, el medio ambiente podría estar representado por las prácticas culturales, la frecuencia de visitas al odontólogo, la exposición al flúor en sus diferentes formas, el status socioeconómico, la frecuencia, cantidad y momento de ingestión de los azucares, la historia familiar de caries dental, y la presencia de dientes y sus características.

5.5.2 Estilos de vida

Se describe a la caries dental como una enfermedad infecciosa en los primeros años de vida (por la infección primaria de las bacterias cariogénicas) y luego una enfermedad que es influenciada por los estilos de vida (hábitos de higiene, hábitos de dieta). Desde muy temprano, las personas adquieren hábitos de diferente naturaleza. Algunos de estos hábitos son beneficiosos, pero otros pueden generar problemas. Hay una relación muy estrecha entre el consumo de carbohidratos fermentables y caries dental. Una vez que la persona se acostumbra al consumo constante de azucares, es muy difícil poder cambiar este hábito. Lo mismo sucede con la higiene. Existe una influencia muy importante de la familia en temas de higiene.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
JEFE DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

45.

5.5.3 Factores hereditarios

Muchos de los factores relacionados a caries dental tienen un componente hereditario. Factores como el flujo y cantidad de saliva, la estructura dentaria, el sistema inmunitario y hasta las preferencias por los azúcares, han demostrado tener un componente hereditario importante. Es probable que, por ello, exista una relación directa entre los niveles de caries dental de padres y niños.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. Cuadro clínico

6.1.1. Signos y síntomas

Signos clínicos	Cavidades en el esmalte (que exponen la dentina)
	Fracturas dentales
	Abscesos y fístulas
	Ulceraciones de la mucosa
	Celulitis facial odontógena
	Pérdida de espacio en la arcada
Síntomas	Sensibilidad
	Dolor
	Dificultad para comer
	Dificultad para dormir
Otras secuelas posibles	Visitas de emergencia y hospitalizaciones
	Mayor riesgo de nuevas lesiones de caries en la dentición primaria y permanente
	Malposiciones dentarias, pérdida de dimensión vertical y otras maloclusiones por perdida dental
	Alto costo de tratamiento
	Menor calidad de vida en relación a la salud oral

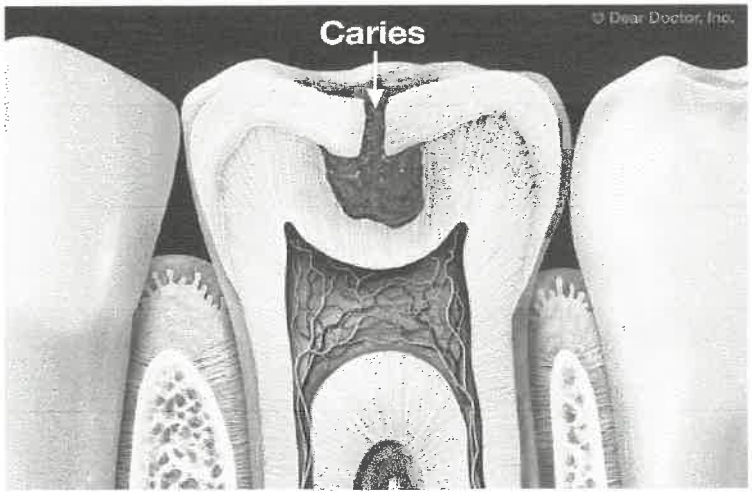
6.1.2. Interacción cronológica

A pesar de que el proceso subyacente a la enfermedad de caries dental es el mismo, la localización de las lesiones suele variar con la edad. Durante los primeros años de vida predominan las lesiones vestibulares en los incisivos superiores/oclusal de primeros molares, para luego ser superadas por las lesiones en fosas y fisuras y las asociadas a defectos del esmalte, y luego las lesiones interproximales. No existe un solo patrón de caries que englobe todas las presentaciones clínicas de la enfermedad.

El patrón en fosas y fisuras y el asociado a defectos de desarrollo del esmalte (DDE), se puede observar concomitante al primer patrón de caries dental o puede ocurrir independientemente por el acúmulo de alimentos cariogénicos en surcos y fisuras profundas o en superficies más susceptibles como es el esmalte hipomineralizado o hipoplásico [Edelstein 2009]. El tercer patrón es el interproximal y ocurre en la etapa más tardía de la dentición primaria (> 4 años de edad), cuando se ha cerrado el espacio entre los molares primarios, asociado a una falta de higiene interproximal.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA – DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

6.1.3. fotografías:



6.2. Diagnóstico

El diagnóstico es la determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante sus síntomas y signos. El método más común para el diagnóstico de caries dental es el visual-táctil, aunque tiene algunas limitaciones sobre todo en lesiones iniciales. Este método es acompañado generalmente por radiografías para detectar lesiones que se encuentran en zonas que no se pueden detectar con los métodos convencionales. Es muy importante recordar que el método más efectivo para la detección de lesiones de caries dental es el método visual.

6.2.1. Criterios de Diagnóstico:

Localización	Zonas de acumulación de placa	Zonas de autolimpieza
Aspecto	Opaca, blanquecina	Oscura y brillante
Tacto	Áspera, rugosa, porosa	Suave y lisa
Encía	Sangrado gingival adyacente	Ausencia de sangrado

43.

6.2.2. Diagnóstico diferencial

- Hipoplasia del esmalte
- Amelogénesis imperfecta
- Dentinogénesis imperfecta
- Pigmentación dentaria
- Fluorosis dental
- Abfracción
- Erosión
- Abrasión
- Atrición

6.3. Exámenes Auxiliares

6.3.1. De Patología Clínica

Examen visual: se debe realizar una limpieza minuciosa de las superficies dentarias, teniendo en cuenta que la placa dental puede ocultar lesiones de caries, los dientes con lesiones de caries dental incipientes, deben ser secados para una correcta detección.

Examen táctil: el método más efectivo para el examen táctil de los dientes es mediante el uso de sonda, es muy importante que la sonda que se use tenga punta roma, porque los exploradores con punta fina pueden generar microfracturas de los dientes. El uso de la sonda roma debe ser sin mucha presión sobre la superficie dentaria, para evaluar el contorno y textura de las superficies.

6.3.2. De Imágenes

El examen radiográfico se realiza como un complemento al examen clínico.

6.4. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutiva

Categoría del establecimiento	Personal	Complejidad del daño	Forma de atención	Manejo y tratamiento
II-2	Cirujano Dentista	Caries Dental	Consulta Externa	Flúor terapia Sellante terapéutico Restauración con resina Restauración con ionómero de vidrio
			Emergencia	----------
			Hospitalización	Flúor terapia Sellante terapéutico Restauración con resina Restauración con ionómero de vidrio

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
II. DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

42.

6.4.1. Medidas generales y preventivas

Manejo de la caries: consejos para casa
- Retrasar al máximo la introducción de azúcares en la dieta del niño - Reducir al máximo la cantidad y frecuencia de azúcares (<10% de la energía total diaria consumida) - Evitar el consumo de carbohidratos fermentables (incluida leche azucarada) a la hora de dormir (y especialmente durante el sueño) - Cepillado dental desde la erupción del primer diente, mínimo 2 veces al día, con una pasta dental ≥ 1000ppm de flúor*. Escupir exceso, no enjuagar. - Uso de hilo dental cuando no exista contacto entre dientes, cada noche antes del cepillado nocturno
Manejo de la caries: procedimientos profesionales
-Visita odontológica antes del primer año de vida y cada 6 meses. -Aplicación de barniz de flúor de 5% desde la erupción dental; cada 3 meses en niños y niñas con lesiones de caries activas y cada 6 meses en niños y niñas sin lesiones de caries o con lesiones inactivas -Colocación de sellantes de fosas y fisuras en los molares, lo más pronto posible tras su erupción. En caso de tener un buen control de humedad se optará por sellantes resinosos. En caso contrario, se podrán usar sellantes de ionómero. -Para el manejo de lesiones no cavitadas oclusales en esmalte, sea en dentición primaria o permanente, se recomienda la colocación de sellantes. En lesiones no cavitadas en superficies lisas, se recomienda colocar barniz de flúor. -Para el manejo de lesiones cavitadas de caries en dientes primarios, se recomienda el uso de técnicas mínimamente invasivas (resina, técnica atraumática con resina o ionómero). Si la destrucción es severa, se pueden considerar coronas preformadas. -Para el manejo de lesiones cavitadas de caries en dientes permanentes, se recomienda realizar una restauración conservadora de resina si el control de la humedad es correcto.

6.4.2. Terapéutica

Se describen a continuación los tratamientos o procedimientos de acuerdo al grado de complejidad:

6.4.2.1 Flúor terapia: A todo paciente se le indicará el uso de pasta fluorada

A. Lesiones incipientes en caras libres (mancha blanca sin compromiso estético) Se realizará cada persona, enjuagatorios diarios de solución fluorada al 0.05% por las noches por seis meses, al final un control y aplicación de FFA al 1.23% en gel

B. Lesiones incipientes en caras proximales
- Visible al momento de eliminar una lesión proximal adyacente, pero no detectable radiográficamente. Enjuagatorios diarios de solución fluorada al 0.05% por las noches por seis meses. Control a los seis meses y aplicación de FFA al 1.23% en gel. No aplicar gel, ni lijar.
- Detectable radiográficamente hasta el tercio externo externo del esmalte (en pacientes en los cuales se puede hacer controles periódicos, enjuagatorios diarios de solución fluorada al 0.05% por las noches por seis meses. Control a los seis meses y aplicación de FFA al 1.23% en gel.
- En pacientes en los cuales no se puede hacer controles periódicos realizar obturación convencional

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

6.4.2.2 Sellante terapéutico

Se aplicará en lesiones cariosas incipientes en fosas y fisuras (sin compromiso de la dentina). Cuando no existen indicios de actividad de caries, en algún otro sector de la boca se aplicará un sellante terapéutico no invasivo. Pero si existiera actividad de caries en otro sector de la boca será un sellante terapéutico invasivo.

A. Técnica no invasiva
- Aislamiento absoluto
- Limpieza de la pieza dentaria con agua utilizando la pieza de baja velocidad y una escobilla para profilaxis.
- Secar la superficie dental con un chorro de aire
- Acondicionamiento ácido
- Lavar la superficie con abundante agua
- Desecar la superficie
- Aplicar el sellante directamente del frasco utilizando la punta aplicador
- Polimerizar
- Comprobar con un explorador la integridad del material
- Retirar el aislamiento
- Verificar la oclusión con papel de articular y si existe sobre obturación desgastar los excesos con fresas para pulido de resinas
- Pulir con caucho par resinas

B. Técnica invasiva
- Aislamiento absoluto
- Limpieza de la pieza dentaria con agua utilizando la pieza de baja velocidad y una escobilla para profilaxis.
- Retirar a lesión de caries incipiente con la pieza de alta velocidad utilizando una punta diamantada en forma de fisura
- Secar la superficie dental con un chorro de aire
- Acondicionamiento ácido
- Lavar la superficie con abundante agua
- Desecar la superficie
- Aplicar el sellante directamente del frasco utilizando la punta aplicador
- Polimerizar
- Comprobar con un explorador la integridad del material
- Retirar el aislamiento
- Verificar la oclusión con papel de articular y si existe sobre obturación desgastar los excesos con fresas de pulido de resinas.
- Pulir con caucho para resina.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
J. DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA

6.4.2.3 Restauración con resina compuesta

Estas se realizarán en piezas dentarias cariadas anteriores, en las cuales la cantidad de tejido dentario remanente coronal existente sea igual o mayor al área por restaurar. Para el caso de las posteriores, si el área comprometida alcanza hasta 2/3 en sentido buco-lingual o una cúspide.

A. Restauración con resina (1 superficie)
   a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso.
   b. Eliminación de tejido cariado con turbina o cureta.
   c. Preparación de la cavidad

d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
    i. Cuando se realice exposición pulpar durante el proceso operatorio (I,III,V)
    ii. Cavidad muy profunda sin exposición pulpar (II,III,V)
    iii. Cavidad profunda (III,V)
    iv. Cavidad moderada (IV,V)
    v. Cavidad en esmalte (V)
        I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo con agua destilada
        II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable
        III. Colocación de una base cavitaria
        IV. Colocación de liner o recubridor cavitario (opcional)
        V. Colocación del sistema adhesivo
            i. Grabado ácido
            ii. Lavar con abundante agua
            iii. Secar con torundas de algodón o aire, pero no resecar
            iv. Aplicación de adhesivo y fotopolimerización si fuera el caso.

f. Colocación de la resina total (autocurado) o por técnica incremental (2mm de espesor por capa) y fotopolimerizado por cada incremento, hasta rellenar toda la cavidad.
g. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
h. Acabado y pulido

B. Restauración con resina (más de 1 superficie)
    a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso.
    b. Eliminación de tejido cariado con turbina o cureta.
    c. Preparación de la cavidad
    d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
    e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
        i. Cuando se realice exposición pulpar durante el proceso operatorio (I,III,V)
        ii. Cavidad muy profunda sin exposición pulpar (II,III,V)
        iii. Cavidad profunda (III,V)
        iv. Cavidad moderada (IV,V)
        v. Cavidad en esmalte (V)
            I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo con agua destilada
            II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable
            III. Colocación de una base cavitaria
            IV. Colocación de liner o recubridor cavitario (opcional)
    f. Colocación de matriz y cuñas en piezas anteriores o posteriores. Colocación de matriz celuloide y cuñas en piezas anteriores.
            V. Colocación del sistema adhesivo

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2° DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

39.

i. Grabado ácido
ii. Lavar con abundante agua
iii. Secar con torundas de algodón o aire, pero no resecar
iv. Aplicación de adhesivo y fotopolimerización si fuera el caso.

g. Colocación de la resina total (autocurado) o por técnica incremental (2mm de espesor por capa) y fotopolimerizado por cada incremento, hasta rellenar toda la cavidad.
h. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
i. Acabado y pulido

6.4.2.4 Restauración con ionómero de vidrio modificado con resina

Recibirán este tratamiento las piezas dentarias deciduas o permanentes jóvenes, que comprometan hasta 2/3 en sentido buco-lingual o una cúspide

A. Restauración con ionómero de vidrio (1 superficie)
   a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso.
   b. Eliminación de tejido cariado con turbina o cureta.
   c. Preparación de la cavidad
   d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
   e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
      i. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo (cuando se observe exposición pulpar)
      ii. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable (cavidad muy profunda sin exposición pulpar)
   f. Colocación del ionómero (autocurado)
   g. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
   h. Acabado y pulido

B. Restauración con ionómero de vidrio (más de 1 superficie)
   a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso.
   b. Eliminación de tejido cariado con turbina o cureta.
   c. Preparación de la cavidad
   d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
   e. Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
      i. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo (cuando se observe exposición pulpar)
      ii. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable (cavidad muy profunda sin exposición pulpar)
   f. Colocación de sistema de matriz y cuñas
   g. Colocación del ionómero (autocurado)
   h. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
   i. Acabado y pulido

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DEPARTAMENTO ODONTOESTOMATOLOGIA

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

A pesar de que el manejo operatorio del diente con una lesión de caries dental cavitada ha sido el "estándar de oro" para los odontólogos, actualmente se sabe que la restauración no es un método efectivo para el manejo de la enfermedad, ya que sólo se enfoca en los signos clínicos más no en la etiología del proceso. Muy por el contrario, usualmente el tratamiento operatorio ha "encubierto" el proceso de la caries dental a corto plazo (tanto para el paciente como para el profesional) y ha creado un nuevo problema: el mantenimiento y re-restauración de los dientes tratados. Algunos estudios evidencian que los pacientes que van más seguido al dentista, reciben más restauraciones en el tiempo y que la proporción de restauraciones repetidas aumenta progresivamente. Con este panorama en mente, no se puede asumir que la odontología, tal como se practica hoy en día, sea necesariamente buena para la salud oral Los enfoques de tratamiento deben alejarse de la pieza de mano y del material ideal y centrarse en reequilibrar la balanza de la caries dental, siempre teniendo en mente la forma cómo evitar un mayor daño a la estructura dental original, para no condenar al diente (y al paciente) a un ciclo restaurador toda la vida.

Es inevitable mencionar que los efectos colaterales del tratamiento operatorio incluyen la creación y perpetuación de un ciclo restaurador durante toda la vida del paciente, hecho inaceptable desde el punto de vista ético. En la era de la medicina basada en la evidencia, el cambio de paradigmas es inevitable: debemos pasar de un enfoque restaurador a uno preventivo (que fomente la remineralización), basado en una dieta sana y el uso racional de flúor tópico (especialmente pasta dental y barniz de flúor) [

6.4.4 Signos de alarma

- Cambios de coloración en el esmalte
- Una solución de continuidad en el esmalte o adyacente a una
- obturación dental
- El fondo de la cavidad es blanda
- La lesión que está progresando rápidamente es usualmente de color más claro que la que progresa lentamente que usualmente es más oscura, dura y brillante.

6.4.5 Criterios de alta

Tratamiento integral de las lesiones cariosas.

6.5. Complicaciones

- Amplia pérdida de estructura dentaria
- Compromiso pulpar
- Fractura subgingival de pieza dentaria

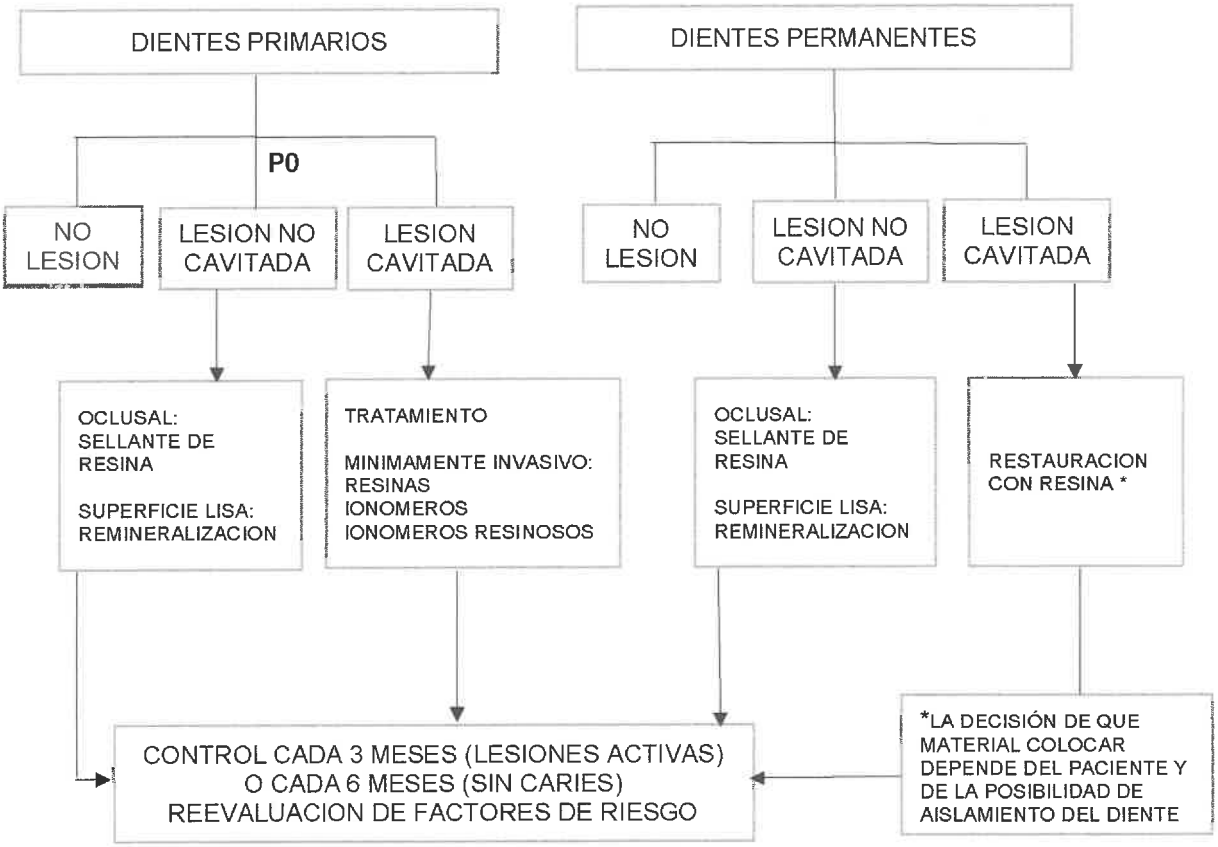
6.6. Criterios de referencia y contrareferencia

Contrarreferencia a establecimientos de salud de origen

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

37

6.7. Flujograma



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Albers, H. ADEPT Report. Resin polymerization 2000;6(3):1-16
2. Anderson MH: Current concepts of dental caries and its prevention. Oper Dent 2001; 26(suppl6(:11-18
3. Barrancos Mooney J. Operatoria dental, arte y ciencia. Tercera edición. Ed. Medica Panamericana: uenos Aires, 1999
4. Barnes D.M. et al. Flow characteristics and sealing ability of fissure sealants. Operative Dentsitry 2000; 25:306-19
5. Barateri L. y col. Operatoria dental procedimientos preventivos y restaurativos 2° edición. Basril. Quintessence Editora Ltda. 1993.
6. Barrios MG. Odontología: su fundamento biológico. 1° edición Bogota; Iatros; 1991
7. Bordon N. Uso racional de fluoruros en la prevención de caries. Mecanismos de acción de lo fluoruros en el proceso de caries. Marzo 1998.
8. Freitas SFT. Historia social da carie dentaria. 1° ed. Bauru: EDUSC; 2001.
9. Higashida . Odontología preventiva. 1°ed. México D.F.;Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.
10. Moynihan P. Lingstrom P, Rugg-Gunn AJ, Birkhed D. The role of dietary control. En: Fejereskov O, Kidd E. Dental caries: The disease and its clinical management. La ed. Copenhagen; BlackwellMunksgaard;2003.p.223-44
11. Nagem Filho H. Resinas Compostas. Bauru, Prod. Artes Gráficas. 2000

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

35.

GUIA DE PRACTICA CLINICA: ABSCESO PERIAPICAL

I. FINALIDAD

La finalidad es preservar el diente, curar la infección y prevenir futuras complicaciones.

II. OBJETIVO

Establecer el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de Guías de Práctica Clínica de absceso periapical.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Hospital Regional Moquegua - Departamento de Odontoestomatología.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Absceso periapical con fístula ------ K04.6
Absceso periapical sin fístula ------- K04.7

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

Es la respuesta inflamatoria avanzada exudativa e intensamente sintomática de los tejidos conjuntivos periapicales.

5.2 ETIOLOGIA

Un daño en el diente, una caries dental sin tratar o la enfermedad periodontal pueden ser las causas que provoca la aparición de un absceso dental. Si la caries no se trata, puede progresar hasta llegar a afectar el nervio del diente. Cuando esto sucede, las bacterias pueden llegar al tejido que rodea el diente, creando un absceso dental. En el caso de la enfermedad periodontal, esta provoca que la encía se separe del diente, creando bolsas periodontales. Si entra comida en estas bolsas periodontales (espacio entre el diente y la encía), las bacterias se pueden desarrollar llegando a formar un absceso dental.

5.3 FISIOPATOLOGIA

Se asocia a un comienzo agudo, tumefacción, dolor, enrojecimiento de la piel subyacente, extrusión del diente en el alveolo, extrema sensibilidad a la percusión y, en casos graves, ascenso de la temperatura, o no presentar ninguno de los síntomas antes descritos. El diente afectado suele mostrar una caries profunda, una restauración o una obturación inadecuada del conducto, pero puede estar intacto. Según su duración y localización, el absceso puede drenar en sentido intrabucal o extrabucal. A veces el absceso puede aparecer como una parulia o flemón, en estos casos se lo debe distinguir del absceso periodontal.

Las radiografías presentan un aspecto normal o revelan una zona radiolúcida difusa, no siempre limitada a un solo diente.

El absceso periapical se caracteriza por una pulpa necrótica o densamente infiltrada por neutrófilos. Los tejidos periapicales muestran masas densas, casi solidad, de neutrófilos(pus) y hendiduras o espacios (que indican zonas de las cuales se perdió el pus, durante la preparación histológica). A medida que se avanza desde la zona central hacia la periferia, se observa una gradual disminución de la intensidad de la infiltración polimorfonuclear.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

5.4 EPIDEMIOLOGIA

Los estudios señalan que la frecuencia de este daño puede variar entre 16 y 19% de las patologías bucales.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Necrosis Pulpar
- Tratamiento inadecuado de conducto
- Caries dental con compromiso pulpar
- Lesiones traumáticas

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

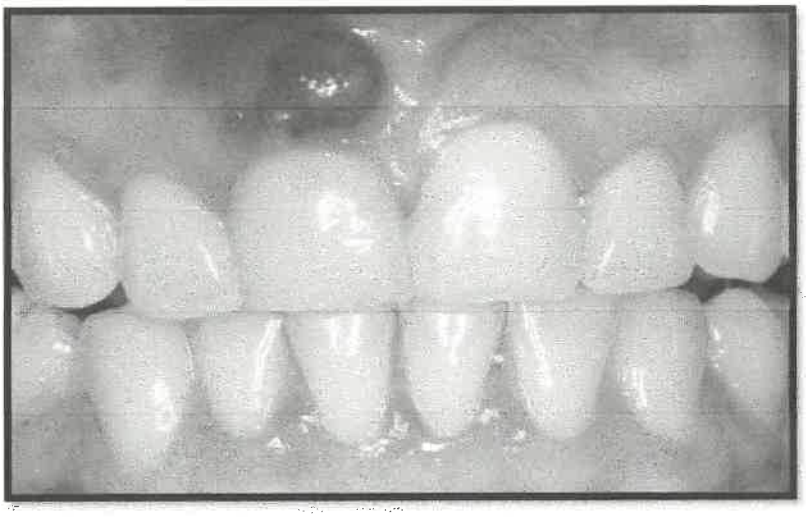
6.1.1. SIGNOS Y SINTOMAS

- Dolor intenso, persistente y palpitante que puede extenderse a la mandíbula, al cuello o al oído
- Sensibilidad al calor y al frío
- Sensibilidad a la presión de masticar o morder
- Fiebre
- Hinchazón en el rostro o la mejilla
- Ganglios linfáticos inflamados y dolorosos debajo de la mandíbula o en el cuello
- Brote repentino de olor y sabor desagradables, líquido salado en la boca y alivio del dolor si el absceso se rasga

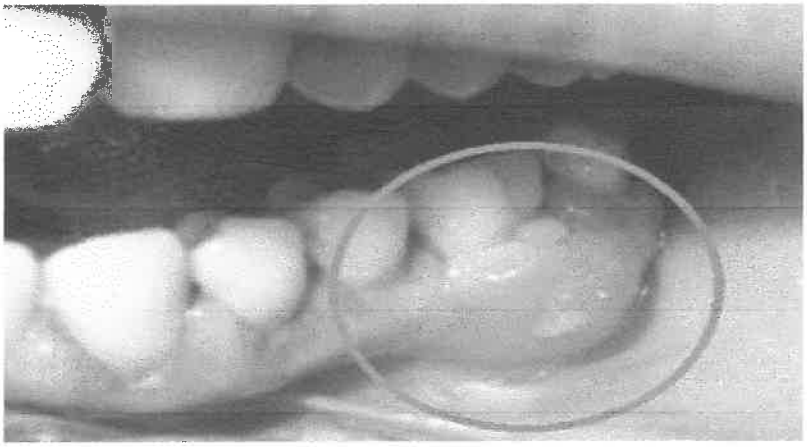
6.1.2. INTERACCION CRONOLOGICA

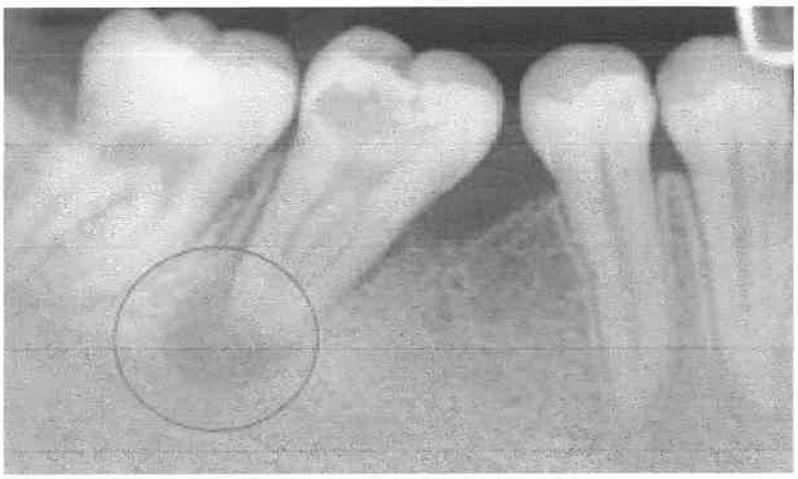
La mayoría de los abscesos son dolorosos, por lo que las personas suelen buscar tratamiento inmediatamente. A veces la infección puede causar poco o cero dolor. Si un absceso no se trata, la infección puede durar meses o incluso años.

6.1.3. FOTOGRAFIAS



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA





6.2. DIAGNOSTICO

6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

Caries con compromiso pulpar, antecedentes de traumatismo dental, dolor intenso y percepción de extrusión de la pieza dentaria. Dolor a la percusión vertical y a la palpación en la zona apical. Radiográficamente se puede observar que la cámara pulpar presenta comunicación con la lesión cariosa (imagen radiolúcida). A nivel periapical se puede observar ensanchamiento del espacio para el ligamento periodontal, borramiento de la cortical ósea apical.

6.2.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Celulitis facial de origen no odontogénico.

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. DE IMÁGENES

Radiografías periapicales

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. MEDIDAS GENERALES

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTO	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
I – 4 II – 1 II – 2	Cirujano Dentista	Absceso Periapical	Ambulatoria	• Antisepsia • Apertura cameral • Drenaje intra o extra-oral de acuerdo al caso • Prescripción Analgésica (Ibuprofeno 400mg, Diclofenaco 50mg VO; 75mg/3mL EV, Naproxeno 500mg) • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días (Amoxicilina 500 mg o penicilina 600,000 o 1,200,000 EV; si el paciente es alérgico Clindamicina 300mg VO; 300mg/2ml EV) Niños amoxicilina por kg. De peso. • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución. • Exodoncia
			Emergencia	• Antisepsia • Apertura cameral • Drenaje intra o extra-oral de acuerdo al caso • Prescripción Analgésica (Ibuprofeno 400mg, Diclofenaco 50mg VO; 75mg/3mL EV, Naproxeno 500mg) • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días (Amoxicilina 500 mg o penicilina 600,000 o 1,200,000 EV; si el paciente es alérgico Clindamicina 300mg VO; 300mg/2ml EV) Niños amoxicilina por kg. De peso • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución. • Exodoncia
			Hospitalización	• Antisepsia • Apertura cameral • Drenaje intra o extra-oral de acuerdo al caso • Prescripción Analgésica (Ibuprofeno 400mg, Diclofenaco 50mg VO; 75mg/3mL EV, Naproxeno 500mg) • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días (Amoxicilina 500 mg o penicilina 600,000 o 1,200,000 EV; si el paciente es alérgico Clindamicina 300mg VO; 300mg/2ml EV) Niños amoxicilina por kg. De peso • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución. • Exodoncia
			Domiciliaria	• Prescripción Analgésica (Ibuprofeno 400mg, Diclofenaco 50mg VO; 75mg/3mL EV, Naproxeno 500mg) • Prescripción Antibiótica como mínimo por 5 días (Amoxicilina 500 mg o penicilina 600,000 o 1,200,000 EV; si el paciente es alérgico Clindamicina 300mg VO; 300mg/2ml EV) Niños amoxicilina por kg. De peso. • Referencia a establecimiento con capacidad de resolución. • Exodoncia simple

AL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA

31.

6.4.2. TERAPEUTICA

Se describen a continuación los tratamientos o procedimientos que de acuerdo al grado de complejidad se realizarán:

6.4.2.1. DRENAJE INTRA O EXTRA-ORAL

Se sugiere iniciar la vía de drenaje del foco primario apical, ya sea con la exodoncia o la apertura cameral. Si el absceso subperióstico es evidente, con franca fluctuación, hay que efectuar el drenaje.
Para realizar el mismo, el absceso deberá presentar los siguientes signos clínicos característicos: tumefacción rojiza en una celulitis localizada, evidencia de colección purulenta cercana a la piel o de la mucosa. Cercano al momento de abrirse espontáneamente, la coloración de la piel toma un color rojo más intenso y la tumefacción es más circunscrita.
El drenaje será realizado ya sea intra o extra oralmente dependiendo de los espacios anatómicos comprometidos.

A. Drenaje Intra Oral (fondo del surco gingival)

a. Antisepsia
b. Infiltración anestésica en forma muy superficial (Bastará 0.5 ml. de solución anestésica)
c. Incisión longitudinal de 10 mm (bisturí de hoja 15) en la capa mucosa existente, para llegar a la cavidad del absceso, permitiendo la salida espontánea de pus.
d. Efectuada la incisión, se explora delicadamente con una pinza hemostática (mosquito) o Kelly, curva, cerrada abriéndola en diferentes direcciones tratando de evitar el contacto con elementos anatómicos importantes, por si hubiera un posible tabicamiento.
e. Colocación de un dren laminar en la parte más profunda del absceso dejando aproximadamente 1.5 cm. fuera de él, suturándolo a la mucosa. El dren deje estar fijo para que no haya problemas con mucosa.
f. Dicho dren se va retirando paulatinamente luego de 48 horas de instalado y si persistiera el drenaje se colocará otro dren por 24 horas luego de lo cual se retirará paulatinamente hasta verificar que no existe drenaje.
g. Se indicará colutorios con Clorhexidina al 0,12%
h. Se indicara antibióticos y analgésicos.

B. Drenaje Extra Oral

a. Cuando se realiza una incisión y drenaje extra oral de un absceso de origen odontogénico, en lo posible la incisión siempre se debe hacer en la parte en declive de la tumefacción y no en el centro.
b. El proceso es similar al descrito para el drenaje intra oral.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

6.4.2.2. APERTURA CAMERAL

Este procedimiento se realizará en piezas uni y multiradiculares, como una medida de emergencia, refiriendo posteriormente al establecimiento respectivo para continuar con el tratamiento de endodoncia.

El proceso de realizará de la siguiente manera:

a. Radiografía periapical de inicio, si se cuenta con el equipo e insumos
b. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
c. Aislamiento del campo operatorio
d. Apertura cameral.
e. Exéresis del tejido pulpar residual.
f. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
g. Secado con bolitas de algodón estéril
h. Colocar una bolita de algodón humedecido con paramonoclorofenol/ formocresol.
i. Obturación temporal con una pasta compuesta de óxido de zinc y eugenol
j. Se indicará antibióticos y analgésicos

6.4.2.3. ENDODONCIA UNI-RADICULAR Y MULTI-RADICULAR

El tratamiento de conducto (endodoncias), se realizarán en piezas uni-radiculares y multi-radiculares, para lo cual se procederá de la siguiente manera:

Primera Sesión:

a. Radiografía de inicio.
b. Anestesia infiltrativa o troncular si el caso lo requiere.
c. Aislamiento absoluto del campo operatorio
d. Apertura Cameral.
e. Exéresis del tejido pulpar residual, con tiranervios y complementando con limas
f. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
g. Secados con puntas de papel.
h. Conductometría (Rx.). determinación de la longitud de los conductos radiculares empleando limas.
i. Instrumentación con escariadores y limas.
j. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
k. Secado con puntas o conos de papel.
l. Colocar una bolita de algodón embebida en una solución de paramonoclorofenol alcanforado.
m. Obturación temporal de la cavidad dentaria con cemento de óxido de zinc-eugenol.
n. Retiro del aislamiento absoluto
o. Indicación de antibióticos y analgésicos

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

Segunda Sesión:

a. Colocación de anestesia infiltrativa o troncular según la pieza dentaria.
b. Aislamiento absoluto del campo operatorio.
c. Retiro de la pasta de obturación temporal y algodón.
d. Preparación biomecanica, continuar con la instrumentación con limas
e. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio de manera alternada al uso de instrumentos preparación biomecanica.
f. Secado de conductos con puntas o conos de papel.
g. Colocar medicación intraconducto una mezcla de hidróxido de calcio, paramonoclorofenol alcanforado y suero fisiologico.
h. Colocar una bolita de algodón.
p. Obturación temporal de la cavidad dentaria con cemento de óxido de zinc-eugenol.
q. Retiro del aislamiento absoluto.
i. Indicación de analgésicos y antinflamatorio

Tercera Sesión:

a. Colocación de anestesia infiltrativa o troncular según la pieza dentaria.
b. Aislamiento absoluto del campo operatorio
c. Retiro de la pasta de obturación temporal y algodón.
d. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
e. Secado con puntas o conos de papel.
f. Irrigación con ácido etilendiaminotetraacético (EDTA)
g. Secado de conductos.
h. Conometría (Rx. con cono principal de gutapercha)., Si el conducto no presenta secreción, dolor y olor,
i. obturación del conducto o de conductos con conos de gutapercha, usando cemento sellante, según técnica de elección,
j. Colocación de obturación temporal con ionómero.
k. Retiro del aislamiento absoluto.
l. Indicaciones de analgésicos y antiinflamotorios,

Cuarta y Quinta sesión

a. Solo en casos de persistir los signos y síntomas.
b. Luego de la quinta sesión y si la pieza persistiera con signos y síntomas se realizará la evaluación para proceder a la exodoncia o apicectomía de la pieza tratada.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
V° B° DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

6.4.2.4. EXODONCIA SIMPLE

Las piezas dentarias permanentes o deciduas que presenten las siguientes características serán consideradas como de exodoncia simple.

a. Piezas dentarias con lesiones pulpares y periodontales que constituyen un foco de infección, sin la posibilidad de recuperación o con imposibilidad de referencia.
b. Piezas dentarias con incapacidad funcional (masticatoria, estética, fonética, propioceptiva) y de rehabilitación.
c. Remanente radicular

Se excluyen los siguientes casos, los cuales son consideradas exodoncias complejas:

- Piezas dentarias con Hipercementosis
- Piezas dentarias con Anquilosis
- Piezas dentarias con Dilaceración radicular
- Piezas dentarias incluidas
- Pacientes inmunosuprimidos
- Pacientes con discrasias sanguíneas
- Pacientes con infección severa

El procedimiento de la exodoncia incluirá las siguientes partes:

A. Pre-quirúrgicos
a. Firma de consentimiento informado
b. Radiografía periapical si el caso lo amerita
c. Preparación pre operatorio si fuera necesario (medicamentoso).
d. Colutorio con Clorhexidina al 0,12%

B. Quirúrgico
a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
b. Técnica de extracción
   ✓ Sindemostomía
   ✓ Luxación
   ✓ Aprehensión
   ✓ Avulsión
c. Curetaje del alveolo y afrontación de tejidos
d. Colocación de un apósito de gasa

C. Farmacológico
a. Indicaciones del cuidado post operatorio
b. Prescripción analgésica (Paracetamol, Diclofenaco o Ibuprofeno, otros)
c. Prescripción antibiótica si fuera necesario, como mínimo por 5 días (Amoxicilina, penicilinas o si el paciente es alérgico Clindamicina)

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

27.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

ADULTOS

N°	PRESENTACION	VIA	POSOLOGIA
1	PARACETAMOL 500MG TAB	VO	CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS
2	IBUPROFENO 400MG TAB	VO	CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS
3	DICLOFENACO 75MG/3ML AMP DEXAMETASONA 4MG/2ML AMP CLINDAMICINA 600MG/4ML AMP	VI VI VI	CADA 24 HORAS POR 3 DIAS CADA 24 HORAS POR 3 DIAS CADA 24 HORAS POR 3 DIAS
4	CLINDAMICINA/ AMOXICILINA 300 / 500 MG TAB NAPROXENO/IBUPROFENO 550 / 400 MG TAB	VO	CADA 6/8 HORAS POR 5 A 7 DIAS CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS

NIÑOS

N°	PRESENTACION	VIA	POSOLOGIA
1	PARACETAMOL 5 a 15 mg/Kg de peso	VO	CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS
2	IBUPROFENO 10mg/kg de peso	VO	CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS
3	DICLOFENACO 0.5-3mg/kg/dia (máximo 150 mg)	VI	CADA 24 HORAS POR 3 DIAS
4	AMOXICILINA 40 A 90 mg/kg de peso IBUPROFENO 10 mg/kg de peso	VO	CADA 6/8 HORAS POR 5 A 7 DIAS CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS

6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

Aumento de volumen y enrojecimiento del área comprometida, presencia de ganglios infartados, fiebre.

6.4.4. SIGNOS DE ALARMA

Tumefacción de la zona afectada

6.4.5. CRITERIOS DE ALTA

Se considerará el alta cuando se logra eliminar el proceso séptico. Adicionalmente la pieza dentaria deberá presentar una restauración final, pudiendo incluir obturación, endodoncia y rehabilitación según sea el caso.

6.4.6. PRONOSTICO

Será favorable si el paciente no presenta sintomatología alguna.

6.5. COMPLICACIONES

Diseminación del proceso a estructuras óseas y espacios anatómicos adyacentes.

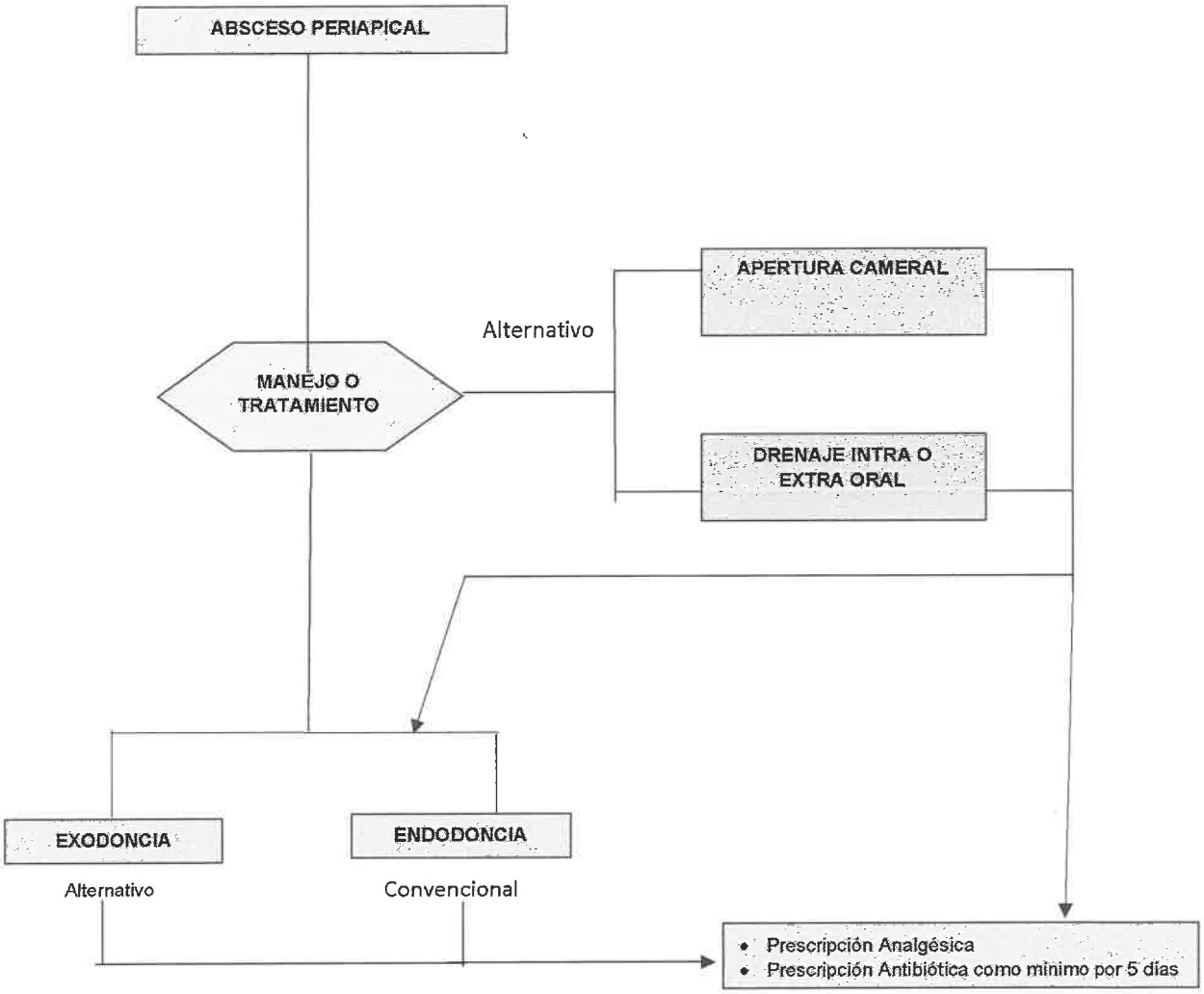
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Referencia: a niveles antes señalados.
Contrarreferencia a Establecimiento de Salud de origen.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

26.

6.7. FLUXOGRAMA



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ingle, Bakland, Exodoncia 6ta.ed.Hamilton, 2008.
2. Villena Hernán, Terapia Pulpar, Lima 1era Ed; 2001
3. Ingle, JI; Tainter, JF. Exodoncia, 3ra ed. Interamericana, México, 1987.
4. Jensen, J; Serene, TP; Sánchez, F. Abscesos periapicales, Univ. Costa Rica, 1974.
5. Lux S. Practical Endodontics, Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1974.
6. Mondragón, JD. Endodncia. México Interamericana S.A. 1995
7. Andreasen JO; Andreasen FM. Lesiones Dentarias Traumáticas, Madrid. Ed Medica Panamericana S.A. 1990
8. Cohen S; Burns RC. Los caminos de la Pulpa, 5ª ed. Buenos Aires. Ed. Medica Panamericana, 1994.
9. De Deus, QD. Endodntia, 5ª. Ed. Rio de Janeiro, MEDSA, 1992.
10. Franflin Weine, Tratamiento Endodóncico 5ta. Ed, Madrid, pag.212, 1997
11. Frencken Jo et.al Atraumatic Restorative Treatment Approach to Control Dental Caires- Manual WHO. Third Edit. Jan 1997

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

GUIA DE PRACTICA CLINICA: PULPITIS

I. FINALIDAD

La presente Guía de práctica clínica tiene por finalidad contribuir en la mejora de estado de salud y de la calidad de vida de las personas.
La población objetivo de la presente son los niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores, gestantes de la región Moquegua. La GPC incluye terapéuticas para el manejo de pulpitis.

II. OBJETIVO

Establecer el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de Guías de Práctica Clínica de Pulpitis.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Hospital Regional Moquegua - Departamento de Odontoestomatología.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Pulpitis ------- K04.0

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

Es la inflamación del tejido pulpar de la pieza dentaria de característica reversible e irreversible.

5.2 ETIOLOGIA

Lesiones cariosas con compromiso pulpar directo o indirecto son las principales causas de aparición de esta patología, pudiendo deberse también a traumas de la pieza dentaria o fracturas coronales que comprometen la pulpa dentaria

5.3 FISIOPATOLOGIA

Puede variar desde una hiperemia hasta cambios inflamatorios suaves o moderados limitados al área de los túbulos dentinarios involucrado, como caries dentinaria.
Se aprecia dentina reparativa, interrupción de la capa odontoblastica, vasos dilatados, extravasación del líquido edematoso y la presencia de células inmunocompetentes inflamatorias crónicas, aun cuando pueden presentarse células de inflamación aguda.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Los estudios señalan que la frecuencia de esta patología se presenta entre 12% y 13 %.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Caries recidivantes en Restauración desbordante o en mal estado
- Trauma de oclusión
- Traumatismo dental
- Refrigeración deficiente
- Uso inadecuado del ácido grabador en la hibridización

23.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

6.1.1. SIGNOS Y SINTOMAS

Las pulpitis dentales pueden dividirse en:

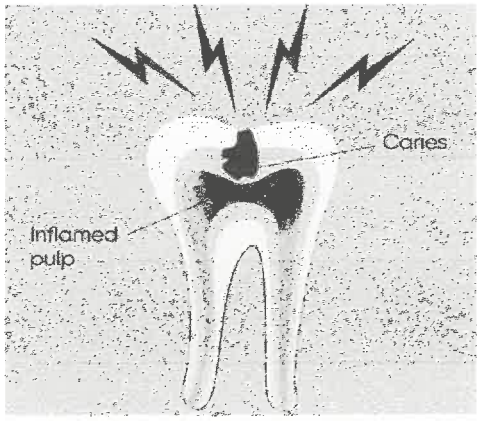
- **Pulpitis reversible**
  Esta se caracteriza por la presencia de dolor de la pieza dentaria a los cambios térmicos que desaparecen después de retirar el estímulo.

- **Pulpitis irreversible**
  En este caso la sintomatología dolorosa como respuesta a los cambios térmicos, se mantienen después de retirado el estímulo. Siendo frecuentemente el dolor espontáneo.

6.1.2. INTERACCION CRONOLOGICA

El dolor de la pulpitis reversible es agudo e intenso y responde a un cambio brusco de temperatura. El dolor permanece durante 5 a 10 minutos y dura rara vez 20 minutos.
La pulpitis irreversible se caracteriza por un dolor agudo e intenso, y es una de las razones más frecuentes por las que los pacientes buscan atención dental de emergencia.

6.1.3. FOTOGRAFIAS



6.2. DIAGNOSTICO

6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

Dolor espontaneo y dolor exacerbado a los cambios térmicos.

6.2.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Pulpitis reversible
- Pulpitis Irreversible

6.3. EXAMENES AUXILIARES

- Radiografías periapicales
- Test de vitalidad pulpar

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

22.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. MEDIDAS GENERALES

CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTO	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCIÓN	MANEJO Y TRATAMIENTO
II – 2	Cirujano Dentista	Pulpitis reversible	Ambulatoria	• Protección pulpar y • Obturación con resina, • Obturación con ionómero de vidrio.
			Emergencia	----------
			Hospitalización	• Protección pulpar y • Obturación con resina, • Obturación con ionómero de vidrio.
		Pulpitis irreversible	Ambulatoria	• Apertura cameral • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Exodoncia simple • Prescripción analgésica *niños kg/peso • Prescripción antibiótica(si es necesario) *niños kg/peso
			Emergencia	• Apertura cameral • Exodoncia simple • Prescripción analgésica *niños kg/peso • Prescripción antibiótica (si es necesario) *niños kg/peso
			Hospitalización	• Apertura cameral • Endodoncia (según competencias del profesional y disponibilidad de equipo) • Exodoncia simple • Prescripción analgésica *niños kg/peso • Prescripción antibiótica (si es necesario) *niños kg/peso

6.4.2. TERAPEUTICA

Se describen a continuación los tratamientos o procedimientos que de acuerdo al grado de complejidad se realizarán:

OBTURACIÓN CON RESINA COMPUESTA

Estas se realizarán en piezas dentarias cariadas anteriores, en las cuales la cantidad de tejido dentario remanente coronal existente sea igual o mayor al área por restaurar. Para el caso de las posteriores, si el área comprometida alcanza hasta 2/3 en sentido buco-lingual o una cúspide.

Obturación de Resina (1 superficie)

a) Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
b) Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
c) Preparación de la cavidad
d) Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

21.

e) Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
   - ✓ Cuando se realice exposición pulpar, durante el proceso operatorio (I, III, V)
   - ✓ Cavidad muy profunda sin exposición pulpar (II, III, V)
   - ✓ Cavidad profunda (III, V)
   - ✓ Cavidad moderada (IV, V)
   - ✓ Cavidad en esmalte (V)

I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo con agua destilada
II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable
III. Colocación de una base cavitaria
IV. Colocación de Liner o recubridor cavitario (opcional)
V. Colocación de Sistema Adhesivo
   - o Grabado ácido
   - o Lavar con abundante agua
   - o Secar con torundas de algodón o aire, pero no resecar
   - o Aplicación del adhesivo y fotopolimerización si fuera el caso

f) Colocación de la resina total (autocurado) o por la técnica incremental (2 mm de espesor por capa) y fotopolimerizado por cada incremento, hasta rellenar toda la cavidad.
g) Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
h) Acabado y pulido

Obturación de resina (más de 1 superficie)

a) Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
b) Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
c) Preparación de la cavidad
d) Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
e) Los materiales se utilizarán dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
   - ✓ Cuando se realice exposición pulpar, durante el proceso operatorio (I, III, V)
   - ✓ Cavidad muy profunda sin exposición pulpar (II, III, V)
   - ✓ Cavidad profunda (III, V)
   - ✓ Cavidad moderada (IV, V)
   - ✓ Cavidad en esmalte (V)

   I. Colocación de Hidróxido de calcio en polvo
   II. Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable
   III. Colocación de una base cavitaria
   IV. Colocación de Liner o recubridor cavitario (opcional)

f) Colocación de matriz y cuñas en piezas anteriores o posteriores. Colocación de matriz de celuloide y cuñas en piezas anteriores
   V. Colocación de Sistema Adhesivo
   - o Grabado ácido
   - o Lavar con abundante agua
   - o Secar con torundas de algodón o aire, pero no resecar
   - o Aplicación del adhesivo y fotopolimerización si fuera el caso

g) Colocación de la resina total (autocurado) o por la técnica incremental (2 mm de espesor por capa) y fotopolimerizado por cada incremento, hasta rellenar toda la cavidad.
h) Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
i) Acabado y pulido.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA ESTOMATOLOGIA

OBTURACIÓN CON IONÓMERO DE VIDRIO MODIFICADO CON RESINA

Recibirán este tratamiento las piezas dentarias deciduas o permanentes jóvenes, que comprometan hasta 2/3 en sentido buco-lingual, o una cúspide.

Obturación con Ionómero de Vidrio (1 superficie)

a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
c. Preparación de la cavidad
d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
e. Los materiales dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
✓ Colocación de Hidróxido de calcio en polvo (cuando se observe exposición pulpar)
✓ Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable (cavidad muy profunda sin exposición pulpar)
f. Colocación del ionómero (foto o autocurado)
g. Fotopolimerizar si fuera el caso según indicaciones del fabricante
h. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
i. Acabado y pulido

Obturación con Ionómero de Vidrio (más de 1 superficie)

a. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
b. Eliminación del tejido cariado con turbina y cureta
c. Preparación de la cavidad
d. Aislamiento relativo o absoluto (que garantice el aislamiento de la humedad)
e. Los materiales dependiendo el grado de complejidad de la lesión cariosa:
✓ Colocación de Hidróxido de calcio en polvo (cuando se observe exposición pulpar)
✓ Colocación de Hidróxido de calcio autofraguable (cavidad muy profunda sin exposición pulpar)
f. Colocación de sistema de matriz y cuñas
g. Colocación del ionómero (foto o autocurado)
h. Fotopolimerizar si fuera el caso según indicaciones del fabricante
i. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
j. Acabado y pulido

APERTURA CAMERAL

Este procedimiento se realizará en piezas uni y multiradiculares, con pulpitis irreversible, como una medida de emergencia, refiriendo posteriormente al establecimiento respectivo para continuar con el tratamiento de endodoncia.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO ODONTOESTOMATOLOGIA

El proceso de realizará de la siguiente manera:

a. Radiografía periapical de inicio, si se cuenta con el equipo e insumos
b. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
c. Aislamiento del campo operatorio
d. Apertura cameral.

e. Exéresis del tejido pulpar en su totalidad.
f. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
g. Secado con bolitas de algodón estéril
h. Colocar una bolita de algodón humedecido con paramoclorofenol/ formocresol.
i. Obturación temporal con una pasta compuesta de óxido de zinc y eugenolio

ENDODONCIA UNIRADICULAR Y MULTIRADICULAR

El tratamiento de conducto (endodoncias), se realizarán en piezas uni y multiradiculares, las cuales para el caso de pulpitis irreversible (biopulpectomía) se procederá de la siguiente manera:

El tratamiento se podrá realizar en una ó más citas según criterio del profesional

a. Radiografía periapical de inicio.
b. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
c. Aislamiento absoluto del campo operatorio
d. Apertura cameral, de ser necesario se realiza la reconstrucción de la pieza dentaria.
e. Exéresis del tejido pulpar en su totalidad con tiranervios y complementado con limas.
f. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio.
g. Secado con puntas de papel.
h. Conductometría (Radiografía.). con uso de limas
i. Instrumentación con Escariadores y limas.
j. Irrigación y aspiración con hipoclorito de sodio
k. Secado de conductos
l. Irrigación con ácido etildiaminotetracetico(EDTA)
m. Secado con conos de papel
n. Cronometría (Radiografía.). con uso de cono de gutapercha (cono maestro)
o. Obturación del conducto según técnica de elección, usando cemento endodóntico.
p. Radiografía de control final
q. Obturación temporal con Ionómero de vidrio/ oxido de zinc y eugenol
r. Retiro del aislamiento absoluto.

EXODONCIA SIMPLE

Las piezas dentarias permanentes o deciduas que presenten las siguientes características

serán consideradas como de exodoncia simple.

- ✓ Piezas dentarias con lesiones pulpares y periodontales que constituyen un foco de infección, sin la posibilidad de recuperación o con imposibilidad de referencia.
- ✓ Piezas dentarias con incapacidad funcional (masticatoria, estética, fonética, propioceptiva) y de rehabilitación.
- ✓ Remanente radicular

Se excluyen los siguientes casos, los cuales son consideradas exodoncias complejas:

- ✓ Piezas dentarias con Hipercementosis

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

18.

- ✓ Piezas dentarias con Anquilosis
- ✓ Piezas dentarias con Dilaceración radicular
- ✓ Piezas dentarias incluidas
- ✓ Pacientes inmunosuprimidos
- ✓ Pacientes con discrasias sanguíneas
- ✓ Pacientes con infección severa

El procedimiento de la exodoncia incluirá las siguientes partes:

A. Pre-quirúrgicos

- ✓ Radiografía periapical si se cuenta con equipo de Rx
- ✓ Preparación pre operatorio si fuera necesario (medicamentoso).

B. Quirúrgico

- ✓ Anestesia infiltrativa o troncular según el caso
- ✓ Técnica de extracción
  Sindemostomía
  Luxación
  Aprehensión
  Avulsión
- ✓ Curetaje del alveolo y afrontación de tejidos
- ✓ Colocación de un apósito de gasa

C. Farmacológico

- ✓ Indicaciones del cuidado post operatorio
- ✓ Prescripción analgésica (Paracetamol, Diclofenaco o Ibuprofeno, otros)
- ✓ Prescripción antibiótica si fuera necesario, como mínimo por 5 días (Penicilinas o Clindamicinas)

Adultos:

N°	PRESENTACION	VIA	POSOLOGIA
1	PARACETAMOL 500MG TAB	VO	CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS
2	IBUPROFENO 400MG TAB	VO	CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS
3	DICLOFENACO 75MG/3ML AMP	VI	CADA 24 HORAS POR 3 DIAS
4	CLINDAMICINA/ AMOXCILINA 300 / 500 MG TAB NAPROXENO/IBUPROFENO 550 / 400 MG TAB	VO	CADA 6/8 HORAS POR 5 A 7 DIAS CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS

Niños:

N°	PRESENTACION	VIA	POSOLOGIA
1	PARACETAMOL 5 a 15 mg/Kg de peso	VO	CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS
2	IBUPROFENO 10mg/kg de peso	VO	CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS
3	DICLOFENACO 0.5-3mg/kg/dia (máximo 150 mg)	VI	CADA 24 HORAS POR 3 DIAS
4	AMOXICILINA 40 A 90 mg/kg de peso IBUPROFENO 10 mg/kg de peso	VO	CADA 6/8 HORAS POR 5 A 7 DIAS CADA 6/8 HORAS POR 3 DIAS

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

17.

TIPOS DE TRATAMIENTOS:

	Convencional[1]	Alternativo [2]	Coadyuvante [3]
Pulpitis Reversible	o Protección pulpar y Obturación simple o compuesta	o Obturación de Ionómero de vidrio	
Pulpitis Irreversible	o Endodoncia uniradicular o multiradicular	o Apertura cameral o Exodoncia	o Prescripción analgésica o Prescripción antibiótica (si es necesario)

6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

Si no se realizó un buen diagnóstico podría tener efecto de necrosis pulpar.

6.4.4. SIGNOS DE ALARMA

- Caries profunda
- Caries recidivante
- Fractura coronaria

6.4.5. CRITERIOS DE ALTA

Se considera el alta cuando se logre la eliminación del dolor, así como del proceso inflamatorio o séptico. Adicionalmente la pieza dentaria deberá de presentar una restauración final, pudiendo incluir obturación y rehabilitación según sea el caso.

6.4.6. PRONOSTICO

Será favorable si el paciente no presenta sintomatología alguna.

6.5. COMPLICACIONES

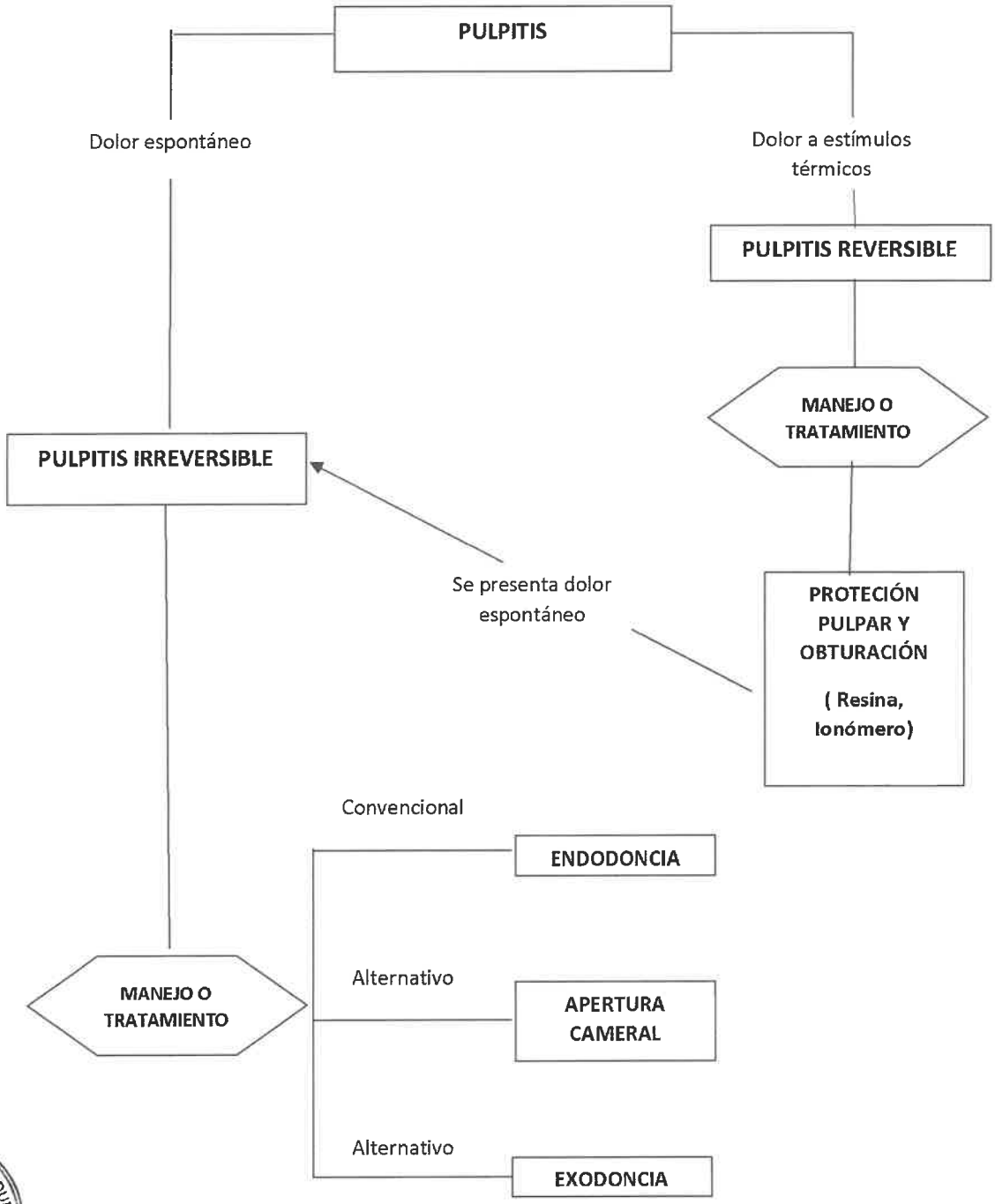
- Pulpitis irreversible
- Necrosis pulpar
- Infecciones derivadas de la pulpa

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Referencia: a niveles antes señalados.
Contrarreferencia a Establecimiento de Salud de origen.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

6.7. FLUXOGRAMA



15.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andreasen JO; Andreasen FM. Lesiones Dentarias Traumáticas, Madrid. Ed Medica Panamericana S.A. 1990
2. Baratieri L. Operatoria Dental. Brasil Quintassence. 2da. Edición. 1993
3. Basrani, E. Endodoncia Integrada, Caracas. Actualidades Medico-odontológicas Latinoamericana C.A. 1999
4. Cooper S.A.:Postgrad Dent 2:7, 1995
5. Cohen S, Burns R, Vías de la Pulpa, Madrid, 7ma Ed.; Pág. 581, 1999
6. Cohen S; Burns RC. Los caminos de la Pulpa, 5ª ed. Buenos Aires. Ed. Medica Panamericana, 1994.
7. De Deus, QD. Endodntia, 5ª. Ed. Rio de Janeiro, MEDSA, 1992.
8. Franflin Weine, Tratamiento Endodóncico 5ta. Ed, Madrid, pag.212, 1997
9. Frencken Jo et.al Atraumatic Restorative Treatment Approach to Control Dental Caries- Manual WHO. Third Edit. Jan 1997
10. Grossman, L.I. Terapeútica de los conductos radiculares, 4ta. Ed. Buenos Aires, Progrental, 1973.
11. Grossman, LI. Práctica Endodoncia, 3ra ed. Interamericana, México, 1987.
12. Hola K. Diet and caries in high-risk groups in developed and developing countries. Diet nutrition and dental caries res. 24 (1) 44-52. 1992
13. Ingle, Bakland, Tratamiento Endodóncico 5ta.ed.Hamilton, pag. 904, 2002
14. Ingle, JI; Tainter, JF. Endodoncia, 3ra ed. Interamericana, México, 1987.
15. Jensen, J; Serene, TP; Sánchez, F. Fundamentos Clínicos de Endodoncia, Univ. Costa Rica, 1974.
16. Lasala, A. Endodoncia, 3ra ed. Barcelona, Salvat Ed. S.A., 1979
17. Leonardo, ML; Simoes, F. Endodoncia, Buenos Aires, Panamericana 1983.
18. Mondragón, JD. Endodoncia. México Interamericana S.A. 1995
19. Paiva, JG; Antoniazzi, JH. Endodontia, 2ª. Ed. Sao Paulo, Atheneu, 1979.
20. Preciado, V. Manual de Endodoncia, Guía Clínica, México., Cuellar ediciones. 1975
21. Ratanasathein S; Hanks, CT. The effect of monomeric dental resin on odontoblastic functions in vivo. J Dent Res 79, Sp.Iss Abs:946,2000.
22. Seltzer, S; Bender, JB. The Dental Pulp, 2a. Ed., J.B Lippincott Company. Phyladelphia, 1975.
23. Sommer, R; Ostrander, FD; Crowley, MC. Endodoncia Clínica, Buenos Aires, Mundi, 1966
24. Troullus E., Freeman R, Dionne R.A.: Anesth Prog 33: 123,1986
25. Villena Hernán, Terapia Pulpar, Lima 1era Ed; 2001
26. Walton R y Torabinejad M, Endodoncia Principios y Práctica Clínica, México , 1era Ed. 1991
27. Walton, RE; Torabinejad, M. Principios y Práctica Clínica, México, Mac Graw Hill, 1991
28. Weine, FS. Terapeútica Endodontica, Buenos Aires, Mundi S.A., 1976
29. Weine, FS. Tratamiento Endodoncico, 5ª. Ed. Hartcourt Brace, Madrid, 1997

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

GUIA PRACTICA CLINICA: INFECCIONES ODONTOGENICAS

I. FINALIDAD

La presente Guía de práctica clínica tiene por finalidad contribuir en la mejora de estado de salud y de la calidad de vida de las personas.
La población objetivo de la presente son los niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores, gestantes de la región Moquegua. La GPC incluye terapéuticas para el manejo de infecciones odontogenicas.

II. OBJETIVO

Establecer el marco normativo para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de Guías de Práctica Clínica de Infecciones odontogénicas.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Hospital Regional Moquegua - Departamento de Odontoestomatología

IV. PROCESO DE PROCEDIMIENTO A STANDARIZAR

Celulitis y absceso de boca..... k122
Celulitis de la cara..... L032

V. CONSIDERACIONES GENERALES

1. DEFINICION:

La infección odontogénica consta de una variedad de procesos patológicos inflamatorios agudos o crónicos de curso evolutivo, que tiene como origen las estructuras dentarias, periodontales y por extensión a las estructuras óseas, a esta situación se le denomina localización primaria y a pesar de que este tipo de infección generalmente es localizada y autolimitada, puede suceder una diseminación.

Las vías de diseminación de la infección odontogénica son 4 principalmente:

- Vía hematógena (bacterias se difunden vía vasos sanguíneos)
- Vía vasos linfáticos (las bacterias invaden los vasos linfáticos y luego pasan a infectar otros vasos más alejados)
- Por continuidad (las bacterias se difunden producto de la comunicación que existe entre las diferentes estructuras anatómicas del organismo)
- Vía venas (en donde las bacterias pasan a las venas y son capaces de formar trombos).

Las infecciones odontogénicas que se presentan con mayor frecuencia serían las originadas a partir:

- la caries dental
- las infecciones dentoalveolares (infecciones de la pulpa y absceso periapical)
- la gingivitis (incluyendo la gingivitis ulcerosa necrosante)
- la periodontitis (incluyendo la pericoronaritis y la periimplantitis)
- las infecciones de los espacios aponeuróticos profundos.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

2. ETIOLOGIA

Las infecciones odontogénicas son de etiología derivada de diversos factores:

- Anatómicos (defectos del desarrollo), como dens invaginatum y dientes retenidos.
- Físicos (fisuras, fracturas, luxaciones dentarias, fracturas mandibulares, electrogalvanismo, radiaciones, toxicidad de materiales de obturación, intoxicaciones endógenas con plomo o mercurio).
- Funcionales (abrasión, bruxismo, intoxicaciones endógenas en el caso de pacientes con diabetes mellitus, gota, nefropatías, envejecimiento.
- Infecciosos (caries dental, pulpitis, pericoronaritis, enfermedad periodontal, bacteriemias, anacoresis). Siendo la caries dental la causa más frecuente, la cual conduce a una necrosis pulpar y, posteriormente, a un absceso periapical o a una periodontitis apical aguda.
  Existen otras causas menos frecuentes como la invasión de la pulpa dental por canalículos secundarios a partir del ligamento periodontal o desde el ápice en los casos de enfermedad periodontal activa. Así también las inoculaciones microbianas producidas en el paquete vasculonervioso secundarias a traumatismos dentofaciales, o pequeños traumas repetidos por maloclusiones dentarias o bruxismo.
- Iatrogénicos: En pacientes que sufrieron negligencia dental. Por ejemplo en casos de movimientos ortodonticos, tallados dentarios, preparación de cavidades, cambios bruscos de temperatura con generación de calor, variaciones bruscas de presión. También en pacientes que recibieron tratamiento de endodoncia que fracaso. Asimismo, la práctica de un legrado óseo con demasiado celo puede originar la ruptura del paquete vásculo-nervioso del diente vecino.
- Otros: También la anestesia local puede facilitar la propagación de la infección gracias a la vehiculización de los gérmenes por la propia aguja, debido a técnicas como la infiltrativa e intraseptal o por la propia solución anestésica en el caso de la técnica intraligamentosa.
- Infección por vía retrógrada: Se ha descrito la afectación periapical retrógrada por contigüidad del ápice de un molar superior con el seno maxilar infectado, así como, por su íntima relación, con un quiste radicular cuyo origen resida en otro diente; esta última circunstancia puede explicarnos que las pruebas de vitalidad pulpar efectuadas a los dientes que presuntamente están englobados en un quiste se vean alteradas de manera no uniforme.

3. FISIOPATOLOGIA

La sintomatología aguda que presenta un paciente con infección de origen odontogénico origina, entre otros, signos como tumefacción, dolor, induración, trismus, odinofagia e incluso cuadros sistémicos de afectación grave cuando determinadas infecciones progresan y evolucionan de forma descontrolada. Como se ha mencionado anteriormente, la causa más frecuente de infección odontógena es la caries, la cual conduce a una necrosis pulpar y, posteriormente, a un absceso periapical o a una periodontitis apical aguda. Existen otras causas menos frecuentes como la invasión de la pulpa dental por canalículos secundarios a partir del ligamento periodontal o desde el ápice en los casos de enfermedad periodontal activa. Es necesario tener en cuenta también las inoculaciones microbianas producidas en el paquete vasculonervioso secundarias a traumatismos dentofaciales, pequeños traumas repetidos por maloclusiones dentarias o bruxismo, estas últimas más habituales en ancianos. Una vez que se establece la infección periapical, ésta tiende a expandirse por las vías de salida que ofrecen menor resistencia. Lo más frecuente es que se extienda hacia la cortical ósea vestibular una vez que el

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

componente infeccioso, inicialmente subperióstico, haya roto esta membrana originando un absceso a este nivel que suele evolucionar originando una fístula vestibular. En otras ocasiones, el componente infeccioso se propaga hacia espacios profundos cervicofaciales a través de las aponeurosis musculares y tejidos blandos, complicando la evolución del proceso y originando abscesos a este nivel. Si este tipo de celulitis que afecta a espacios profundos evoluciona de forma descontrolada, puede consolidar el proceso con consecuencias letales debido a la proximidad de la cavidad bucal con los espacios deglutorios, respiratorios y mediastínicos, hecho del cual se deriva la consecuencia del tratamiento precoz de este tipo de infecciones.

4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Los estudios señalan que el porcentaje de celulitis de origen dentario están en aumento de 0.8% a 1.06%

5. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS

Factores generales:

- Disminución de la inmunidad
- Virulencia
- Cantidad de microrganismos

Factores locales

- Necrosis Pulpar
- Tratamiento inadecuado de conducto
- Caries dental con compromiso pulpar
- Lesiones traumáticas

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

1. CUADRO CLINICO

6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS

En la mayoría de los casos los pacientes antes de presentar la **fase aguda** de infección odontogénica, ya han manifestado y experimentado periodos intermitentes o prolongados de dolor.

Los signos que se observan son:

- ✓ edema,
- ✓ rubor,
- ✓ calor,
- ✓ perdida de función
- ✓ dolor.

Cuando el paciente esta con infección **odontogénica moderada a severa** presenta:

- ✓ trismus: Indicativo que la infección va más allá de los confines de los maxilares
- ✓ disfagia
- ✓ incluso dificultad para tragar la saliva
- ✓ Disnea
- ✓ problemas en las vías respiratorias
- ✓ elevación de la lengua, y estridor.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

11.

En caso de **Infección moderada a severa**, el estado general del paciente se ve comprometido a:

- ✓ Profunda postración y fascie tóxica.
- ✓ Pulso débil y frecuente (120 -140 pulsaciones por minuto), debido a la inundación masiva por las toxinas que se desprenden del foco séptico, causando una alteración en la circulación, miocardio y órganos internos.
- ✓ Temperaturas elevadas llegando a superar los 40 °C, lo que permite conocer el carácter séptico de la infección.

En los **estadios avanzados**, como muestra de claudicación del organismo, la temperatura esta apenas elevada, a pesar de la gran frecuencia del pulso.

En relación con el cuadro hemático, pueden encontrarse alteraciones cuantitativas como es la leucocitosis (aumento en el número total de leucocitos de acuerdo con el valor esperado para la población y la edad del paciente, relacionado principalmente con los neutrófilos).

El fracaso de las defensas del organismo se muestra en el hemograma con una intensa desviación hacia la izquierda en el recuentro leucocitario e incluso se puede observar leucopenia.

Los sudores fríos, palidez de las fascies y el color cianótico en los labios revela la gravedad

6.1.2 INTERACCION CRONOLOGICA

La mayoría de los abscesos son dolorosos, por lo que las personas suelen buscar tratamiento inmediatamente.

FASES DE LA INFECCION			
CARACTERISTICA	**INOCULACION**	**CELULITIS**	**ABSCESO**
DURACION	0-3 DIAS	3-7 DIAS	PASADO 5 DIAS

6.1.3 FOTOGRAFIAS

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

2. DIAGNOSTICO

ANAMNESIS

En la anamnesis buscamos los datos o información relevante acerca del paciente, para identificar los síntomas y signos de la enfermedad, y recopilar la información trascendental como antecedentes patológicos, que nos permitan reconocer la enfermedad. Hay que prestar especial atención a los siguientes datos que van a modificar la conducta a seguir en el paciente:

- Evolución y duración de los síntomas
- Antecedentes patológicos como enfermedades actuales y previas del paciente (diabetes, enfermedad cardiaca, renal, hepática, e inmunodeficiencias).
- Consumo habitual de tabaco, alcohol, drogas.
- Hipersensibilidad a fármacos.
- Tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos realizados previamente sobre el proceso, así como la efectividad exhibida por los mismos.
- Consumo de fármacos inmunosupresores (corticoides, citostáticos)

EXAMEN CLÍNICO

El examen clínico es importante para determinar el origen de la infección, consiste en observación, palpación de la zona involucrada e inspección mediante la percusión de los dientes.

La inspección intraoral debe centrarse en una búsqueda de la causa del proceso: enfermedad periodontal, caries, inflamación de la cresta sublingual, volumen y aspecto de la saliva; así como en la presencia de signos inflamatorios y desplazamientos del paladar blando y de las paredes orofaríngeas.

La palpación permite evaluar la consistencia de los tejidos, la presencia de alteraciones sensoriales, fluctuaciones y adenomegalias regionales.

Se usa el oxímetro de pulso para evaluar cuanta cantidad de oxígeno hay en los tejidos. Una saturación de oxígeno por debajo de 94% en un paciente sano indica la insuficiencia de oxigenación a los tejidos debido a la hipoperfusión o hipo oxigenación.

3. EXAMENES AXULIARES

Las radiografías

Nos permiten determinar la localización, la extensión y las posibles complicaciones de las infecciones. Así mismo nos facilita la evaluación de las vías aéreas.

La radiografía antero posterior de tejidos blandos del cuello permite identificar la desviación lateral de la vía aérea, mientras que la radiografía lateral, permite evaluar un desplazamiento anterior de la vía aérea

La tomografía computarizada

Es útil para la identificación y evaluación el proceso inflamatorio originado por las infecciones odontogénicas, ya que clínicamente estas son de difícil acceso y visualización, en el cual también se puede evaluar, la caracterización de la ubicación, el estado de las vía aérea, la presencia de gas en infecciones cervicales profundas, distingue la formación de absceso y celulitis con una sensibilidad y especificidad del 85 – 90%

Laboratorio

El papel del laboratorio en el diagnóstico de las infecciones odontogénicas en la práctica general recaba datos analíticos inespecíficos (leucocitos, complemento, linfocitos, inmunoglobulinas,

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

9.

glucemia, etc.) que deben solicitarse ante infecciones reiteradas, inhabituales o sospechosas de cualquier enfermedad sistémica que pueda tener repercusión en la cavidad bucal.

EXAMENES AUXILIARES que deben ser solicitados:

- HEMOGRAMA COMPLETO
- UREA
- CREATININA
- GLUCOSA

La identificación de los microorganismos causales se consigue gracias a una correcta toma del exudado, para que luego pueda efectuarse un examen microscópico directo y/o un cultivo microbiano.

De esta forma, se podría rectificar el tratamiento antibiótico empírico en caso de que no sea adecuado, o bien continuar con él si es apropiado para los patógenos causantes de la infección

El cultivo del exudado no se emplea de forma rutinaria, pero sí debe hacerse cuando el paciente no responde al antibiótico terapia empírica y al tratamiento causal en 48 horas, si la infección se disemina a otros espacios fasciales a pesar del tratamiento inicial y si el paciente está inmunodeprimido o tiene antecedentes de endocarditis bacteriana y no responde al antibiótico inicial.

Luego de dar tratamiento inmediato, lo ideal es completar el cultivo de gérmenes con un antibiograma que es el estudio de la susceptibilidad de los gérmenes causales

4. MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD

6.4.1 MEDIDAS GENERALES

CATEGORIA DEL ESTABLECIMIENTO	PERSONAL	COMPLEJIDAD DEL DAÑO	FORMA DE ATENCION	MANEJO Y TRATAMIENTO
II-2 HRM	CIRUJANO DENTISTA	INFECCION ODONTOGENICA	AMBULATORIA	RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA
				PRESCRIPCION ANALGESICA
				PRESCRIPCION ANTIBIOTICA
				DEBRIDACION DE PROCESO INFECCOSO(VIENDO LA CRONOLOGIA)
				HSPITALIZACION(GRAVEDAD)
			EMERGENCIA (URGENCIA)	RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA
				PRESCRIPCION ANALGESICA
				PRESCRIPCION ANTIBIOTICA
				DEBRIDACION DE PROCESO INFECCOSO(VIENDO LA CRONOLOGIA)
			HOSPITALIZACION	RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA (DEPENDE DEL ESTADO DEL PACIENTE)
				PRESCRIPCION ANALGESICA
				PRESCRIPCION ANTIBIOTICA
				DEBRIDACION DE PROCESO INFECCOSO(VIENDO LA CRONOLOGIA)
			DOMICILIARIA	REFERENCIA A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

8.

6.4.2 TERAPEUTICA

El éxito terapéutico radica en realizar un abordaje adecuado de la infección odontogénica, para lo cual es primordial saber la naturaleza y la localización del agente etiológico infeccioso.

La infección odontogénica debe ser abordada desde diferentes ámbitos terapéuticos que son complementarios entre sí:

- ✓ El tratamiento etiológico odontológico: que determina eliminar el agente causal de forma oportuna, consistirá según las situaciones, en raspado radicular, drenaje del conducto radicular, extracción dental o de restos radiculares, legrado del lecho alveolar, drenaje de colecciones supuradas, desbridamiento de tejidos necróticos, incluirá actuaciones quirúrgicas de mayor o menor envergadura las cuales pueden requerir distintos niveles de pericia profesional, en caso de duda de la severidad y compromiso de vía respiratoria, se realizara laringospia, si estuviese comprometida la vía aérea se realizara intubación endotraqueal, en casos extremos se realiza traqueotomía que es tratamiento médico en emergencia.

- ✓ El desbridamiento con técnica mecánico quirúrgica, es la incisión y ruptura quirúrgica de las bandas fibrosas que presenta en su interior un determinado tejido. Se suele realizar con una pinza hemostática curva, de forma suave y en todas las direcciones, para romper las posibles tabicaciones del absceso.

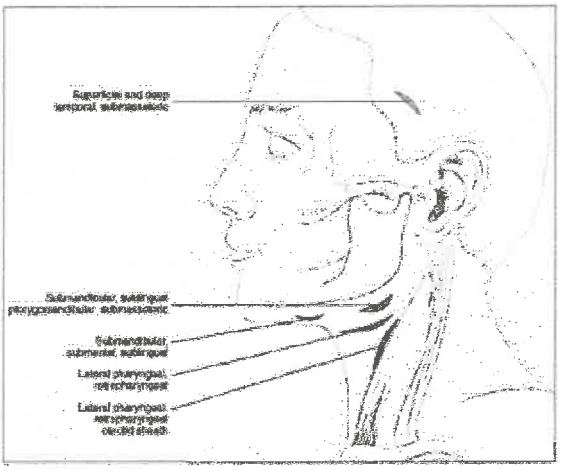
  El desbridamiento disminuye el inoculo de microorganismos patógenos y, al mismo tiempo, al mejorar la oxigenación, se crea un medio desfavorable para los gérmenes anaerobios. También facilita la eliminación de una serie de substancias nocivas como pus, toxinas bacterianas, fragmentos tisulares necrosados.

  Da beneficio sintomático ya que con la descompresión cede el dolor. Por último, hay una razón de estrategia terapéutica ya que la evacuación del pus es dirigida por nosotros hacia un lugar que es favorable, eliminando el riesgo de que la infección progrese hacia espacios anatómicos más comprometidos.

- ✓ Siempre que sea posible se intentará un abordaje intraoral. Cuando la incisión sea necesariamente cutánea debe seguir los pliegues naturales de la cara y del cuello, siguiendo los ejes de mínima tensión (líneas de Langer) o la sombra de la mandíbula, respetando a su vez las estructuras anatómicas.
  Con el fin de evitar el cierre precoz de la herida se coloca un dren fijado con suturas, que se mantendrá mientras se observe supuración. Está indicada la colocación de látex Penrose o Jackson-Pratt tipo dren o silicona con pequeñas perforaciones, que se cubrirán con un apósito formado por gasas; que debe renovarse varias veces al día para evitar la maceración de la piel y se debe limpiar diariamente los drenajes con una solución estéril, retirándolos gradualmente hasta su remoción definitiva, cuando la eliminación de secreciones sea mínima o nula.
  Cuando se retire el drenaje no se ha de pretender suturar la incisión; únicamente se intentará aproximar los bordes de la incisión mediante pequeñas tiras de esparadrapo de papel o bien simplemente se esperará el cierre por segunda intención.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

7.



Lugar de la incisión para el drenaje extraoral de las infecciones de cabeza y cuello. Incisiones en los siguientes puntos, usadas para drenar el exudado: temporal superficial y profundo, submaseterico; submandibular, submental, sublingual; pterygomandibular, submaseterico; faringeo lateral, retrofaringeo.

El tratamiento antimicrobiano tiene por objetivo evitar la extensión local y la contigüidad de la infección, causa un cambio cuantitativo y cualitativo en la composición bacteriana, actúa en lugares no accesibles al desbridamiento mecánico y previene las complicaciones derivadas de la diseminación hematógena.

Debe ser empleado con criterios de racionalidad y eficiencia, a fin de limitar los efectos indeseables y la aparición de resistencias. El antibiótico debe ser de amplio espectro, especialmente activo contra odontopatógenos comunes. La dosis se adaptará al paciente (edad, patología de base, gravedad de la situación clínica, etc.), se administrará de forma ambulatoria y por vía oral, salvo que la situación aconseje el ingreso en el hospital.

La duración del tratamiento antibiótico depende del tipo de infección, de la extensión del proceso y del antibiótico elegido.

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

6.

ESQUEMAS DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

ADULTO

ESQUEMA N° 1

Presentación	Vía	Posología
1/7 CEFTRIAXONA (AMP 1G)	EV/IM	2G CADA 24 HORAS X 7 DIAS
Previa prueba de sensibilidad al antibiotico		1G CADA 12 HORAS X 7 DIAS
CLINDAMICINA (AMP 600)	EV	600 MG CADA 8 HORAS X 7 DIAS
OMEPRASOL (AMP 40 MG)	EV	40 MG CADA 24 HORAS X 7 DIAS
METAMIZOL (AMP 1 G)	EV/IM	1- 2 G CADA 8 HORAS X 3 DIAS
1. DIETA BLANDA / COMPLETA LICUADO LIQUIDA AMPLIA		NPO (12 horas para sop)
2. NACL 0.9% 1000 CC	EV	XXX GOTAS POR MINUTO (30 CC /KG) I – II
		XV GOTAS EN 24 H = 1 LITRO
3. DEXTROSA 5% 1000 KCL 20% 1 AMP (kalium) NACL 20% 2 AMP	EV	Pacientes que no se han podido alimentar por 24 horas
4. CFV C/6H + BHE + D		
5. DIMENHIDRINATO 50 MG	EV	CADA 8 HORAS (condicional a vomito)
Equipo de Venoclisis # 01 Tegaderm 5x7 # 01 Llave triple via # 01 Volutrol #03 Jeringa 5ml #03 Jeringa 20 ml #03 Cateter N° 18 o 20 #01		

ESQUEMA N°2

Presentación	Vía	Posología
AMOXICILINA 500 MG	VO	CADA 8 HORAS X 7 DIAS
PARACETAMOL 500MG	VO	CADA 8 HORAS X 3 DIAS

ESQUEMA N° 3

Presentación	Vía	Posología
CLINDAMICINA 300 MG TAB	VO	CADA 8 HORAS X 7 DIAS
PARACETAMOL 500 MG TAB	VO	CADA 8 HORAS X 3 DIAS
OMEPRASOL 20 MG TAB	VO	CADA 24 HORAS X 7 DIAS

Esquema N°4

Presentación	Vía	Posología
AMOCICILINA / AC CLAVULANICO 500/125 MG	VO	AMOXICILINA / ACIDO CLAVULANICO C/8 HORAS X 7 DIAS
NAPROXENO 500 MG / IBUPROFENO 400 MG	VO	1 TB CADA 8 HORAS X 3 DIAS

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

ESQUEMA N°5

Presentación	Vía	Posología
AZITROMICINA 500 MG	VO	CADA 24 HORAS X 3 DIAS
PARACETAMOL 500MG	VO	CADA 8 HORAS X 3 DIAS

ESQUEMAS DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

NIÑOS

ESQUEMA N°1

Presentación	Vía	Posología
CEFTRIAXONA (AMP 1G) Previa prueba de sensibilidad al antibiotico	EV	40 mg /kg /dia 400 mg EV cada 24 horas (10 KG)
CLINDAMICINA (AMP 600)	EV	30MG/KG / DIA 100 MG CADA 8 HORAS (10 KG)
OMEPRASOL (AMP 40 MG)	EV	1 MG /KG / DIA 10 MG CADA 24 HORAS (10 KG)
METAMIZOL (AMP 1 G)	EV/IM	30 MG /KG /DOSIS 300 MG CADA 8 HORAS (10 KG)
DIETA BLANDA / COMPLETA. LICUADO LIQUIDA AMPLIA		NPO
NACL 0.9% 1000 CC	EV	XV GOTAS EN 24 H = 1 LITRO = 10 KG
1. DEXTROSA 5% 1000 2. KCL 20% 1 AMP NACL 20% 2 AMP	EV	MENOS DE 10 KG X 100 ML /KG 11-20 KG= LOS PRIMEROS 10 X 100 ML LOS OTROS KG X 50 ML
3. CFV C/6H + BHE + D		
4. DIMENHIDRINATO 50 MG	EV	10 MG CADA 8 HORAS

ESQUEMA N°2

Presentación	Vía	Posología
AMOXICILINA/ AC CLAV	VO	50- 70 MG/DOSIS/DIA CADA 8 HORAS X 7 DIAS
PARACETAMOL	VO	15 MG/KG/DOSIS CADA 8 HORAS X 3 DIAS

ESQUEMA N°3

Presentación	Vía	Posología
AZITROMICINA	VO	10 A 12 MG/KG CADA 24 HORAS X 3 DIAS
PARACETAMOL	VO	15 MG/KG/DOSIS CADA 8 HORAS X 3 DIAS

ESQUEMA N°4

Presentación	Vía	Posología
1/7 CEFAZOLINA (AMP 1G) Previa prueba de sensibilidad al antibiotico	EV	25 - 100 mg /kg /dia EV cada 08 horas
CLINDAMICINA (AMP 600)	EV	30MG/KG / DIA 100 MG CADA 8 HORAS (10 KG)
OMEPRASOL (AMP 40 MG)	EV	1 MG /KG / DIA 10 MG CADA 24 HORAS (10 KG)
DIETA BLANDA / COMPLETA. LICUADO LIQUIDA AMPLIA		NPO
NACL 0.9% 1000 CC	EV	XV GOTAS EN 24 H = 1 LITRO = 10 KG
1. DEXTROSA 5% 1000 2. KCL 20% 1 AMP NACL 20% 2 AMP	EV	MENOS DE 10 KG X 100 ML /KG 11-20 KG= LOS PRIMEROS 10 X 100 ML LOS OTROS KG X 50 ML
3. CFV C/6H + BHE + D		
4. DIMENHIDRINATO 50 MG	EV	10 MG CADA 8 HORAS

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

4.

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS Y COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

Dolor Epigástrico, náuseas, vómito, diarrea, en relación al estado general del paciente.

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

- ✓ Extensión a espacios fasciales profundos.
- ✓ Celulitis rápidamente progresiva.
- ✓ Afectación grave del estado general, en casos graves con importante afectación sistémica, con riesgo vital y deshidratación
- ✓ Con signos clínicos de disnea, disfagia, trismus intenso (distancia ínterincisiva inferior a 10 mm.), fiebre superior a 38 ºC. (1, 23)
- ✓ Paciente no colaborador o incapaz de seguir por sí mismo el tratamiento ambulatorio prescrito.
- ✓ Fracaso del tratamiento inicial.
- ✓ Pacientes inmunocomprometidos (diabetes, alcoholismo, malnutrición, corticoterapia, infección por el VIH)

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

Se considera el alta cuando se logre la eliminación del proceso séptico. Adicionalmente la pieza dentaria deberá presentar una restauración final, pudiendo incluir obturación, endodoncia y rehabilitación o exodoncia según sea el caso. Y se brinda la contrarreferencia al establecimiento de salud de origen.

6.4.6 PRONOSTICO

Será favorable si el paciente no presenta sintomatología alguna.

5. COMPLICACIONES

Las infecciones odontogénicas de cabeza y cuello que no evolucionan satisfactoriamente, usualmente siguen trayectos anatómicos a través de los espacios y planos aponeuróticos; estas infecciones pueden ir en ascenso pudiendo afectar el cerebro, senos cavernosos, y órbitas, por diseminación directa a través del plexo pterigoideo y plexo venoso en la fosa pterigomaxilar; también pueden ir en descenso y alcanzar el mediastino por diseminación contigua a través de los espacios parafaríngeos, retrofaríngeos, y retroviscerales.

Entre las complicaciones se encuentran:

- ✓ Angina de Ludwing
- ✓ Fascitis necrosante cervicofacial
- ✓ Mediastinitis
- ✓ Sinusitis odontogénica
- ✓ Infecciones periorbitarias
- ✓ Trombosis del seno cavernoso
- ✓ Edocarditis bacteriana
- ✓ Absceso cerebral
- ✓ Meningitis
- ✓ Septicemia
- ✓ Encefalitis gangrenosa
- ✓ Neumonia gangrenosa
- ✓ Tromboflebitis de las venas vecinas (vena facial,plexo venoso pterigoideo,vena yugular internaq, etc.)

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA – DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

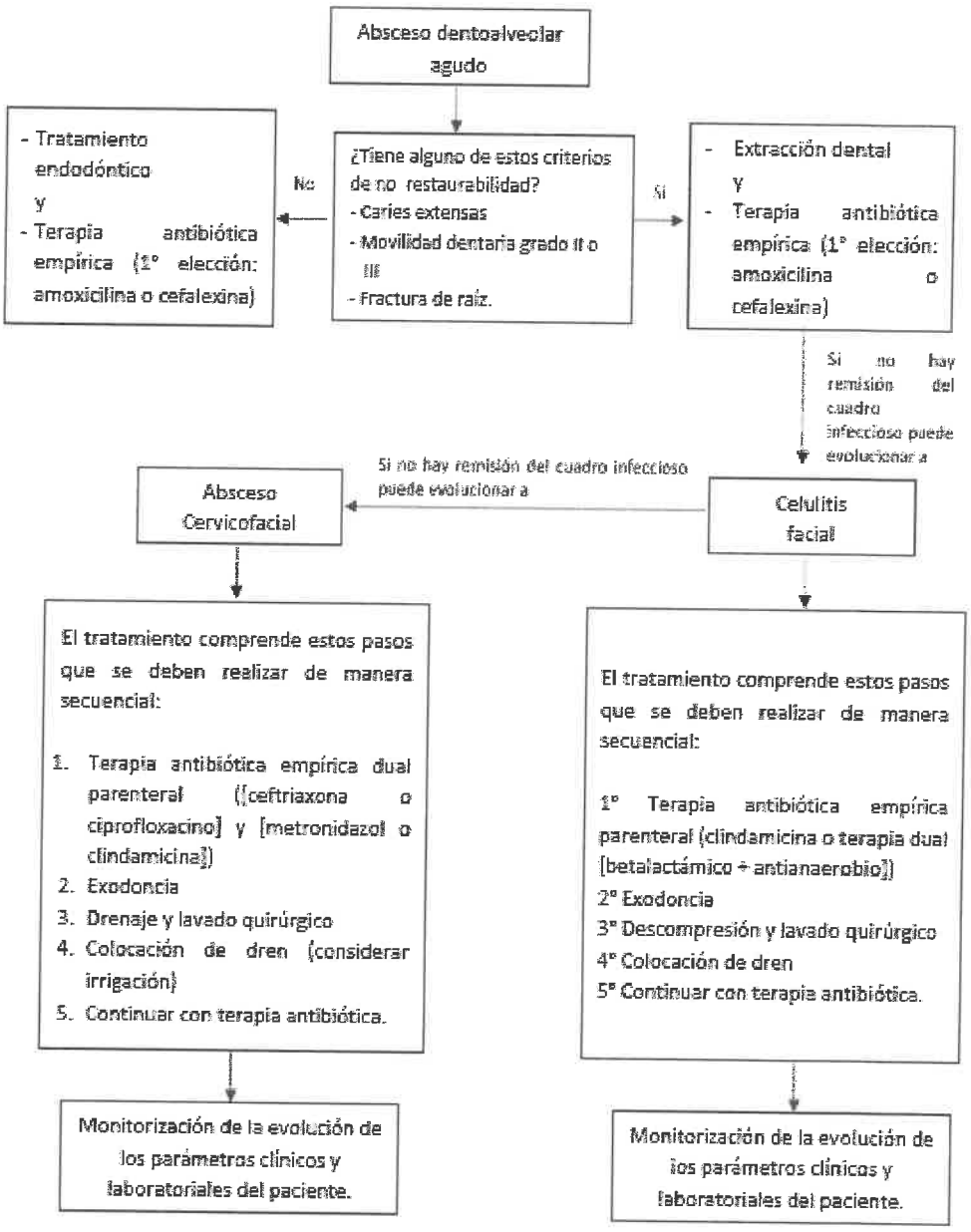
3.

6. CRITERIOS DE REFERENCIA YCONTRAREFERENCIA

Referencia: a niveles antes señalados.
Contrarreferencia a Establecimiento de Salud de origen.

7. FLUJOGRAMA

Flujograma para el tratamiento de pacientes con infecciones odontogénicas (absceso dentoalveolar agudo, celulitis o absceso cervicofacial)



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA

2

VII. BIBLIOGRAFIA

1. https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatria/vp-361/pedi36101-celulitis/
2. https://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v9n4/02.pdf
3. Peterson E, Hupp JR, Tucker MR. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery: Mosby, 2003
4. https://www.cop.org.pe/bib/tesis/SUSANACHAVEZROBLES.pdf
5. Barrientos F, Peral B, De la Peña G, Sanchez L, Garcia J, Serrat A, Verrier A. Osteonecrosis de los maxilares inducida por bifosfonatos:prevención y actitud
6. terapeùtica.Rev Esp Cirug Oral y Maxilofacial 2007 29(5):2-9.
7. .www.medigraphic.com 2. De Vicente JC. Celulitis Maxilofaciales.Med Oral Patol
8. Oral Cir Bucal2004; 9:s126-138. www. ncbi.nlm.nih.gov 3. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Abscesos Profundos de Cuello. México, SS 2010.www.cenetc.gob.mx
9. Ministerio de Salud. Guía Clínica Urgencia Odontológica Ambulatoria. Santiago 2007. SerieGuíasClínicas (MINSAL) no. 46 4
10. Velasco I, Soto R. Principios para el tratamiento de infecciones odontogénicas con distintos niveles de complejidad. Rev. Chilena de Cirugía. 2012;64:586-698. [Links]
11. https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/GPC-Inf-Odontogenicas_V.-Corta.pdf
12. Vicente JC. Celulitis Maxilofaciales. Med Oral Patol Oral Cir. Bucal. 2004;9:126-128. [Links]

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
DEPARTAMENTO ODONTOESTOMATOLOGIA