

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 15 de Febrero del 2016

Visto el Expediente con Registro DG Nº 7025-2015; y el Memorando Nº 278-2015-DEIDAECNA-INSN, de fecha 31 de marzo del año 2015; por el cual se hace llegar la Guía de Práctica Clínica de Traumatismo Dentoalveolar, la Guía Técnica de procedimientos Reducción de Fractura Dentoalveolar, La Ficha de Traumatismo Dentoalveolar y el Consentimiento Informado para el tratamiento del Trauma Dentoalveolar elaborado por el Equipo Técnico del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Odontoestomatología; y solicita la elaboración de la Resolución Directoral correspondiente;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842- Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Artículo 31º del Decreto Supremo Nº 013-2002-SA, Reglamento de la Ley Nº 27657- Ley del Ministerio de Salud, establece como uno de los objetivos funcionales de los Institutos Especializados es lograr la eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud;

Que, con Memorando Nº 1972-OGC-INSN-2015, el Director de la Oficina de Gestión de la Calidad, hace llegar a la Dirección General del Instituto Nacional de Salud del Niño la Guía de Práctica Clínica de Traumatismo Dentoalveolar, la Guía Técnica de procedimientos Reducción de Fractura Dentoalveolar, La Ficha de Traumatismo Dentoalveolar y el Consentimiento Informado para el tratamiento del Trauma Dentoalveolar elaborado por el Equipo Médico del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Odontoestomatología contando con opinión técnica favorable de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño y del Adolescente y la Oficina de Gestión de la Calidad, para su opinión y aprobación con Resolución Directoral;

Que, con el memorando Nº1296-DG-INSN-2015 la Dirección General aprueba las guías presentadas en uso de las atribuciones conferidas en el Manual de Organización y Funciones aprobado por Resolución Directoral Nº 041-DG-INSN-2011;

Con la Visación de la Dirección Adjunta, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño y del Adolescente, el Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Odontoestomatología, la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño; y,

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la "Guía de Práctica Clínica de Traumatismo Dentoalveolar con 8 folios (VIII), la Guía Técnica de Procedimientos Reducción de Fractura Dentoalveolar con 18 folios (XVIII), La Ficha de Traumatismo Dentoalveolar con 3 folios (III) y el Consentimiento Informado para el tratamiento del Trauma Dentoalveolar con 1 folio (I) , presentada por el Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Odontoestomatología del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Artículo Segundo.- La Guía de Práctica Clínica de Traumatismo Dentoalveolar, la Guía Técnica de procedimientos Reducción de Fractura Dentoalveolar, La Ficha de Traumatismo Dentoalveolar y el Consentimiento Informado para el tratamiento del Trauma Dentoalveolar será publicada en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DR. ALFONSO JUAN TAPIA BAUTISTA DIRECTOR GENERAL C.M.P. 14181 R.N.E. 4503

ATE/RVP

DISTRIBUCIÓN:

- () DG
() DEIDAM
() DEIDAECNA
() DEAC
() Dpto. De Odontoestomatología
() OGC
() Of. Comunicaciones
() OP
() UG

MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado. 04 ABR. 2016 Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA



SERVICIO CIRUGÍA BUCAL Y MÁXILO FACIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO - TRATAMIENTO DEL TRAUMA DENTOALVEOLAR

Fecha: ___/___/___

Son todas aquellas lesiones donde un trauma dento-alveolar, afecta a una pieza dentaria, involucrando al ligamento periodontal, hueso alveolar y/o tejidos blandos y duros adyacentes.

Objetivo del tratamiento del trauma dento alveolar: - Prevención del daño potencial en los dientes temporales y permanentes. Mantener la vitalidad pulpar y restablecer la normalidad estética y la funcional.

Las alternativas razonables al procedimiento: No presenta.

Consecuencias previsibles de su no realización: Alteración en la oclusión dentaria, dificultad a la masticación de alimentos, desmejorando su nutrición.

El riesgo poco frecuente son: Hemorragia, Hematoma y/o Edema de la cavidad bucal, Infección

Riesgos en función de las particularidades de cada paciente, Reacciones Adversas al Anestésicos y medicamentos, granuloma, cicatriz, infecciones, movilidad de piezas dentarias, rizólisis de raíz.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Sr/Sra. _____, de _____ años
Je edad, con domicilio en _____ identificado
(a) con DNI N° _____, en calidad de padre (), madre (), o apoderado (). Del paciente

Con Diagnóstico de: lesiones de los tejidos duros y pulpa (), Lesiones de los tejidos periodontales ()
Lesiones de la encía o mucosa oral, () Lesiones del hueso de sosten()

Especificar _____

y que requiere como procedimiento y/o tratamiento: () Ferulización con Alambre y Resina, ()
Remodelado Óseo, () Exodoncias de Piezas, () Sutura (), Otros _____

Declaro:

Que el Cirujano Dentista _____ con
RNE N° _____, me ha explicado que es necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, realizar el
tratamiento arriba señalado, así como para la realización de otros procedimientos que puedan
contemplarse durante el acto previamente autorizado. Y que luego de haber sido informado (a), acepto
voluntariamente los riesgos/beneficios del tratamiento del traumatismo bajo anestesia local, () general ()
Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente
SI (), NO () doy mi consentimiento para el procedimiento. Y siendo necesario la administración de
sangre o sus derivados Si () No () doy mi consentimiento.



Firma del Responsable
DNI

Huella
Digital

Firma y sello del Cirujano Dentista
COP..... RNE.....

Testigo (opcional)

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO: Revoco el consentimiento prestado en la fecha y no
deseo proseguir con el tratamiento el cual doy por terminado en esta fecha

Firma del Responsable
DNI.....

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente
igual al original que he tenido a la vista y que he verificado
este mismo acto al interesado.
04 ABR. 2016
Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA

Firma y sello del Cirujano Dentista
COP..... RNE.....



Los traumatismos alveolodentarios están asociados a lesiones de las partes blandas.

Heridas con solución de continuidad de la mucosa. Hay dos tipos:

- Abrasiones: afectan exclusivamente a las capas más superficiales de la mucosa.
- Laceraciones: cuando se afectan varias capas de la mucosa. Pueden presentarse de diversa forma: transfixiantes (cuando comunican la piel con la cavidad bucal), inciso-contusas, con pérdida de sustancia y heridas complejas.
- Contusiones: En las que la mucosa conserva su integridad. Se caracterizan por rotura de vasos sanguíneos o linfáticos subyacentes. Clínicamente se manifiestan por dolor, tumefacción y equimosis o hematoma. Requieren tan sólo medidas antiinflamatorias y de antisepsia y analgesia local.

Las lesiones traumáticas según Andreassen, se clasifican en:

1.- LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS Y LA PULPA.

- INFRACCIÓN: fractura incompleta. Corresponde a una fisura del esmalte. Por tanto no hay pérdida de sustancia dentaria.
- FRACTURA DE CORONA: puede ser no complicada cuando afecta al esmalte o a la dentina pero sin afectar a la pulpa (nervio); complicada cuando tenemos afectación pulpar y pueden aplicarse Hidróxido de calcio (Ca(OH)₂, agregado trióxido mineral (MTA), o la revascularización, mediante la terapia celular con células madres en el diente inmaduro con tejido pulpar afectado (11)
- FRACTURA CORONO-RADICULAR: no complicada cuando afecta a esmalte, dentina o cemento de la raíz pero sin afectar a la pulpa; o complicada cuando afecta a esmalte, dentina o cemento pero con afectación pulpar.
- FRACTURA RADICULAR: afecta a cemento, dentina y pulpa.

2.- LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

- CONCUSIÓN: lesión mínima de las estructuras de soporte, sin movilidad ni desplazamiento del diente, pero si el ligamento periodontal está inflamado, existirá dolor a la percusión del diente (al golpearlo).
- SUBLUXACIÓN: lesión más intensa, aflojamiento del diente, lesión de las estructuras de sostén en las que el diente está flojo, pero no se mueve en el alvéolo.
- LUXACIÓN INTRUSIVA: un impacto producido desde abajo puede desplazar el diente en la profundidad del hueso, ocasionando conminución o fractura de la cavidad alveolar. (11)
- LUXACIÓN EXTRUSIVA: impacto desde arriba puede desplazar parcialmente el diente fuera del alveolo.
- LUXACIÓN LATERAL: lesión más intensa de todas las estructuras (pulpa, ligamento periodontal y hueso), ya que el diente se desplaza en una dirección contraria a su eje.
- AVULSIÓN: salida del diente fuera del alvéolo. Hay rotura del paquete vasculo nervioso y del ligamento periodontal (11) (1)(4)

3.- LESIONES DE LA ENCÍA O LA MUCOSA ORAL

- LACERACIÓN: SO1.50 es una herida superficial o profunda producida por un desgarramiento y generalmente causada por un objeto agudo que origina una herida superficial o profunda.
- CONTUSIÓN: SO1.50 golpe generalmente producido por un objeto romo y sin rompimiento de la piel o mucosa, causando con frecuencia una hemorragia en esta última.
- ABRASIÓN: SO1.50. herida superficial por raspadura o desgarro de la piel o mucosa que deja la superficie sangrante y áspera. (1)(4)(10)(12)

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que se le hizo a la vista y que he devuelto en este mismo acto al integrarlo.

04 ABR. 2016

494

Reg. N°

Lic. CARMEN NÚCIA MARTÍNEZ ESPINOZA
FEDATARIA



4.-LESIONES DEL HUESO DE SOSTÉN

- CONMINUCIÓN DE LA CAVIDAD ALVEOLAR: frecuentemente se presenta junto a una luxación lateral o intrusiva.(1) (8)
- FRACTURA DE LA PARED ALVEOLAR: se limita a las paredes vestibular o lingual.
- FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR: puede afectar a la cavidad alveolar.
- FRACTURA DE MAXILAR O MANDIBULA. Fractura de la mandíbula o del maxilar superior. Con frecuencia involucra también al proceso alveolar.(10)

A. DIAGNOSTICO B. SIGNOS DE ALARMA

- Pérdida de conciencia.
- Hematemesis/Hemoptisis.
- Otorragia.
- Epistaxis.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Cefaleas.
- Dolor cervical y/o articular (ATM).
- Las características del dolor dentario: espontáneo, con la masticación o con los cambios térmicos.

C. COMPLICACIONES

- Cambios oclusales, Incapacidad funcional (alteración masticatoria, visual, etc)
- secuelas estéticas faciales.
- Necrosis pulpar. Necrosis de la pulpa del diente primario con pigmentación grisácea y posible formación de un absceso.
- Reabsorción radicular .Reabsorción interna del diente primario.
- Anquilosis del diente primario que obliga a una resección quirúrgica posterior, justo antes de que erupcione el permanente.
- Hipoplasia o hipo mineralización de los dientes permanentes.
- Alteraciones en los gérmenes de los dientes definitivos. Dilaceración de la corona o de la raíz, dependiendo de la fase de desarrollo. Reabsorción del brote del diente permanente.
- Mal formación en forma de odontomas.
- Obliteración del conducto pulpar Parada parcial o completa de la formación radicular
- Secuestro del germen del permanente
- Mala consolidación ósea (pseudoartrosis)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: hematoma. inflamación, fractura maxilar.

VI. EXAMENES AUXILIARES:

A. DE IMÁGENES

Placas Periapicales

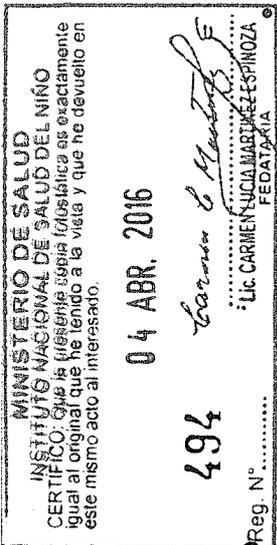
Con ellas podemos explorar toda la zona alveolodentaria, desde la corona dentaria al área periapical, visualizando el espacio periodontal y el hueso maxilar que rodea al diente.

La radiografía periapical, retrodentaria o retroalveolar puede obtenerse mediante dos procedimientos:

- Técnica de la bisectriz o con cilindro o cono corto.
- Técnica paralela o de cilindro o cono largo.

Estas técnicas son adecuadas y suficientes para el estudio dentario y peridentario exigido en la patología bucal que ocupa nuestra especialidad.

Placas oclusales



Son el complemento ideal de las técnicas periapicales a fin de obtener datos radiológicos de una área maxilar más amplia como por ejemplo en caso de: lesiones quísticas o tumorales, dientes incluidos, fracturas alveolodentarias o maxilares

Las pruebas complementarias radiológicas, deben incluir una radiografía panorámica, que es de especial interés en traumatismos extensos, así como para la valoración de la posible afectación de gérmenes de dientes permanentes en traumatismos en la infancia, y radiografías periapicales de los dientes afectados; en ocasiones es preciso realizar series radiológicas apicales en varias posiciones para poder determinar el alcance de un traumatismo sobre un diente o grupo dentario. Hay que hacer controles evolutivos radiográficos, pues a partir de la 3ª-4ª semana pueden aparecer imágenes radiotransparentes periapicales sugerentes de necrosis pulpar, o signos radiográficos de reabsorción radicular externa inflamatoria.

Tomografía (2)

PATOLOGIA CLINICA

Los siguientes estudios están indicados:

- Cuadro hemático. En casos de sangrado excesivo, evaluar hemoglobina y hematocrito cada 4 horas.
 - perfil de coagulación
- exámenes especializados complementarios

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

-Cirujano Buco Maxilo Facial, odontopediatra

A. PLAN DE TRABAJO

Limpieza de la herida retirando sangre, cuerpos extraños y saliva.

Valorar dientes presentes y ausentes, fragmentos de diente en alvéolo dentario, tejidos blandos y tragados o aspirados.

Examen de tejidos blandos circundantes.

Descartar otras fracturas

B. LUGAR Y FORMA DE ATENCION

La atención dependerá de la complejidad de los tratamientos y del grado de riesgo de los pacientes que determinará si al paciente se le atiende de modo ambulatorio o en sala de operaciones.

C. TRATAMIENTO CONVENCIONAL

Fijación y ferulización

D. TRATAMIENTO ALTERNATIVO

fijación y nebulización, Estabilizar férula con autofraguado de fraguado rápido o resina compuesta fotopolimerizable (9)tratamiento abierto con miniplaca monocortical (7)

E. TRATAMIENTO COADYUVANTE

Reducción, fijación asociado a tejidos blandos y otras fracturas del macizo facial.

F. CRITERIO DE ALTA

Cuando se halla restablecido la incapacidad funcional.

VIII. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

No se da porque el instituto

especializado de Salud del Niño es un centro de referencia en el país

Referencia: Del segundo y tercer nivel de atención que sean referidos al ISN serán atendidos hasta culminar el tratamiento.

IX. FLUXOGRAMA

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR. 2016

494

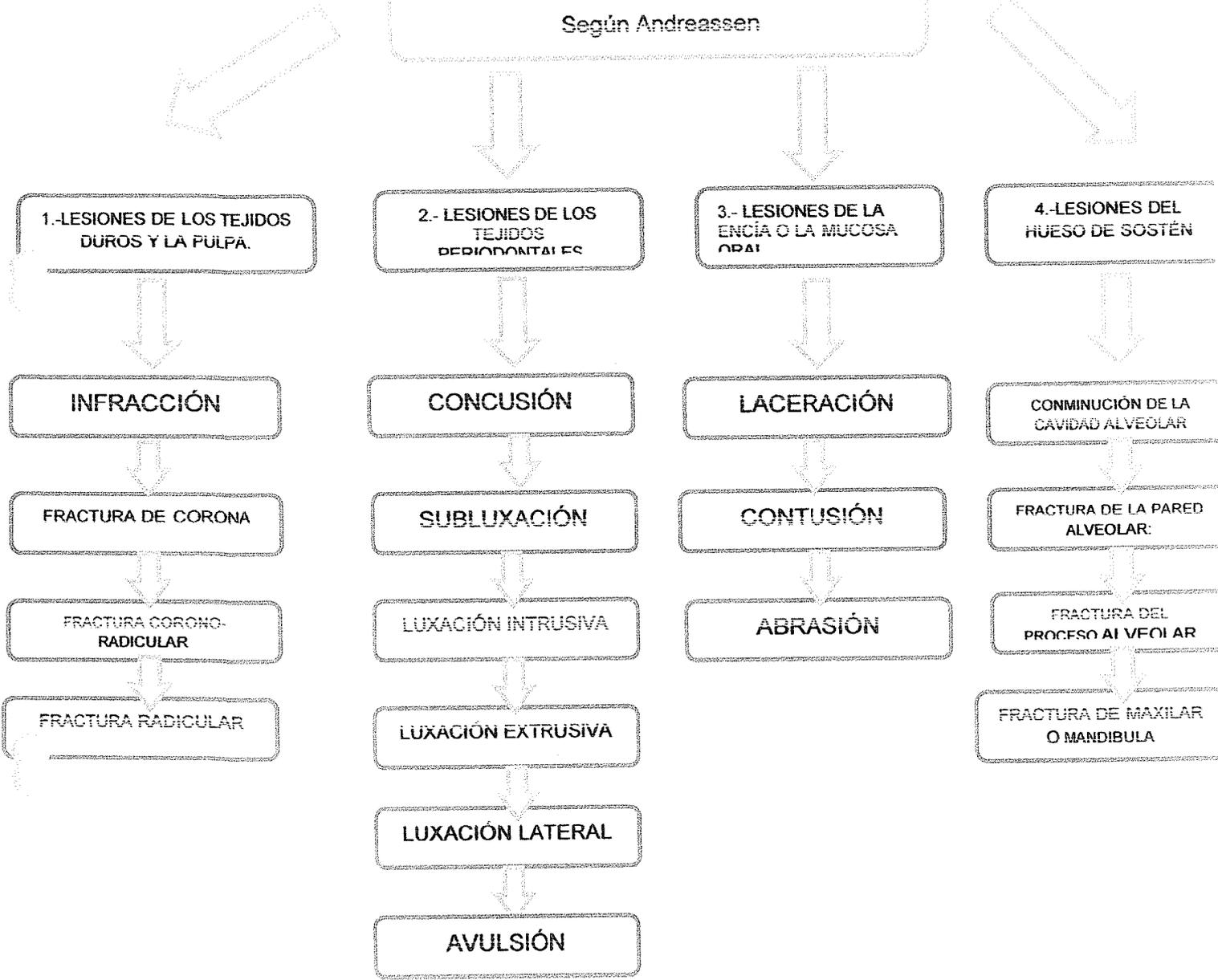
5

ARMENINDIA MARTINEZ ESPINOZA



GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE "TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR"

TRAUMATISMO DENTO ALVEOLAR. Según Andreassen



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR. 2016

Carmen L. Martínez E.
C/ CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
FEDATARIA

Reg. N°.....494



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manuel Picón Molina, Eduardo Sánchez-Jauregui Alpañés. Traumatismo Alveolo Dentario. Protocolos Clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Capítulo 10 2005
- 2 Robert Lufkin Alexandra Borges. Teaching Atlas Of Head Gild Neck. Ed, Thieme New York .United States of America .2000, pag 431
- 3 Naomi F. Sugar, MD. Oral Surgical Aspects of Child Abuse and Neglect. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 17 (2005) 435 – 445
4. Guillermo Raspall. Cirugía Maxilo facial. Edit Médica Panamericana. S.A. Madrid España 2002
5. Carlos Navarro Vila. Cirugia oral. edit Aram. Cirugía Oral. Pag 483
6. Mateo Chiapasco. Cirugía bucal. Edit Masson SA. Barcelona ,2004
- 7 John D. Langdon. Operative Oral and Maxillofacial Surgery. Second edition. Great Britain, 2011. pag 454.
- 8 Leonard B Kavan. Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery. Edit Sauder. USA 2004, pag 441.
- 9 Peterson's. Principles Of Oral And Maxillofacial Surgery. Edit BC Decker Inc. Canada 2004.
- 10 sociedad Española de Cirugía Bucal. Protocolos y guías de Práctica Clínica en Cirugía Bucal. 2005 pag 127
- 11 Carlos Garcia ,A.Mendoza Mendoza. Traumatología oral en odontopediatría. Edit Océano. Barcelona España 2006 pág. 165

XI. RECURSOS MATERIALE

- Equipos Biomédicos
Sillón quirúrgico
- Material fungible
Mascarilla, aguja dental, anestesia dental, gasas, hilo de sutura, cánula de succión.
Hidróxido de calcio (Ca(OH)₂, agregado trióxido mineral (MTA)
- Material no fungible
Jeringa carpule, forceps, elevadores, separadores, pinza hemostática, cureta de hueso, tijera, pinza porta-aguja, miniplacas.
- Medicamentos
Analgésicos
Antibióticos
Antiflamatorios
Digluconato de clorhexidina al 0.12%

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICACIÓN: Este presente es copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR. 2016

494

Reg. N°.....

Lic. CARMEN LUCIA MARRAZ ESPINOZA
FEDATARIA



XII. FECHA DE ELABORACION Y VENCIMIENTO

Fecha de elaboración y vigencia: 2,015 vigencia de dos años.

Nombre que elaboro la guía clínica:

Dra. Olinda Huapaya Paricoto de Murillo. Jefe de Servicio de Cirugía Buco Máxilo Facial INSN

Dr. José Yance Canchari. Esp Odontopediatra. Unidad de pacientes especiales quirúrgicos. INSN

Dra. Andrea Gutiérrez Ramírez. Esp. Odontopediatra. Unidad Cirugía Bucal .INSN

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

04 ABR. 2016

Carmen L. Martínez E.
Reg. N° 494 Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
FEDATARIA



GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS “REDUCCIÓN DE FRACTURA DENTOALVEOLAR”

I. TITULO

Reducción de Fractura Dentoalveolar

Código CDT:

D3470 Reimplantación intencional incluyendo ferulización

D7771 Reducción cerrada en fractura complicada de alveolos con estabilización de dientes

D7770 Reducción abierta en fractura complicada de alveolos, con estabilización de dientes

II. FINALIDAD

Devolver la función masticatoria, estética y fonética

III. OBJETIVO

- El objetivo principal del tratamiento de los traumatismos dento alveolares
- Prevención del daño potencial en los dientes temporales y permanentes
- Mantener la vitalidad pulpar y restablecer la normalidad estética y la funcional.
- Optimizar la cicatrización del ligamento periodontal y del paquete vasculo-nervioso
- Reposicionar los dientes para permitir la cicatrización, excepto cuando estaría indicada una extracción

Conocer los tipos de fracturas dentoalveolares

Determinar la etiología de las fracturas dento alveolares

Aplicar las diferentes opciones terapéuticas (6).

Reducción, estabilización de las fracturas, estabilización y preservación de la oclusión, retornar la función.(9)

AMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito de la atención a niños y adolescentes, dependiendo del grado de complejidad se realiza en el consultorio externo del servicio de cirugía Bucal Máxilo facial o en sala de operaciones para procedimientos de mayor complejidad, o niños no colaboradores.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es fiel y fielmente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.
04 ABR. 2016
\$94
Reg. N°



V.PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

niños con lesiones de tejidos duros dentales y la pulpa (nervio) de la dentición temporal como a la permanente; así como a los tejidos periodontales (tejidos de sostén de los dientes), la mucosa y el hueso.

VI.CONSIDERACIONES GENERALES

- Definiciones operativas

REDUCCION: colocar en posición anatómica las partes fracturadas.

ESTABILIZACION: mantener la reducción para que se produzca un buen proceso de cicatrización.

Requerimiento básico:

- Recursos Humanos

Profesional: Cirujano Oral Maxilofacial, Odontopediatra, Anestesiólogo.

Enfermera, Tec. Enfermería, Asistente Dental.

- Recursos Materiales

Insumos

Mascarilla, guantes quirúrgicos, anestesia tópica, anestesia dental al 2 % y 3 %, aguja dental, gasa estéril, sutura, alambre flexible, resina fotocurable, descalcificador, adhesivo, miniplacas de titanio

Instrumental

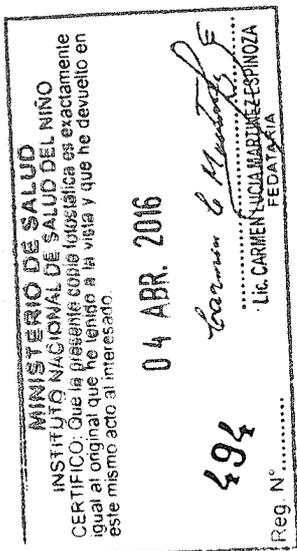
Jeringa carpule, porta-aguja, tijera punta aguda, pinza mosquito recto y curvo, pieza de mano de A/V, pinza porta algodón

Equipos

Lámpara fotopolimerizador, unidad dental, módulo dental

Oxímetro con sensor pediátrico para medir saturación de oxígeno durante y después del procedimiento

Aparato de alta succión , lámpara cialfíca.



VII.CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

- Estudio general de salud. Valoración inicial en el contexto del paciente politraumatizado (ABC).(7) (8)
- Evaluación clínica de la región dentofacial, incluyendo la vía aerodigestiva superior, la



estética de los tejidos blandos faciales y la función de las estructuras orofaciales.

- Evaluación oclusal.
- Estudios de imagen: OPG ortopantografía, periapicales, TAC.
- Evaluación psicológica/psiquiátrica.

VIII. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCESO

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCESO Y/O PROCEDIMIENTO

A. TIEMPO DE PROCEDIMIENTO:

Consulta externa, 1 hora en promedio

Sala de operaciones, 30 minutos.

PROCEDIMIENTO:

1.- LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS Y LA PULPA

- INFRACCIÓN, Fractura incompleta o fisura coronaria:

No requieren tratamiento. Únicamente revisiones periódicas (cada 6-8 semanas).

- Fractura no complicada de la corona:

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
TEMPORAL	La fractura involucra esmalte o esmalte y dentina; la pulpa no está expuesta.	Se mirará la relación entre la fractura y la cámara pulpar	Suavizar ángulos filosos. Si es posible el diente puede ser restaurado con ionómero de vidrio o una obturación en resina.
PERMANENTE	La fractura involucra esmalte o esmalte y dentina; la pulpa no está expuesta. Las pruebas de sensibilidad pueden ser negativas inicialmente, indicando daño pulpar transitorio. Se debe monitorear la respuesta pulpar hasta que pueda realizarse un diagnóstico pulpar definitivo.	Tomar 3 radiografías para descartar desplazamiento o fractura de la raíz. Se recomienda tomar radiografía en zona de laceraciones del labio o mejilla, en busca de fragmentos dentarios o cuerpos extraños.	Si el fragmento dentario está disponible, éste puede reposicionarse con un sistema de adhesión (resina). <u>La opción para el tto de la urgencia</u> , es cubrir la dentina expuesta con ionómero de vidrio en forma temporal o una restauración permanente usando agente adhesivo y composite. <u>El tratamiento definitivo</u> para una fractura coronaria es la restauración con la técnica de estratificación.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICADO. Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto de interacción.

04 ABR. 2016

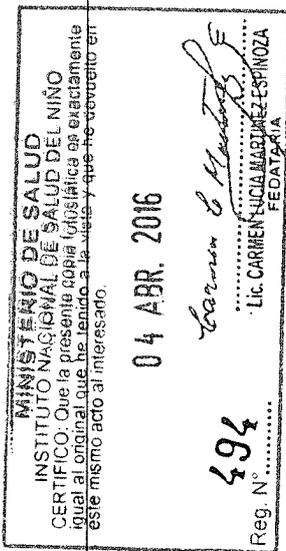
Cecilia E. Martínez
Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA
FEDATARIA

Reg. N°.....



- Fractura complicada de la corona (que afecta a la pulpa):

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
TEMPORAL	La fractura involucra esmalte y dentina, y la pulpa se encuentra expuesta.	Una radiografía es útil para determinar la extensión de la fractura y el grado de desarrollo radicular.	En niños muy pequeños con raíces inmaduras, y aún en desarrollo, es ventajoso preservar la vitalidad pulpar mediante un recubrimiento o una pulpotomía parcial. Este tratamiento también es de elección en pacientes jóvenes con raíces completamente formadas. El hidróxido de calcio es un material apropiado para estos procedimientos. De otra forma se indica la exodoncia.
PERMANENTE	Fractura que involucra esmalte, dentina, y la pulpa se encuentra expuesta. Las pruebas de sensibilidad no están indicadas generalmente ya que la vitalidad de la pulpa puede observarse. Los controles de seguimiento después del tratamiento inicial, incluyen pruebas de sensibilidad para monitorear el estado de la pulpa dental.	Tomar 3 radiografías (descritas en el examen radiográfico), para descartar desplazamiento o fractura de la raíz. Se recomienda tomar radiografías de laceraciones de labio y mejilla, en busca de fragmentos dentarios o cuerpos extraños. El estado de desarrollo radicular puede determinarse en las radiografías	En pacientes jóvenes que presentan raíces inmaduras, en proceso de formación, es conveniente preservar la vitalidad pulpar mediante recubrimiento pulpar o pulpotomía parcial. apicoformación y endodoncia (1)(6) El hidróxido de calcio y el Mineral Trioxi Agregado (MTA-blanco) son materiales apropiados para tales procedimientos. En pacientes adultos el tratamiento radicular puede ser el tratamiento de elección, aunque el recubrimiento pulpar o la pulpotomía también son opciones válidas. Si ha transcurrido mucho tiempo entre el accidente y el tratamiento, y la pulpa se encuentra necrótica, el tratamiento del conducto radicular está indicado para mantener el diente. (11)



- Fractura coronoradicular:

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
TEMPORAL	La fractura involucra esmalte, dentina y estructura radicular; la pulpa puede o no estar expuesta. Hallazgos adicionales pueden incluir fragmentos dentarios sueltos, pero aún adheridos. Existe un mínimo a moderado desplazamiento dentario.	En fracturas posicionadas lateralmente, se puede apreciar la extensión en relación al margen gingival.	La exodoncia es el tratamiento recomendado. Se debe tener cuidado de evitar un trauma a los gérmenes de los dientes permanentes subyacentes.



PERMANENTE	La fractura involucra esmalte, dentina y estructura radicular; la pulpa puede o no estar expuesta. Hallazgos adicionales pueden incluir fragmentos móviles pero aún adheridos. El test de sensibilidad generalmente es positivo. (11)	Como en fracturas radiculares, puede ser necesaria más de una angulación radiográfica para detectar líneas de fractura en la raíz.	-sin afectación pulpar: eliminar el fragmento coronorradicular y restaurar el diente. - con afectación pulpar: tratamiento de ésta previo a la restauración del diente. Tto: dientes inmaduros con pulpa vital, intentar apexogénesis (recubrimiento pulpar directo, pulpotomía parcial o total con hidróxido de calcio o MTA). En dientes inmaduros con pulpa no vital apicoformación (hidróxido de calcio o MTA). En dientes con ápice maduro endodoncia.(5)
------------	---	--	---

- Fractura radicular:

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
TEMPORAL	El fragmento coronario está móvil y puede estar desplazado.	La fractura se ubica por lo general en el tercio medio o apical de la raíz.	Si el fragmento coronario está desplazado, extraer solo la porción del diente. El fragmento apical debe dejarse para que se reabsorba fisiológicamente.
PERMANENTE	El segmento coronario puede estar móvil y desplazado. El diente puede estar sensible a la percusión. El test de sensibilidad puede dar resultados negativos inicialmente, indicando daño pulpar transitorio o	La fractura involucra la raíz del diente en un plano horizontal o diagonal. Este es el caso de fracturas del tercio cervical de la raíz. Si el plano de la fractura es más diagonal, lo que es común en fracturas del tercio apical, una vista oclusal es más adecuada para mostrar la fractura, incluyendo	Actuaremos según la ubicación de la fractura: Estabilizar el diente con una férula flexible • <u>Fracturas del tercio apical radicular:</u> Se extrae el fragmento apical (apicectomía) después de obturar el conducto. tiempo por 4 semanas. • <u>Fracturas del tercio medio radicular:</u> hidróxido de calcio durante 3 meses seguido de tratamiento de conducto que puede ser total o solo del fragmento coronario. (1) (4) • <u>Fracturas del tercio cervical</u>

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICADO Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR. 2016

494
Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA
FEDATARIA

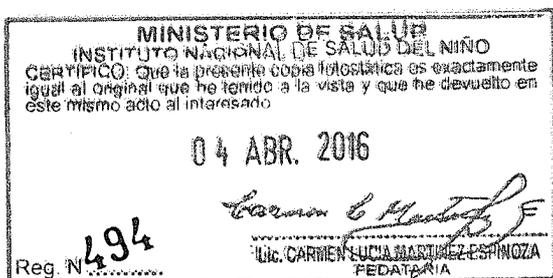


	<p>permanente. Se recomienda monitorear el estado pulpar; puede aparecer una decoloración transitoria de la corona (rojo o gris). (11)</p>	<p>aquellas ubicadas en el tercio medio. (11)</p>	<p><u>radicular</u>: si la fx esta localizada por debajo del tercio cervical y ha completado su desarrollo radicular extraemos el fragmento y extrusión ortodónica de la raíz, (12) . Si la fx esta localizada en el tercio cervical cerca de la cresta alveolar supragingival y realizamos una alveoloplastia y ferulización firme de 1 a 4 meses, puede haber supervivencia pulpar y curación por tejido calcificado. (5) Si es muy compleja.colocar hidróxido de calcio como medicación intra-conducto hasta la obturación definitiva del conducto y una restaurando posteriormente el diente con un perno-muñón y corona. (5)</p>
--	--	---	---

2.- LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

- Conclusión

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
TEMPORAL	El diente está sensible al tacto. No tiene aumento de movilidad. No hay hemorragia del surco gingival.	No hay anomalías en la radiografía, el espacio periodontal es normal.	No requiere tratamiento. Observación. Aliviar las interferencias oclusales mediante tallado selectivo del antagonista. Tiempo 2s
PERMANENTE	El diente está sensible al tacto o a un golpe ligero. No ha sido desplazado. No tiene movilidad aumentada. El test de sensibilidad generalmente da resultado positivo.	No se observan anomalías en la radiografía.	No se necesita tratamiento. Se debe monitorear la condición pulpar al menos por un año.



6



-Subluxación:

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
TEMPORAL	El diente tiene aumento de la movilidad, pero no ha sido desplazado. Puede haber hemorragia del surco gingival.	Por lo general no se encuentran anomalías en la radiografía. Espacio periodontal normal.	. En caso de que el paciente presente una subluxación marcada está indicada la ferulización semirrígida del diente afecto con alambre de latón flexible con resina, durante 1-2 semanas. (10)
PERMANENTE	El diente está sensible al tacto o a un golpe ligero. Tiene movilidad aumentada. No tiene desplazamiento. Se puede observar hemorragia del surco gingival. El test de sensibilidad puede ser negativo inicialmente, indicando daño pulpar transitorio. Se debe monitorear la respuesta pulpar hasta que se pueda obtener un diagnóstico definitivo de la pulpa.	Por lo general no se encuentran anomalías en la radiografía.	Se puede usar una férula flexible para estabilizar el diente por comodidad del paciente; hasta por 2 semanas. T. F.2 semanas

- Luxación intrusiva:

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
TEMPORAL	Frecuentemente el diente está desplazado a través de la tabla ósea vestibular, o puede estar impactando al germen dentario del sucesor.	Cuando el ápice está desplazado hacia o a través de la tabla vestibular, el ápice puede visualizarse y el diente afectado aparece más corto que el contralateral. Cuando el ápice está desplazado hacia el germen del diente permanente, el ápice no puede ser visualizado y el diente aparece elongado.	Si el ápice está desplazado hacia o a través de la tabla vestibular, se deja el diente para que se repositone espontáneamente. Si el ápice está desplazado hacia el germen dentario en desarrollo, se debe extraer. (10) (11)
PERMANENTE	El diente está desplazado axialmente dentro del hueso alveolar. Está inmóvil y el test de percusión puede dar	El espacio del ligamento periodontal puede estar ausente de toda o parte de la raíz.	1. <u>Dientes con formación radicular incompleta</u> Permitir que la reposición espontánea ocurra. Si no se observa

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR. 2016

394

Reg. N°

Lic. CARMEN SUZUMABINGUE ESPINOZA
FEDATARIA



	<p>un sonido alto, metálico (tono de anquilosis). Probablemente las pruebas de sensibilidad darán resultados negativos. En dientes inmaduros que no han completado su desarrollo, por lo general ocurre revascularización pulpar.</p>	<p>movimiento dentro de las siguientes 3 semanas, se recomienda una reposición ortodóntica rápida. <u>2. Dientes con formación radicular completa:</u> El diente debe ser reposicionado ortodóntica o quirúrgicamente tan pronto como sea posible. (10)(11)se recomienda el tratamiento del conducto radicular usando un relleno temporal con hidróxido de calcio.</p>
--	---	--

- Luxación extrusiva:

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFIC	TRATAMIENTO
TEMPORAL	El diente aparece elongado y está excesivamente móvil.	El espacio periodontal está aumentado apicalmente.	<p><u>Para extrusiones menores (<3mm) en un diente inmaduro en desarrollo,</u> se consideran opciones aceptables de tratamiento una reposición cuidadosa o dejarlo para su alineación espontánea. Reubicación en alveolo mediante presión digital y posterior ferulización con alambre y/o composite durante 15-21 días (11) (6)</p> <p><u>En una extrusión severa en un diente temporal completamente desarrollado,</u> la extracción es el tratamiento de elección.(11) (6)</p>
PERMANENTE	El diente aparece elongado y está excesivamente móvil. Los test de sensibilidad probablemente darán resultados negativos. En dientes maduros, la revascularización de la pulpa ocurre algunas veces. En dientes inmaduros, que no han completado su desarrollo, por lo general ocurre revascularización pulpar.	El espacio periodontal está aumentado en la zona apical.	<p><u>En dientes inmaduros</u> la revascularización puede confirmarse radiográficamente por la evidencia de continuación del desarrollo radicular u obliteración del conducto. La respuesta al test de sensibilidad por lo general retorna a positiva. Reposicionar el diente reinsertándolo suavemente en el alvéolo. Estabilizar el diente con una férula flexible por 2 semanas. Es esencial monitorear la condición pulpar para diagnosticar reabsorción radicular. (6)(11)</p> <p><u>En dientes completamente formados,</u> : reubicación en alveolo mediante presión digital y posterior ferulización con alambre y/o composite durante 15-21 días. T F 2 SEMANAS (6) una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad debe ser tomada como evidencia de necrosis pulpar, junto con rarefacción periapical y algunas veces decoloración de la corona.</p>

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICADO: que la historia clínica es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR. 2016

Lic. CARMEN LUCIA MARIÁNEZ ESPINOZA
FEDATARIA

494

Reg. N°



Luxación LATERAL

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
TEMPORAL	Generalmente el diente está desplazado en una dirección palatina/lingual. A menudo estará inmóvil.	El aumento del espacio periodontal en apical se observa mejor en una radiografía oclusal.	Si no hay interferencia oclusal, como es frecuente en el caso de mordida abierta anterior, se deja que el diente se reposicione espontáneamente. Cuando hay interferencia oclusal, con el uso de anestesia local, el diente puede ser reposicionado suavemente por presión vestibular combinada con palatina. En desplazamientos severos, cuando la corona está dislocada en una posición labial, la exodoncia es el tratamiento de elección. Si existe una interferencia oclusal menor, se indica un ligero desgaste. T F: 2 SEMANAS (11)
PERMANENTE	Generalmente el diente está desplazado en una dirección palatina/lingual o vestibular. Estará inmóvil. El test de percusión frecuentemente da un sonido alto, metálico (tono de anquilosis). Pruebas de sensibilidad probablemente darán resultados negativos. En dientes inmaduros que no han completado su desarrollo, por lo general ocurre revascularización pulpar.	El espacio periodontal ensanchado se aprecia mejor en las radiografías oclusales o excéntricas.	Reposicionar el diente con fórceps para soltarlo de su traba ósea y reposicionarlo suavemente en su ubicación original. Estabilizar el diente con una férula flexible por 4 semanas. Monitorear la condición de la pulpa; si la pulpa se necrosa, el tratamiento de conducto radicular está indicado para prevenir reabsorción radicular. En dientes inmaduros en desarrollo, la revascularización puede confirmarse radiográficamente por la evidencia de continuación de formación radicular y posiblemente por test de sensibilidad positivo. En dientes completamente formados, una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad indica necrosis pulpar, junto con rarefacción periapical y algunas veces decoloración de la corona. (11)

- Avulsión dentaria:

Avulsión de dientes temporales: Si la avulsión afecta a un diente temporal, nunca debemos reimplantarlo porque puede afectar al desarrollo de los dientes permanentes. (1)

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

04 ABR. 2016

494 *Carmen L. Martínez*
LIC. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA



Avulsión de dientes permanentes con ápice cerrado.

SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
<p>a. Ápice cerrado: El diente ya ha sido reimplantado antes que el paciente llegue a la consulta.</p>	<p>* Limpiar el área afectada con spray de agua, suero o clorhexidina. * No extraer el diente. * Suturar laceraciones gingivales si están presentes. * Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. * Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas. * Administrar antibioterapia sistémica; la primera elección es Tetraciclina (Doxiciclina, 2 por día durante 7 días en dosis apropiada para la edad y peso del paciente). Debe considerarse el riesgo de tinción de los dientes permanentes, previo a la administración sistémica de tetraciclina en pacientes jóvenes. En ellos, como alternativa a la tetraciclina puede ser dada la Fenoximetil penicilina (PEN V), en dosis apropiadas para la edad y peso. * Si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección al tétano es incierta, referir el paciente a un médico para evaluar la necesidad de una vacuna antitetánica. * Iniciar el tratamiento del conducto radicular 7 a 10 días después del reimplante (tras de remover la férula).</p> <p>◦ Colocar hidróxido de calcio como medicación intra-conducto hasta la obturación definitiva del conducto. Instrucciones al Paciente: * Dieta semisólida hasta por 2 semanas. * Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida. * Uso de enjuague con clorhexidina (0,1%) dos veces al día, durante una semana. Controles de Seguimiento. TF 2 SEMANAS</p>

SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
<p>b. Ápice cerrado: El diente ya ha sido colocado en un medio de conservación especial, solución de Hanks, leche, solución salina o saliva. El tiempo extraoral seco fue menor de 60 minutos. (11)</p> <p>◦ Si el tiempo fuera del alveolo en seco es inferior a 2 horas, reimplantar de inmediato.(2)</p>	<p>* Si el diente está contaminado, limpiar la superficie radicular y el foramen apical con un chorro de suero y colocar el diente en suero. Remover el coágulo del alvéolo con un chorro de suero. * Examinar el alvéolo. Si hay una fractura en la pared alveolar, reposicionarla con un instrumento adecuado. * Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. * Suturar laceraciones gingivales. * Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. * Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas. * Administrar antibioterapia sistémica; la primera elección es Tetraciclina (Doxiciclina, 2 por día durante 7 días en dosis apropiada para la edad y peso del paciente). Debe considerarse el riesgo de tinción de los dientes permanentes, previo a la administración sistémica de tetraciclina en pacientes jóvenes. En ellos, como alternativa a la tetraciclina puede ser dada la Fenoximetilpenicilina (PEN V), en dosis apropiadas para la edad y peso. * Si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección al tétano es incierta, referir al médico para evaluar necesidad de una vacuna antitetánica. * Iniciar el tratamiento del conducto radicular 7 a 10 días después del reimplante (tras remover la férula). * Colocar hidróxido de calcio como medicación intra-conducto hasta la obturación definitiva del conducto. Instrucciones al Paciente: * Dieta semisólida hasta por 2 semanas. * Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida. * Uso de enjuague con clorhexidina (0,1%) dos veces al día, durante una semana. Controles de Seguimiento.(11)</p>

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

CERTIFICO que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

04 ABR. 2016

Carmen E. Martínez Espinoza
Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA
FEDATARIA

Reg. N° 494



<u>SITUACIÓN CLÍNICA</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
<p>c. Ápice cerrado: Extraoral, seco y tiempo mayor a 60 minutos. (11). • Si el tiempo fuera del alveolo en seco es superior a 2 horas, reimplantar después de sumergir el diente en fluoruro de sodio al 0.02 % durante 5-20 min, y enjuagar con solución salina.(2)</p>	<p>El reimplante tardío tiene un pronóstico pobre a largo plazo. El ligamento periodontal estará necrótico y no se espera que cicatrice. El objetivo de realizar un reimplante tardío es el de promover el crecimiento del hueso alveolar para que encapsule al diente reimplantado. El resultado eventualmente esperado es la anquilosis y la reabsorción de la raíz. En los niños menores de 15 años de edad en que ocurra la anquilosis, y cuando la infraposición de la corona del diente es mayor de 1 mm, se recomienda realizar una decoronación para preservar el contorno del reborde alveolar. La técnica de reimplante tardío consiste en: * Remover el tejido necrótico blando adherido con una gasa. * El tratamiento de conducto radicular puede realizarse previo al reimplante, o 7-10 días después como en otros reimplantes. * Remover el coágulo del alveolo con un chorro de solución salina. * Examinar el alvéolo, si hay fractura en la pared, reposicionarla con un instrumento adecuado. * Sumergir el diente en una solución de fluoruro de sodio al 2%, durante 20 minutos. * Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. * Suturar laceraciones gingivales. * Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. * Estabilizar el diente por 4 semanas usando una férula flexible. * Administrar antibioterapia sistémica de la forma descrita previamente. * Referir el paciente a un médico para evaluar necesidad de una vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección al tétano es incierta. Instrucciones al Paciente: * Dieta semisólida hasta por 2 semanas. * Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida. * Uso de enjuague con clorhexidina (0,1%) dos veces al día, durante una semana. Controles de Seguimiento (2) (11)</p>

Avulsión de dientes permanentes con ápice abierto.

<u>SITUACIÓN CLÍNICA</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
<p>a. Ápice abierto: El diente ya ha sido reimplantado antes que el paciente llegue a la consulta clínica.</p>	<p>* Limpiar área afectada con spray de agua, suero o clorhexidina. * No extraer el diente. * Suturar laceraciones gingivales si están presentes. * Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. * Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas. * Administrar antibioterapia sistémica: Para niños de 12 años y menores; Penicilina V (Fenoximetilpenicilina) en la dosis apropiada para la edad y peso del paciente. Para los niños mayores de 12 años de edad en donde el riesgo de decoloración por tetraciclina es bajo; Tetraciclina (Doxiciclina, 2 por día durante 7 días en la dosis apropiada para la edad y peso del paciente). * Referir el paciente a un médico para evaluar la necesidad de una vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo. El objetivo del reimplante de dientes todavía en desarrollo (inmaduros) es permitir la posible revascularización de la pulpa dental. Si eso no ocurre puede recomendarse tratamiento de conducto radicular (ver seguimiento). Instrucciones al Paciente: * Dieta semisólida hasta por 2 semanas. * Cepillar dientes con un cepillo suave * Uso de enjuague con clorhexidina (0,1%) dos veces al día, durante una semana. Controles (2) (11)</p>

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

04 ABR. 2016

494

Lic. CARMEN JUANA MARTÍNEZ ESPINOZA
FEDATARIA

Reg. N.º



SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
<p>b. Ápice abierto: El diente ha sido colocado en un medio de conservación, leche, solución salina o saliva. El tiempo extraoral seco fue menor de 60 minutos.</p>	<p>* Si el diente está contaminado, limpiar la superficie radicular y el foramen apical con un chorro de solución salina. Remover el coágulo del alvéolo con un chorro de suero, y luego reimplantar el diente. * Si hay disponibilidad, cubrir la superficie radicular con micro esferas de clorhidrato de minociclina antes de reimplantar el diente. * Examinar el alvéolo; si hay fractura de la pared alveolar, reposicionarla con un instrumento adecuado. * Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. * Suturar laceraciones gingivales, especialmente en el área cervical. * Verificar posición normal del diente reimplantando clínica y radiográficamente. * Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas. * Administrar antibioterapia sistémica: Para niños de 12 años y menores; Penicilina V (Fenoximetilpenicilina) en la dosis apropiada para la edad y peso. Para niños mayores de 12 años de edad, donde el riesgo de decoloración por retraciclina es bajo; Tetraciclina (Doxiciclina, por día durante 7 días en la dosis apropiada para la edad y peso). * Referir al paciente a un médico para evaluar la necesidad de una vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección al tétano es incierta. El objetivo del reimplante de dientes todavía en desarrollo, es permitir la posible revascularización de la pulpa dental. Si eso no ocurre puede recomendarse tratamiento de conducto radicular (ver procedimientos de seguimiento). Instrucciones al Paciente: * Dieta semisólida hasta por 2 semanas. * Cepillar dientes después de cada comida. * Uso de enjuague con clorhexidina (0,1%) dos veces al día, durante una semana. Controles de Seguimiento (11)</p>

SITUACIÓN CLÍNICA	TRATAMIENTO
<p>c. Ápice abierto: Tiempo extraoral, seco mayor de 60 minutos.</p>	<p>El reimplante tardío tiene un pronóstico pobre a largo plazo. El ligamento periodontal estará necrótico y no se espera que cicatrice. El objetivo de realizar un reimplante tardío de dientes inmaduros en niños es para mantener el nivel del contorno del reborde alveolar. El consiguiente resultado se espera que sea anquilosis y reabsorción de la raíz. Es importante reconocer que si se ha realizado reimplante tardío en un niño, la futura planificación de tratamiento deberá considerar la ocurrencia de anquilosis y el efecto de ésta en el desarrollo de la cresta alveolar. Si ocurre anquilosis y cuando la infraposición de la corona del diente es mayor de 1 mm, se recomienda realizar una decoronación para mantener el contorno del reborde alveolar. La técnica de reimplante tardío consiste en: * Remover el tejido necrótico adherido con una gasa. * El tratamiento del conducto radicular puede realizarse previo al reimplante a través del ápice abierto. * Remover el coágulo del alvéolo con un chorro de suero. * Examinar el alvéolo; si hay una fractura de la pared, reposicionarla con un instrumento adecuado. * Sumergir el diente en una solución de fluoruro de sodio al 2% por 20 minutos. * Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. * Administrar antibióticos profilácticos Andreasen recomienda la aplicación sistémica y local de doxiciclina simultáneamente al reimplante dentario (2) * Suturar laceraciones gingivales. * Verificar posición normal</p>

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR. 2016

Carmen L. Martínez
 * Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA
 FEDATARIA

494

Reg. N.º



	<p>del diente reimplantado clínica y radiográficamente. * Estabilizar el diente por 4 semanas usando una férula flexible. * Administrar antibioterapia sistémica de la forma descrita previamente. * Referir al paciente a un médico para evaluar la necesidad de una vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con el suelo o la protección al tétano es incierta.</p> <p>Instrucciones al Paciente: * Dieta semisólida hasta por 2 semanas. * Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida. * Uso de enjuague con clorhexidina (0,1%) dos veces al día, durante una semana.</p> <p>Controles de Seguimiento. (11)</p>
--	--

3.- LESIONES DE LA ENCÍA O LA MUCOSA ORAL

- ABRASIÓN

TRATAMIENTO	INDICACIONES
<p>Limpieza con salina y fricción vigorosa, eliminando material incrustado (tierra, asfalto, vidrio) y prevenir aparición de tatuaje traumáticos. Después de la limpieza aplicar vaselina o pomada antibiótica, las curas se mantienen hasta que la reepitelización se completa. En las abrasiones profundas tarda hasta 2 semans</p>	<p>Una vez curada la piel adquiere un color rosa fuerte, pero, después palidece, tornando a un color normal este proceso puede durar 3 meses. Durante ese tiempo el área debe estar protegida del sol con un filtro de protección total. (12)</p>

- CONTUSIÓN

TRATAMIENTO	INDICACIONES
<p>La mayoría desaparece sin tratamiento. Si el niño es visto inmediatamente después del accidente, la aplicación de hielo y heladas disminuye la inflamación. Los parches de cicatrización han demostrado ser efectivos y así evitar la administración sistémica de AINES (12)</p>	<p>La desaparición de la equimosis puede tardar hasta 2 semanas, y el endurecimiento de la parte más profunda, hasta 2 meses</p>

- LACERACIÓN

TRATAMIENTO	INDICACIONES
<p>Si se sospecha que existen cuerpos extraños en la herida tomar radiografía de partes blandas con tiempo de exposición breve y kilovoltaje reducido..</p> <p><u>Heridas poco extensas</u>, afontar borde y unir con tiras de Steri Strip</p> <p><u>Heridas extensas</u>, suturas reabsorbibles, utilización de heridas de piel y mucosa con material adhesivo 2- octil-cianocrilato (Derma.bond). El blanqueamiento de la piel indica interferencia con la irrigación arterial, un color azulado significa interferencia con el drenaje venoso</p>	<p>Suturas en piel retirarlas 4, 6 días, luego aplicar adhesivo, cuando la herida está bien epitelizada 7, 10 días, se pueden aplicar protectores de silicona o geles de cicatrización. Protección antibiótica.</p> <p>Referir al paciente a un médico para evaluar la necesidad de una vacuna antitetánica</p>

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICADO: Que la presente copia fotocopiada es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que no devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR. 2016

494



4.-LESIONES DEL HUESO DE SOSTÉN

-Fractura de la pared alveolar:

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
TEMPORAL		Con la radiografía se	<u>En las fracturas de la pared alveolar con dentición temporal</u> en las que no existe gran desplazamiento y que son reducidas de manera sencilla puede evitarse la ferulización; una dieta blanda durante 2 semanas será suficiente para evitar el desplazamiento. En todos los casos se debe realizar un seguimiento periódico para monitorizar la vitalidad pulpar. (4) (10) (11)
PERMANENTE	La fractura	Líneas de fractura.	Reducción de la fractura mediante tracción digital y ferulización rígida de los dientes afectados durante al menos 4 semanas. (3). En todos los casos se debe realizar un seguimiento periódico para monitorizar la vitalidad pulpar. (4) (10) (11)

-Fractura del proceso alveolar:

DENTICIÓN	HALLAZGOS CLÍNICOS	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS	TRATAMIENTO
TEMPORAL	La fractura compromete al hueso alveolar. El segmento que contiene al diente está móvil y generalmente desplazado. A menudo se nota interferencia oclusal (11). Precisan un diagnóstico precoz; el diagnóstico	Con la radiografía se evidenciará la línea de fractura horizontal en relación a los ápices de los dientes temporales y a sus sucesores permanentes. Una radiografía lateral puede también dar información sobre la relación entre las dos denticiones y si	Reposicionar la fractura, el segmento suele reducirse con manipulación digital Luego ferulizar (10). Con frecuencia se requiere de anestesia general. Monitorear los dientes ubicados en la línea de fractura. Tiempo Ferulización 4 SEMANAS. (4) (10) (11)

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

04 ABR. 2016

Carmen E. Martínez
Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINO
FEDATARIA

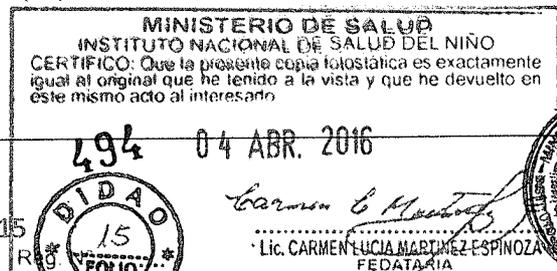
494
Reg. N°



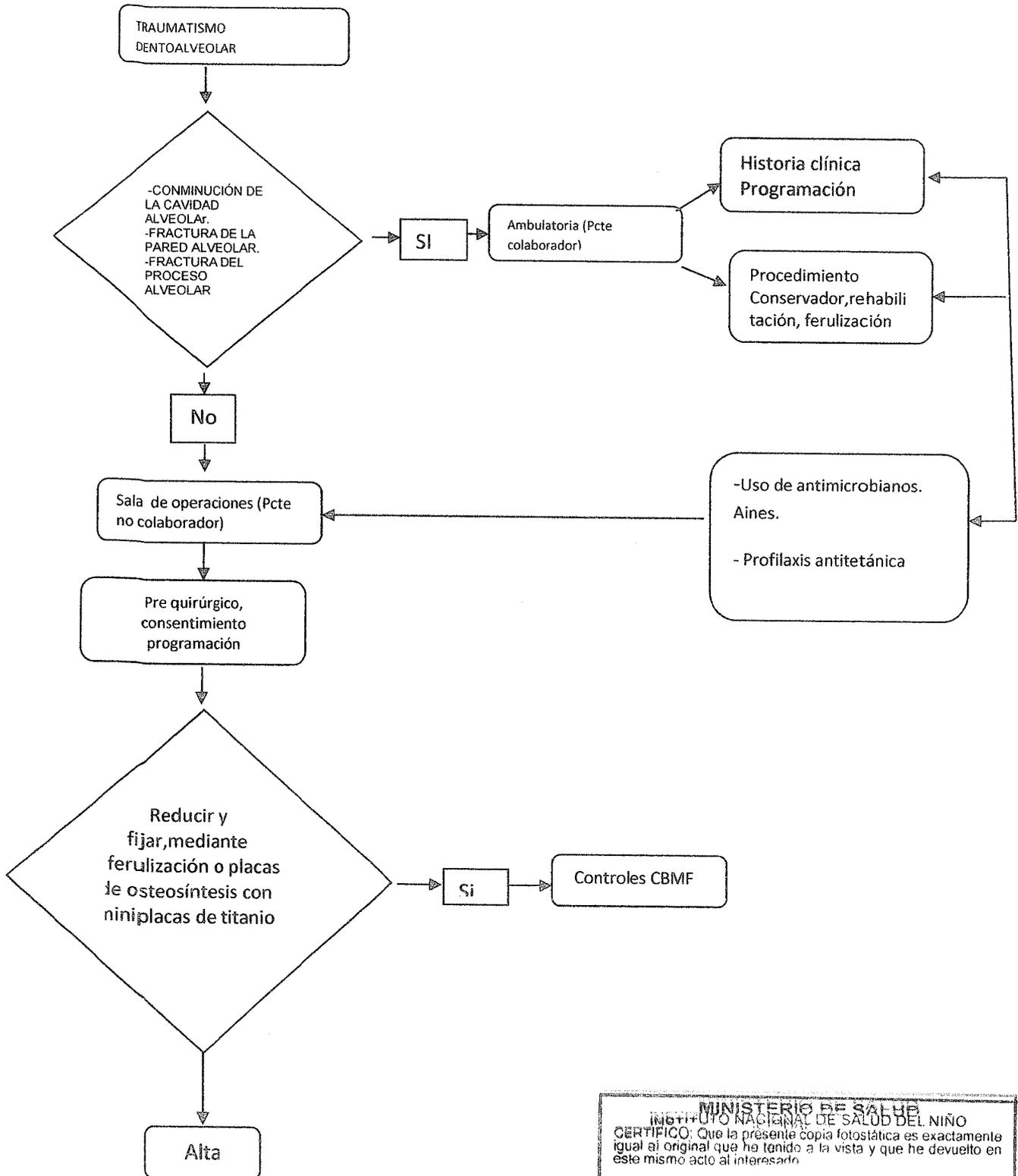
	clínico suele ser fácil, pues se mueve más de un diente y en bloque generalmente (10)	el segmento está desplazado hacia vestibular.	
PERMANENTE	La fractura involucra el hueso alveolar y puede extenderse al hueso adyacente. Movilidad del segmento y dislocación son hallazgos comunes. Se observa con frecuencia alteración en la oclusión debido a la falta de alineación del segmento alveolar fracturado. Las pruebas de sensibilidad pulpar pueden o no ser positivas.	Líneas de fractura pueden ubicarse en cualquier nivel, desde el hueso marginal hasta el ápice de la raíz. La radiografía panorámica es de gran ayuda para determinar el curso y posición de las líneas de fractura.	Reposicionar cualquier fragmento desplazado y ferulizar. Estabilizar el segmento por 4 semanas. El tratamiento requiere la reducción del fragmento afecto junto con posterior estabilización durante 4 semanas. Por lo general suele realizarse una reducción cerrada mediante manipulación digital sobre el segmento alveolar, pero en algunos casos donde existe gran desplazamiento tendremos que recurrir a la reducción abierta. En aquellos casos con un fragmento fracturado amplio puede ser preciso reducir y fijar mediante placas de osteosíntesis con miniplacas de titanio (4) (10) tras verificar la oclusión.

—Fractura maxilar: Rx Panorámica , ATM derecha izquierda, TAC

HALLAZGOS CLÍNICOS	TRATAMIENTO
<p><u>Fracturas de mandíbula:</u> La mayoría de fracturas es en tallo verde.</p> <p><u>De cuerpo y sínfisis mandibular</u> Maloclusión dentaria, mordida abierta, diastema interdental, impotencia funcional, presencia de descalajes o diastemas patológicos en la mandíbula indicativos de fractura en esa localización.</p> <p><u>Fracturas de Cóndilo.</u> Desviación mandibular hacia el lado fracturado en los movimientos de apertura. Silencio condilar: al poner el índice por delante del trago y realizar la apertura de la boca, no apreciamos el movimiento del cóndilo en caso de fractura del mismo. (11)</p>	<p><u>De cuerpo y sínfisis mandibular</u> La presencia de doble dentición, se tiende a Tratamiento Conservador: reducción cerrada, con férulas y alambrado interdentario o alambrados perimaxilares, niños por debajo de los 6 años con férulas y alambrado interdentario o alambrados perimaxilares, bloqueo intermaxilar, empleando la espina nasal por 2 semanas luego rehabilitación funcional</p> <p>Tratamiento De Reducción Abierta y Osteosíntesis: con miniplacas reabsorbibles (copolímeros de ácido poliláctico y poliglicólico)</p> <p><u>Caso de fractura de cóndilo</u> mandibular y se realice bloqueo intermaxilar solo 2 semanas luego rehabilitación funcional (11).</p>



IXFLUXOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA DE "TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR"



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.
 04 ABR. 2016
Carmen L. Martínez
 Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA
 FEDATARIA
 Reg. N° 494



- 9 Lars Andersson. Oral and Maxillofacial Surgery. This edition first published . USA 2010, pag 813.
10. sociedad Española de Cirugía Bucal. Protocolos y guías de Práctica Clínica en Cirugía Bucal. España ,2005.pag 127.
- 11 Elsa Clavijo López .Guía De Manejo De Trauma Dentoalveolar. Fundación HOMI, Hospital de la Misericordia .Caracas, Venezuela 02/12/2009
- 12 Carlos Garcia ,A.Mendoza Mendoza. Traumatología oral en odontopediatría.Edit Oceano. Barcelona España 2006 pag 57

XII.FECHA DE ELABORACION Y VIGENCIA

Fecha de elaboración y vigencia: 2,015 vigencia de dos años.

Nombre que elaboro la guía Técnica:

Dra.Olinda Huapaya Paricoto de Murillo. Jefe de Servicio de Cirugía Buco Máxilo Facial INSN

Dr. José Yance Canchari. Esp Odontopediatra.Unidad de pacientes especiales quirúrgicos.INSN

Dra. Andrea Gutiérrez Ramírez.Esp. Odontopediatra. Unidad Cirugía Bucal .INSN

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

04 ABR. 2016

Carmen L. Martínez Espinoza
Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
FEDATARIA

Reg. N°..... 494



FICHA TRAUMATISMO DENTO ALVEOLAR.



SERVICIO CIRUGIA BUCO MAXILO FACIAL

UNIDAD CIRUGIA BUCOMAXILO FACIAL, UNIDAD CIRUGIA BUCAL, UNIDAD DE ATENCION DE PACIENTES ESPECIALES QURURGICOS

FECHA-.....AMBULATORIO (), HOSPITALIZADO(), PAGANTE (), SIS (). H. C.

I.- ANAMNESIS:

1) FILIACION:

Nombres y Apellidos.....edad

Nombre de madre/ padre..... Teléfono

2.-ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo De Consulta:

Tiempo De Accidente:

Lugar Del Accidente:

Causa del accidente:

Agresión () Accidente de tránsito peatonal () Accidente de tránsito ocupante() Accidente recreacional() caída () Accidente doméstico() Agresión animal () Accidente escolar () Cuerpo extraño () Otros ().....

Signos y Síntomas Principales.....

Relato:.....

3) FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito.....Sed.....Sueño.....Orina.....Deposiciones.....

4) ANTECEDENTES:

a) PATOLÓGICOS

HEPATITIS () TBC () RAM () Hospitalizaciones () Ix Qx: () otras

I.- EXAMEN CLINICO:

P A..... FC.....FR..... T°..... Peso..... Talla..... SAT O2.....

1) ASPECTO GENERAL:

2) EXAMEN CLINICO GENERAL:

3) SENSORIO

Pérdida de la conciencia () cianosis () Convulsiones() Accidente recreacional() Pérdida de la permeabilidad de las vías aéreas () Dificultad para comunicarse() Otros ().....

4) EXAMEN ESTOMATOLOGICO:

E/O: Cabeza: (mesocéfalo , dolicocefalo, braquicefalo , escafocefalia, microcefalia, macrocefalia)

SIGNOS CLINICOS:

MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO CERTIFICADO de copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo momento. 04 ABR. 2016 Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA FEDATARIA



COMPROMISO DE PARTES BLANDAS:

- Intraoral Labio Carrillo
- Extraoral Superior Inferior
- Nariz Paladar Lengua
- Piso de boca

!!!.- IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

ESTOMATOLÓGICO: 1 CIE10.....

2. CIE10.....

SISTEMICO:CIE10.....

IV.- PLAN DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO:

RADIOGRAFIAS **FOTOGRAFIAS**.....

ANÁLISIS PRE-QX: Leucocitos, Hemograma, Hto, Hg Hemoglobina, Plaquetas, Perfil de Coagulación (PT, INR, APPT, TT, IX,) ,Grupo Sanguíneo, Factor RH, HEPATITIS B: Antígeno De Superficie, Hepatitis B: Anticuerpo Anticore Total, glucosa, úrea, creatinina, TGP Transaminasa Glutámico Pirúvica, TGO Transaminasa Glutámico Oxalacética, Test Elisa VIH, PPD, Examen Completo de Orina.

INTERCONSULTAS: 1. I/C Pediatría: Para RQ

V.- DIAGNÓSTICO ESTOMATOLÓGICO DEFINITIVO:

- 1.- LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS Y LA PULPA. Fractura de diente S02.5**
 Infracción..... Fractura De Corona..... Fractura Corono-Radicular Fractura Radicular.....
- 2.- LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES. Luxación de diente S03.2**
 Concusión Subluxación Luxación Intrusiva Luxación Extrusiva
 Luxación Lateral..... Avulsión
- 3.- LESIONES DE LA ENCÍA O LA MUCOSA ORAL Sutura complicada hasta 5 cm. D7911**
 Laceración Contusión Abrasión
- 4.- LESIONES DEL HUESO DE SOSTÉN. Fractura alveolar S02.8**
 Conminución De La Cavidad Alveolar. Fractura de la Pared Alveolar. Fractura del Proceso Alveolar
 Fractura de Maxilar S02.42, Mandíbula S02.6

.- TRATAMIENTO

TIPO DE ANESTESIA:

- Local General
- rehabilitación corono radicular
- Exodoncia D7140
- Sutura de las recientes heridas pequeñas de hasta 5cm D7910
- Sutura complicada hasta 5 cm D7911
- Reimplantación intencional incluyendo ferulización D3470
- Reducción cerrada en fractura complicada de alveolos con estabilización de dientes D7771
- Reducción abierta en fractura complicada de alveolos, con estabilización de dientes D7770
- Reducción cerrada en fractura simple de alveolo, puede incluir estabilización de los dientes D7670
- Reducción abierta en fractura complicada de maxilar D7710

COMPLICACIONES

- Afectación de partes blandas intraoral
- Sangrado Afectación de partes blandas extraoral
- Edema Movilidad de piezas dentarias

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 CERTIFICADO que la presente historia clínica es exactamente igual al original que se tiene a la vista y que no devuelto en este mismo acto al interesado.
 04 ABR. 2016
 Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
 FEDATARIA
 Reg. N°
 494



Fecha.....hora.....

.....
firma del profesional

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente
igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en
este mismo acto al interesado.
04 ABR. 2016
Carmen C. Martínez E.
Reg. N°.....**494**.....
Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
FEDATARIA

