RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 64-
-GCPS-EsSalud-2011

Lima, 22 JUL 2011

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de SALUD, EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, entre otros;

Que, por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230- PE_ ESSALUD_2008 de fecha 20 de Mayo de 2008, se aprobó la estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, estableciendo en el artículo 4° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea de la Gerencia General, rectora y normativa del Sistema de salud encargada de organizar, conducir y controlar las prestaciones de salud de la Institución.

De conformidad con el literal c) del artículo 23° de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230- PE- ESSALUD- 2008 de fecha 20 de Mayo de 2008, que establece como una de las funciones de Sub Gerencia de Prevención el formular, proponer e implantar las normas institucionales para la implementación de las Estrategias Sanitarias Nacionales de Inmunizaciones y Salud Bucal en el marco de la Atención Integral de Salud.

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 109-ESSALUD-2008, se resuelve aprobar el documento técnico" Cartera de Servicios de Atención Primarias de EsSalud.

Que la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, a través de la Sub Gerencia de Prevención ha elaborado y propuesto el documento técnico de "Manual de Procedimientos Odontológicos en Atención Primaria" con la finalidad de facilitar la aplicación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

Que, la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud mediante Carta N° 259 -GPPS-GCPS-EsSalud-2011, con opinión favorable de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud propone su aprobación y difusión.

Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida;

SE RESUELVE:

1. APROBAR, el documento técnico normativo "Manual de Procedimientos Odontológicos en Atención Primaria 2011" , que forma parte de la presente Resolución.

2. ENCARGAR a la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, la difusión, asesoría técnica y dirigir la conducción del proceso de implantación del presente documento técnico a nivel nacional.

3. ENCARGAR a la Gerencia de Operaciones de Salud, realizar las acciones pertinentes a fin de apoyar la implementación operativa del presente documento técnico a nivel nacional.

4. ENCARGAR a la Gerencia de Control de Salud, realizar las acciones de monitoreo, evaluación y control correspondiente al ámbito de su competencia.

5. DISPONER que los Gerentes y Directores de las Redes Asistenciales adopten las medidas de gestión pertinentes para la aplicación e implementación del documento técnico aprobado con la presente Resolución.

6. DEJAR SIN EFECTO el "Manual de Procedimientos Odontológicos en Atención Primaria" aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 048-GCPS-ESSALUD-2009.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dr. DANTE ARCE CHIRINOS
Gerente Central de Prestaciones de Salud (e)
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD

GERENCIA DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS EN ATENCION PRIMARIA 2011

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Nº 064 -GCPS-ESSALUD-2011

LIMA – PERU

2011

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS EN ATENCION PRIMARIA

Dr. FELIX ORTEGA ALVAREZ
PRESIDENTE EJECUTIVO

DR. PUBLIO ROMAN
GERENTE GENERAL

DR. ALFREDO BARREDO MOYANO
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

DRA NANCY MARTINEZ CARMONA
GERENTE DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD

Dr. JUAN MANUEL VALIENTE ESPINOSA
SUBGERENTE DE PREVENCION DE LA SALUD

Dr. LUIS ALEJANDRO MURO GUERRERO
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD EXTRAINSTITUCIONALES
COORDINADOR NACIONAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD BUCAL

RESPONSABLE

Dr. LUIS MURO GUERRERO
COORDINADOR NACIONAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD BUCAL - EsSALUD
PRESIDENTE DEL COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DE SALUD BUCAL

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DE SALUD BUCAL:

Dra.	Ivonne Patricia Roxana Herrera Chávez	Red Asistencial Almenara
Dr.	Fritz Alexander Ortiz León	Red Asistencial Almenara
Dra.	Aurea María Oliveros Manero	Red Asistencial Rebagliati
Dr.	Juan Francisco Jimenez Yano	Red Asistencial Rebagliati
Dra.	Lourdes Angela Benavente Lipa	Red Asistencial Sabogal
Dr.	Luis Manuel Donet Orrego	Red Asistencial Sabogal

PRESENTACIÓN

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud a través de la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud ha elaborado el presente documento técnico normativo referente a las prestaciones asistenciales que se le brinda a la población asegurada en odontología. En este sentido, este manual busca orientar, facilitar e instruir al recurso humano que ejecuta dichas prestaciones asistenciales en beneficio y el cuidado de la Salud Bucal de nuestros asegurados.

El presente documento indica en forma esquematizada y gráfica, los procedimientos estomatológicos a realizar en los Servicios de Odontología del Primer Nivel de Atención y en los Centros Asistenciales que aún cuentan con población adscrita en EsSalud. Además, permite delimitar responsabilidades en la ejecución de los procesos y su estandarización en el desarrollo de los componentes: Promocional, preventivo y recuperativo de la consulta externa estomatológica para un abordaje integral de la Salud Bucal en la población asegurada.

En los establecimientos del Seguro Social de Salud – EsSalud, la consulta externa estomatológica es una prestación asistencial brindada únicamente por el Cirujano Dentista y representa una atención básica integral de salud acorde con los lineamientos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria 2008 y la Guía De Practica Clínica Odontológica para la Atención Primaria de la Salud 2010.

Bajo este contexto, el presente manual constituye una herramienta de gestión que contribuye a normar, estandarizar y evaluar los diferentes procedimientos ejecutados en la consulta externa estomatológica; así como, fortalecer los procesos en las prestaciones asistenciales estomatológicas en los Centros Asistenciales de EsSalud.

INDICE

I	OBJETIVOS	05
II	FINALIDAD	05
III	AMBITO DE APLICACIÓN	05
IV	BASE LEGAL	05
V	DEFINICIONES OPERATIVAS	06
VI	IDENTIFICACION DEL PROCESO	11
VII	PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES ODONTOLOGICAS	12
VIII	AREA ODONTOLOGICA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	13
IX	EQUIPAMIENTO BASICO PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	14
X	DETERMINACION DE INDICADORES Y TRATAMIENTO SEGUN RIESGO ESTOMATOLOGICO	14
XI	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES PROMOCIONALES	18
XII	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS	26
XIII	DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS RECUPERATIVOS	33
XIV	PRESTACION COLECTIVA	34
XV	BIBLIOGRAFIA	36
XVI	ANEXOS	37

I OBJETIVOS

1.1.- GENERAL

Estandarizar los procesos y procedimientos asistenciales estomatológicos que se aplican en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, en todos los escenarios y ciclos de vida; lo que permitirá garantizar una atención integral con calidad, calidez y equidad para la satisfacción de nuestros usuarios.

1.2.- ESPECIFICOS

- Disponer de una herramienta de gestión que regule y estandarice los procedimientos estomatológicos en Atención Primaria en los Servicios de Odontología de EsSalud.
- Organizar los procesos de atención estomatológica en el Primer Nivel de Atención.
- Garantizar el cumplimiento en la aplicación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.
- Establecer los procedimientos estomatológicos que deben aplicarse en el Primer Nivel de Atención.
- Incluir y normar el uso del instrumento técnico normativo denominado: Ficha Clínica Odontológica.

II FINALIDAD

Fortalecimiento de la capacidad resolutiva de los Servicios de Odontología de EsSalud, mediante la implementación de normas y procedimientos que organicen las actividades estomatológicas en nuestra Institución.

III AMBITO DE APLICACIÓN

Servicios de Odontología de los Centros Asistenciales de EsSalud que aplican la Cartera de Servicios de Atención Primaria a nivel nacional.

IV BASE LEGAL

1. Ley Nº 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR.
3. Ley Nº 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Reglamento Decreto Supremo Nº 009-97-SA; D.S. Nº 001-98-SA; Ampliatorias y Complementarias.
4. Ley N° 23330, Ley que Establece el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS; Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 005-97-SA. Decreto N° 007-2008-SA, que aprueba modificaciones del Reglamento.

5. Resolución de Gerencia General N° 147 –GG-EsSalud -2007, que aprueba la Norma Técnica de Estandarización de Equipamiento Básico y Mobiliario para los Centros Asistenciales del Primer Nivel de Atención de las Redes Asistenciales de EsSalud.
6. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366 – PE – EsSalud – 2010, que aprueba la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
7. Ley 27878 del Trabajo del Cirujano Dentista.
8. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 211-PE- EsSalud -2008, que aprueba el modelo de Ordenamiento Territorial de EsSalud y sus Conceptos de Referencia.
9. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 191- PE-ESSALUD-2009. que aprueba los lineamientos y parámetros para el diseño orgánico del ámbito asistencial en los Centros Asistenciales de EsSalud.
10. Resolución de Gerencia General N° 1455-GG-EsSalud-2007, del 14-11-2007, que aprobó la Directiva N° 014-GG- EsSalud -2007, "Norma Marco para la Formulación y Aprobación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión en EsSalud"
11. Resolución de Gerencia General N° 732 GG – EsSalud-2008, que aprueba la Directiva N° 014 –GG-ESSALUD-2008, "Normas para la formulación del Manual de Procedimientos en el Seguro Social de Salud (EsSalud).
12. Resolución de Gerencia General N°109-GG-ESSALUD-2008, que aprobó el Documento Técnico "Cartera de Servicios de Atención Primaria de EsSalud".
13. Resolución Ministerial N° 593-2006 / MINSA, que aprueba la norma técnica para el uso del Odontograma.
14. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 18-GCPS- ESSALUD-2011, que aprobó el Documento Técnico Normativo "GUIA DE PRACTICA CLINICA ODONTOLOGICA"

V DEFINICIONES OPERATIVAS

5.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Es la estrategia fundamental del sector salud para reducir los problemas de salud pública, representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Incluye actividades a nivel individual, colectivo y de gestión sanitaria.

5.2 ACTIVIDADES DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Son las actividades asistenciales que se brindan en los servicios de salud de atención primaria; con la finalidad de coberturar las prestaciones de salud incluidas en la cartera de servicios de atención primaria.

5.3 CONSULTA EXTERNA ESTOMATOLOGICA

Actividad de salud ambulatoria otorgada al asegurado por el Cirujano Dentista en Consulta Externa para la promoción, prevención y rehabilitación estomatológica. En la consulta externa se aplica el paquete preventivo de salud y/o actividades recuperativas destinadas a la atención del riesgo y/o daño estomatológico, según la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

En el segundo y tercer nivel de atención se efectúan las actividades recuperativas de mayor complejidad, tomando como referencia la Guía de Práctica Clínica Odontológica 2010. La

unidad de medida es la sesión y los procedimientos y las actividades se miden a través del número de trabajos odontológicos.

Consulta Odontológica de Prevención.- Actividad de salud ambulatoria otorgada al asegurado por el Cirujano Dentista en Consulta Externa para la promoción y prevención, las actividades y procedimientos preventivos de acuerdo a su grupo poblacional se realizan una vez al año y dependerá de su riesgo estomatológico para recibir solo el tratamiento preventivo.
El asegurado puede recibir la consulta odontológica de prevención y recuperación siendo la Consulta Externa Estomatológica una atención integral. Se aplica este término para poder tener un registro de asegurados que recibieron las actividades de prevención odontológica como lo indica la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

5.4 NIVELES DE ATENCIÓN

Los niveles de atención en la estructura organizacional sanitaria de EsSalud se clasifican por los grados de complejidad, severidad y magnitud de las enfermedades además de acuerdo con la tecnología y personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento de salud correspondiente, así contamos:

En el Primer Nivel de Atención:
- CAP I que equivale a Posta Medica
- CAP II que equivale a un Centro Medico
- CAP III que equivale a un Policlínico

En el Segundo Nivel de Atención:
- Hospitales I
- Hospitales II
- Hospitales III

En el Tercer Nivel de Atención:
- Hospitales IV
- Hospitales Nacionales,
- Institutos y Centros Especializados.

5.5 CATALOGO DE PROCEDIMIENTOS ESTOMATOLOGICOS

Es una relación de procedimientos estomatológicos normada y ordenada que se llevan a cabo en la consulta externa estomatológica. Un procedimiento Estomatológico es una prestación de salud que se otorga de manera individual y/o colectiva a la población asegurada con fines preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos, la cual es realizada por el Cirujano Dentista de cada CAS; nace de la necesidad de utilizar una terminología común en la denominación de los diferentes procedimientos.

El catálogo constituye una herramienta de gestión imprescindible en una institución, en primer lugar para dar a conocer la cartera de servicios de la institución, en segundo lugar sirve de base para calcular parámetros de actividad y de rendimiento, en tercer lugar, permite conocer el costo aproximado de cada procedimiento.

El catálogo está referido fundamentalmente a los procedimientos relacionados con la asistencia clínica, un requisito necesario es que la información obtenida sea fiable, para ello la institución cuenta con un sistema de información adecuado que nos permite obtener información de manera segura.

5.6 FICHA CLINICA ESTOMATOLOGICA (Anexo 1)

Es un documento médico legal donde se consigna en forma ordenada y sistemática la información del paciente con la finalidad de llegar a un correcto diagnóstico y un adecuado plan de tratamiento. Para tener éxito en el tratamiento es importante comprender la importancia del correcto llenado de la ficha clínica odontológica y adquirir la destreza en el acopio de información, dando a conocer el estado de salud general y riesgo estomatológico del paciente así como establecer una relación favorable con el odontólogo. El Odontograma incluido fue elaborado en el Taller del Odontograma convocado por el Colegio Odontológico del Perú donde participaron todas las instituciones de la Salud a nivel nacional. Se emplea en EsSalud la Ficha Clínica Estomatológica institucional, debiendo ser actualizada anualmente.

5.7 FACTORES DE RIESGO

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud. Estas ideas han surgido precisamente por la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud, lo que ofrece a la atención primaria de salud bucal un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades. Todas las acciones de promoción y prevención deben dirigirse hacia los riesgos. El factor de riesgo puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, en alguna enfermedad anterior al efecto que se esta estudiando, que por su presencia o ausencia se relaciona con la enfermedad investigada, o puede ser la causa que contribuye a su aparición en determinadas personas, en un determinado lugar y en un tiempo dado.

La finalidad del enfoque de riesgo, es la acción sobre la población en general o en forma específica en los grupos de riesgo, orientado a controlar los factores de riesgo conocidos y vulnerables en un intento por disminuir la morbilidad dentaria.

5.8 RIESGO DE CARIES

Potencial para la aparición de nuevas lesiones cariosas o el desarrollo de las ya existentes; aspecto variable estrechamente vinculado al conjunto de factores etiológicos. En la actualidad el riesgo cariogénico se puede expresar mediante el nivel de riesgo: alto, moderado y bajo.
Se considera que el "riesgo" es la probabilidad de enfermar que tiene un individuo o un grupo de individuos. Cuando un sujeto ha enfermado, ya no está en riesgo, puesto que ha adquirido la enfermedad. Para el caso de la caries dental, la unidad de observación puede ser una población, un individuo, un diente o una superficie dental. Por lo tanto, en un sujeto con caries, aunque ya no hay riesgo de tener la enfermedad, sus dientes que permanecen sanos sí están en riesgo de sufrir lesiones. Y lo mismo puede decirse de las superficies dentales sanas en un diente afectado.

Determinación del riesgo de caries.- La determinación del riesgo de Caries Dental es complejo debido a la existencia de interacciones multifactorial. El riesgo a caries dental cambia a lo largo de la vida de la persona, a medida que cambian los factores de riesgo. Clasificaremos el riesgo en: bajo, moderado o alto, utilizando como criterios predictores sólo aquellos que estén disponibles en nuestros servicios odontológicos, aunque es necesario conocer de la existencia de otros métodos más exactos como la cuantificación del tipo de microorganismos presentes, del pH y velocidad de flujo salival entre otros. Se tiene que considerar lo siguiente:

1. **Alto grado de infección por Streptococcus mutans:** El Streptococcus mutans, es el microorganismo más fuertemente relacionado con el inicio de la actividad de caries. Los

altos grados de infección por Streptococcus mutans (> 106 UFC [*][1] x > 105 ml/saliva), significan elevado riesgo a caries y a la transmisión del microorganismo.

2. **Alto grado de infección por lactobacilos:** Los lactobacilos se relacionan con la progresión de la lesión cariosa en corona y/o raíz. El alto grado de infección por lactobacilos (> 106 UFC lactobacilos x ml de saliva), se relaciona con elevada actividad de caries y con la elevada ingestión de carbohidratos fermentables.

3. **Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido:** Cuando la resistencia del esmalte al ataque ácido es deficiente, el proceso de desmineralización se extiende y se favorece el progreso de la caries.

4. **Deficiente capacidad de mineralización:** Cuando esta afectada la capacidad de incorporación mineral a un diente recién brotado (maduración post- eruptiva), o la capacidad de reincorporación mineral al esmalte desmineralizado, la desmineralización progresa y se favorece el proceso de caries.

5. **Experiencia anterior de caries:** Que se advierte por más de dos (2) obturaciones o caries activas en el año. Generalmente las personas muy afectadas por caries, tienen mayor probabilidad a seguir desarrollando la enfermedad, también es importante considerar para el riesgo la severidad de las lesiones, mientras mayor sea la severidad de las mismas, mayor será la probabilidad de que la actividad de caries persista.

6. **Dieta cariogénica:** Es uno de los principales factores promotores de caries. La cariogenicidad de un alimento, no se determina solamente en base al contenido de azúcar, sino que hay que considerar varios factores: características físicas del alimento, solubilidad, retención, capacidad para estimular el flujo salival y cambios químicos en la saliva, la textura (tamaño y forma de las partículas), la frecuencia y horario de su consumo y tiempo de permanencia en la boca.

7. **Higiene bucal deficiente:** Las deficiencias en la higiene bucal se traducen en mayor acumulación de placa bacteriana, lo que reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores, facilitando el proceso de desmineralización y elevando el riesgo a caries, sobre todo en personas con alto número de microorganismos cariogénicos. Para evidenciar por medios físicos la placa bacteriana, se utilizara el índice de Placa Bacteriana (IPB) de Greene y Vermillion (IHOS).

8. **Baja capacidad buffer salival:** La baja capacidad salival para detener la caída del pH y restablecerlo, incrementa la posibilidad de desmineralización.

9. **Flujo salival escaso (xerostomía):** Las funciones protectoras de la saliva, resultan afectadas al disminuir el flujo salival, promoviendo desmineralización y elevación del número de microorganismos cariogénicos. Ello incrementa el riesgo a caries.

10. **Viscosidad salival:** La saliva viscosa es menos efectiva en el despeje de carbohidratos, favoreciendo la desmineralización.

11. **Apiñamiento dentario moderado y severo, tratamiento ortodóncico y prótesis:** Dificultan los procedimientos de higiene bucal, promoviendo acumulación de placa bacteriana patógena y por consiguiente favorecen la desmineralización.

12. **Anomalías del esmalte:** Su prevalencia eleva el riesgo de caries, tal como la hipoplasia, manchas blancas son consideradas señales tempranas de enfermedad,

[1] UFC (*) Unidades formadoras por campo

dientes pigmentados, surcos y fosas profundas, presencia de obturaciones defectuosas o afectadas por corrosión (amalgamas).

13. **Recesión gingival:** Condiciona la aparición de caries radicular en presencia de placa bacteriana.

14. **Enfermedad periodontal:** las personas que presentan enfermedad periodontal o secuelas de esta, tienen mayor riesgo a caries radicular.

15. **Factores de riesgo social:** Tales como el bajo nivel de ingresos, bajo nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, Estilos de vida: hábitos alimentarios, consumo de drogas legales (tabaco y alcohol), sedentarismo, estrés, inadecuadas políticas de servicios de salud, se asocian a mayor probabilidad a caries.

16. **Otros factores de riesgo:** bajo peso al nacer, la diabetes mellitus, embarazo, malnutrición, hipoparatiroidismo, hipotiroidismo, pacientes epilépticos, parálisis cerebral, discapacitados físicos y/o mentales, déficit vitamínico, lactancia con biberón, personas sometidas a radioterapia, personas medicadas con ansiolíticos, psicofármacos, antihistamínicos, sedantes y tranquilizantes.

5.9 ACTIVIDAD DE CARIES

"Actividad" de caries es la velocidad con la que aparecen lesiones de caries en un sujeto, en un periodo de tiempo determinado. En consecuencia, para evaluar la actividad de caries en un paciente habrá que examinarlo por lo menos dos veces al año, en dos momentos distintos. Un sujeto que presenta diez nuevas lesiones de caries en un año tendrá, evidentemente, una mayor actividad de caries que otro que haga sólo dos o tres lesiones en el mismo lapso de tiempo, se define la actividad de caries como la sumatoria de nuevas lesiones de caries en un tiempo determinado.

5.10 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A LA ACTIVIDAD DE CARIES

- Uno de los más importantes es la dieta, a mayor cantidad de carbohidratos y más si es entre las comidas hay más caries, si no modifico esto probablemente perderá los dientes tempranamente y estos son hábitos modificables, sobretodo en el niño.
- Flúor sistémico o tópico insuficiente
- Medicamentos que producen xerostomía, problema con los adultos que no pueden dejar de tomar alguna droga (por ejemplo en pacientes con tratamiento con antidepresivos) podrían modificarse, se debe realizar interconsulta con el especialista.
- Hábitos/habilidades de higiene bucal deficientes, por ejemplo en pacientes con parálisis o parkinson que van a tener una mala higiene bucal y tienen que ayudarse con colutorios
- Surcos y fisuras profundas sin sellantes
- Hábitos dietéticos deficientes (malnutrición)

5.11 FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A LA ACTIVIDAD DE CARIES

- Edad
- Educación: La instrucción de higiene bucal debe empezar apenas se inicie la erupción dentaria y no durante la adolescencia. Ni en personas muy adultas, que tienen hábitos y costumbres muy arraigados.
- Consideraciones Socio-económicas: La falta de poder adquisitivo para adquirir el cepillo dental, por esto el nivel socio económico bajo esta asociado a un alto riesgo de caries.

- Condiciones médicas y/o mentales: Como parkinson o síndrome de down, etc.

5.12 CONSEJERIA EN SALUD BUCAL

Es una actividad individual que se brinda en forma complementaria para informar al asegurado en temas específicos priorizados de salud bucal de acuerdo a la edad del paciente.

5.13 INDICE CPOD

Desarrollado por Klein-Palmer en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. (Anexo N° 2)
El índice CPO es resultado de la suma de estos tres valores. Como la unidad observada es diente y no superficie se expresa como CPOD y para piezas temporales es ceod.

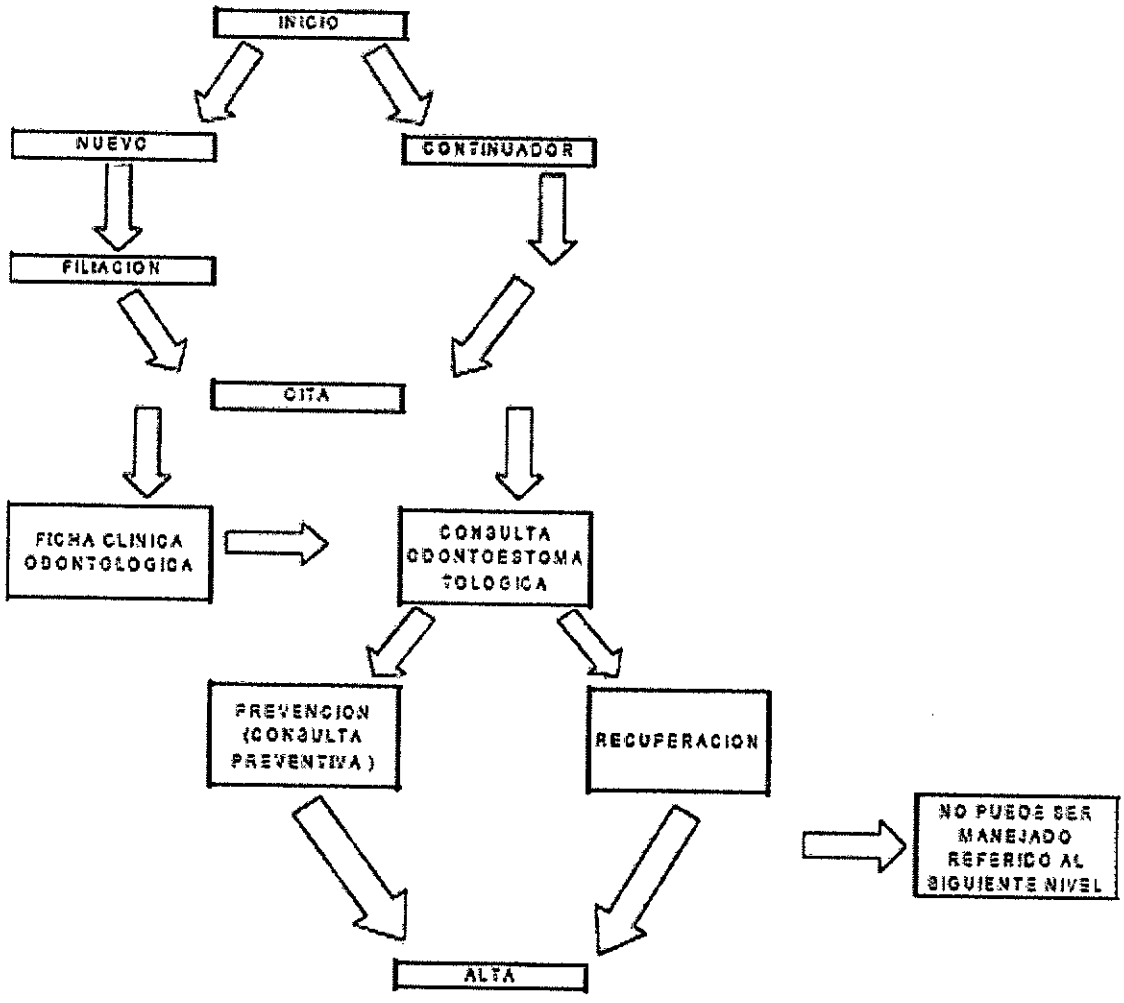
VI IDENTIFICACION DEL PROCESO

Los centros asistenciales son un conjunto de unidades productores de servicios asistenciales y administrativos que se agrupan por características y fines comunes, en relación a su clasificación de acuerdo a la capacidad resolutiva y los niveles de complejidad.

- Los centros de Atención Primaria I (Postas médicas) y los Centros de Atención Primaria II (Centros médicos) los profesionales Cirujanos Dentistas dependen del responsable del centro asistencial.
- Los centros de Atención Primaria III (Policlínicos) los profesionales Cirujanos Dentistas dependen del Servicio de Prevención, Promoción y Diagnostico precoz o del Servicio Medico Quirúrgico.
- En los Hospitales I los profesionales Cirujanos Dentistas dependen del Servicio Medico Quirúrgico
- En los Hospitales II Y III los Cirujanos Dentistas dependen del Servicio de Cirugía

ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

El asegurado ingresa al proceso por las citas o derivado de la consulta externa medica.



VII PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES ODONTOLOGICAS

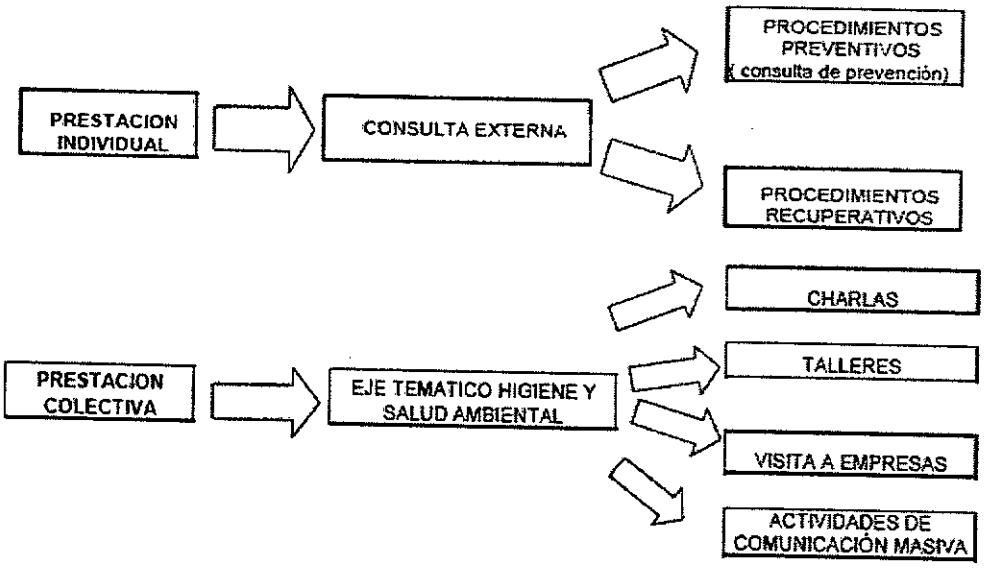
Según la directiva de Programación de Actividades Asistenciales para el Primer Nivel de Atención, estas deben garantizar la atención integral y estar en función de indicadores que permitan medir el grado de aplicación o ejecución de las líneas de acción:

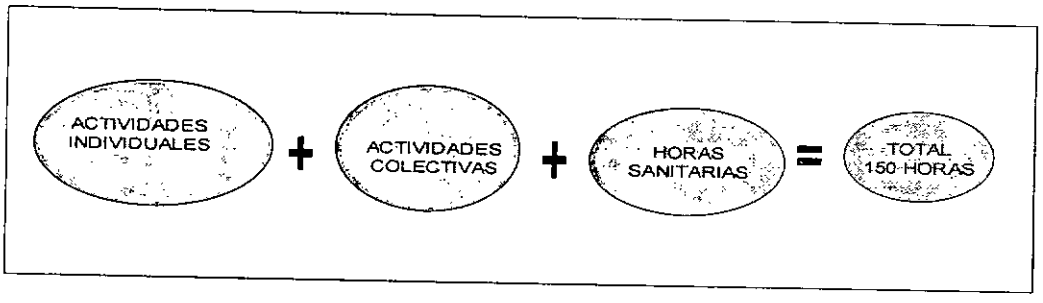
- La programación de actividades en los centros asistenciales que brindan prestaciones primarias o atención integral a asegurados adscritos al mismo y que incluye a los Hospitales con población adscrita, deben realizarse basados en las prestaciones e intervenciones contenidos en la Cartera de Servicios de Atención Primaria vigente.

- Los centros asistenciales del primer nivel de atención y hospitales con población adscrita determinan la meta de cobertura de las actividades asistenciales de Atención Primaria que brindarán a sus asegurados adscritos, el cual estará basado en las necesidades de la demanda de la población asegurada y capacidad resolutiva óptima con criterios de eficiencia y eficacia de la oferta del centro asistencial.

- Los Hospitales con población asegurada adscrita deben tener diferenciada la oferta de servicios asistenciales de Atención Primaria y Hospitalarios, identificando los recursos asignados para ambos tipos de servicios.

En el primer nivel de atención se programan de acuerdo los lineamientos de programación.





VIII AREA ODONTOLOGICA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El Servicio de Odontología es el área encargada de realizar tratamientos y procedimientos odontológicos, además de realizar prevención y promoción de la salud bucal. Todos los centros asistenciales de EsSalud cuentan con el Servicio de Odontología.
El consultorio de odontología tiene un área diferenciada en el Centro Asistencial de Atención Primaria.

La instalación de la unidad odontológica, requiere un ambiente adecuado para el consultorio. Al diseñar los componentes del consultorio, se debe contemplar que la circulación del paciente y asistente desde la puerta de entrada hasta sus puestos, sea lo más directa posible. El odontólogo, desde su posición de trabajo deberá tener fácil y rápido acceso, con movimientos cortos a cualquiera de sus áreas de trabajo (boca, mesa de trabajo, instrumental dinámico, gabinetes, etc.).
Antes de instalarse un equipo se debe cumplir con las siguientes especificaciones: Se requiere de instalación de agua, aire, energía eléctrica y desagüe.

IX EQUIPAMIENTO BASICO PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Equipo dental básico:

- Unidad dental completa.
- Esterilizador a vapor de mesa 15 - 25 litros.
- Pieza de mano de alta velocidad
- Micromotor de baja velocidad
- Destartarizador ultrasónico.
- Equipo de Rayos X Dental
- Procesador de películas dentales.
- Equipo fotopolimerizable
- Amalgamador

Set de instrumental odontológico: Instrumental básico para el PNA

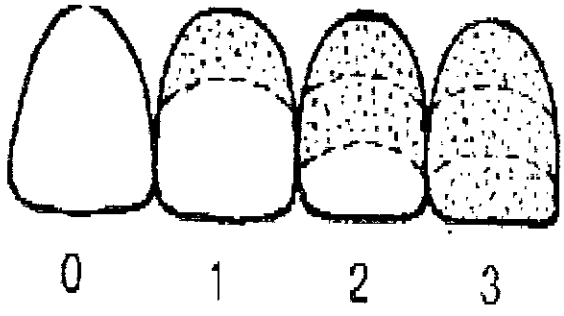
- Set de examen clínico
- Set de operatoria dental
- Set de Cirugía
- Set de Procedimientos de Tejido de Soporte

Set de insumos odontológicos: Insumos básicos para el PNA

- De acuerdo al petitorio de materiales e insumos odontológicos aprobado con Resolución N° 188 -GG-2009.

X DETERMINACION DE INDICADORES y TRATAMIENTO SEGUN RIESGO ESTOMATOLOGICO

10.1 DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA:



Las piezas dentarias a evaluar son las siguientes:

Diente	Dientes temporales		Dientes permanentes		Superficie a examinar
	Numero	Sustituto	Numero	Sustituto	
Molar superior derecho	5.5	5.4	1.6	1.7	Vestibular
Incisivo central superior	5.1	6.1	1.1	2.1	Labial
Molar superior izquierdo	6.5	6.4	2.6	2.7	Vestibular
Molar inferior izquierdo	7.5	7.4	3.6	3.7	Lingual
Incisivo central inferior	7.1	8.1	3.1	4.1	Labial
Molar inferior derecho	8.5	8.4	4.6	4.7	Lingual

V°B° Luis A. Muro Sub-Gerente - ESSALUD

10.2 EXPERIENCIA DE CARIES DENTAL

Es el número de lesiones de caries (superficies) presentes en el momento del examen se obtiene la información del Odontograma incluido en la Ficha Clínica Odontológica.

10.3 FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARBOHIDRATOS

La necesidad de analizar los hábitos dietéticos es uno de los factores que se oponen o favorecen el riesgo de caries dental. Se le pregunta al paciente acerca de los alimentos líquidos y sólidos que ha ingerido en las últimas 24 horas. Identificar los carbohidratos fermentables asociados a la caries dental y se procede a evaluar sus hábitos dietéticos y el potencial cariogénico de su dieta.

10.4 INDICADORES DE RIESGO ESTOMATOLOGICO Y SU TRATAMIENTO PREVENTIVO PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS

	FACTORES de RIESGO	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
DIAGNÓSTICO	Higiene Bucal	Con Higiene 2 a 3/día	A veces	Sin Higiene
	Frecuencia de Consumo de Carbohidratos(FCCH) (cuchtas. de Azúcar – Medicinas: jarabes)	=/< 1 cchta/biber-taza	=/< 3 cchta/biber-taza	=/> 4 cchta/biber-taza/jarabes
	Lactancia Nocturna	Ausencia de lactancia materna o biberón	A veces pecho o biberón	Con pecho o biberón
	Superficies dentarias con caries dental y/o mancha blanca o parda activa.	De 0 a 2 lesiones incipientes de caries	2 a 4 lesiones de caries	Más de 4 lesiones de caries
	Superficies Oclusales (fosas y fisuras)	Poco profundas	Profundas	Con lesiones incipientes
TRATAMIENTO	Ficha Odontológica	Anual	Anual	Anual
	Educación y Consejería (sensibilización individual)	c/6 meses	c/4meses	c/3meses
	Control de Placa Bacteriana	c/6meses	c/4meses	1 control semanal por 4 semanas, Después 1 control c/3meses
	Aplicacion de Flúor	c/6meses	c/4meses	1 dosis semanal por 4 semanas(terapia de choque), luego 1 dosis c/3meses
	Higiene Bucal supervisada (uso de pasta dental de 500 ppmF)	Si (+)	Si (++)	Si (+++)
	Técnica Restaurativa Atraumática (TRA) con Ionómero	Si	Si	Si
	Sellantes		Si	Si
Paciente Protegido c/Flúor		2 veces/año (P)	3veces/año (P)	P_1: A las 4 semanas de iniciada la terapia de choque. P_2: A la 8va semana de iniciada la terapia de choque. P_3: 4 veces/año
Alta Estomatológica		Todo paciente que logro ser protegido, luego de la identificación de sus factores de riesgo y que recibió tratamiento estomatologico integral. Cabe mencionar que la determinación de riesgo estomatologico se realiza anualmente.		

\+ = 1 vez x día
++ = 2 veces x día
+++ = 3 veces x día
P = Protegido con Flúor P_1: Primera Fase P_2: Segunda Fase P_3: Controles

10.5 INDICADORES DE RIESGO ESTOMATOLOGICO Y SU TRATAMIENTO PREVENTIVO PARA MAYORES DE 3 AÑOS, NIÑOS, ADOLESCENTES, GESTANTES, ADULTOS Y ADULTO MAYOR

	VARIABLES	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
DIAGNÓSTICO	Experiencia de caries	-Sin lesiones activas de caries -ninguna restauración x caries -presencia de sellantes	-de 1 a 4 lesiones activas de caries y/o con algunas restauraciones simples -presencia parcial de sellantes	- > /= a 5 lesiones activas de caries , sin restauraciones - ausencia de sellantes
	Hábitos dietéticos	Hasta 3 FCCH/ día	4 FCCH/ día	>a 4 FCCH/ día
	Control de Placa Bacteriana: Índice de Placa Dental de Greene y Vermillion (IHOS)	**-0,0 – 0,6 (buena)** -2 a 3 cepillado/día (nocturno) y uso de hilo dental diario -Buena habilidad manual	**-0,7 – 1,8 (regular)** -2 cepillado/día (nocturno) y uso esporádico de hilo dental -Buena habilidad manual	**-1,9 – 3,0 (mala)** -1 a 2 cepillado/día y no uso de hilo dental -Deficiente habilidad manual
	Otras patologías estomatológicas	- Gingiva y Periodonto normal - Oclusión normal - ATM normal	- Gingiva y Periodonto normal - Oclusión ligeramente alterada - ATM normal	- Gingiva y Periodonto patologico - Oclusión alterada - ATM alterada
	Situación socio-económica (SE) y cultural	- Relaciona la Salud Bucal con la Salud General. - Recibe controles regulares y periódicos de prevención	- Relaciona la Salud Bucal con la Salud General - Recibe controles regulares y periódicos de prevención	- No relaciona la Salud Bucal con la Salud General - No recibe controles regulares y periódicos de prevención
	Secreción salival	Flujo salival normal	Flujo salival normal	Flujo salival anormal (boca seca o amarga)
	Historia Medica	- Ausencia de enfermedades sistémicas - Sin uso frecuente de medicamentos en jarabes o que disminuyen el flujo salival - Sin discapacidad neurológica o mental	- Ausencia de enfermedades sistémicas - Uso esporádico de medicamentos en jarabes o que disminuyen el flujo salival - Sin discapacidad neurológica o mental	- Presencia de enfermedades sistémicas - Uso frecuente de medicamentos en jarabes o que disminuyen el flujo salival - Con discapacidad neurológica o mental
TRATAMIENTO	Ficha odontológica	Anual	Anual	Anual
	Educación y consejeria individual	c/6 meses	c/4meses	c/3meses
	Control de Placa Bacteriana	c/6meses	c/4meses	1 control semanal x 4 semanas, después1 control
	Aplicacion de Flúor	c/6meses	c/4meses	1 dosis semanal por 4 semanas(terapia de choque), luego 1 dosis c/3meses
	Higiene Bucal	Si	Si	Si
	Técnica restaurativa Atraumática (TRA) con Ionómero de vidrio. (*)	Si	Si	Si
	Sellantes (*)	Si	Si	Si
Paciente Protegido c/Flúor		2 veces/año (P)	3veces/año (P)	P_1: A las 4 semanas de iniciada la terapia de choque. P_2: A la 8va semana de iniciada la terapia de choque. P_3: 4 veces/año
Alta Estomatológica		Todo paciente que logro ser protegido, luego de la identificación de sus factores de riesgo y que recibió tratamiento estomatologico integral. Cabe mencionar que la determinación de riesgo estomatologico se realiza anualmente.		

(*) Se recomienda su aplicación hasta los 14 años de edad y en caso de pacientes especiales

P = Protegido con Flúor P_1: Primera Fase P_2: Segunda Fase P_3: Controles

XI DESCRIPCION DE ACTIVIDADES PROMOCIONALES

11.1 NIÑO MENOR DE 1 AÑO
11.2 NIÑO DE 1 A MENOS DE 2 AÑOS
11.3 NIÑO DE 2 A MENOS DE 3 AÑOS

Es la atención brindada al niño dirigido a determinar el diagnóstico a través de un examen estomatológico, se realizarán los siguientes procedimientos:
- Ficha Clínica Odontológica.
- Determinación de factores de riesgo estomatológico: visualización de placa blanda, frecuencia de consumo de carbohidratos, transmisibilidad microbiana (investigar si la persona que está en contacto con el bebe contamina sus alimentos).
- Consejería en Salud bucal a los padres y/o cuidador del niño menor de 3 años con el fin de prevenir, identificar daños y tratarlos a tiempo:

  a. Instrucción de higiene bucal
  b. Caries del biberón.
  c. Asesoría dietética.
  d. Acción del flúor en los dientes.
  e. Hábitos bucales nocivos.
  f. Fomento de la consulta odontológica

- Detección de trastornos del desarrollo y erupción de los dientes.
- Detección y orientación precoz de las maloclusiones.
- Topicaciones con fluor barniz (protector) dirigido a la prevención de la caries dental.
- Programación de controles.

11.4 NIÑO DE 03 A MENOR DE 05 AÑOS

Es la atención brindada al niño de 3 a 5 años dirigido a determinar el diagnóstico y plan de tratamiento estomatológico a través de los siguientes procedimientos preventivos:
- Ficha Clínica Odontológica
- Determinación de factores de riesgo estomatológico para el mayor de 3 años de edad: Índice de Placa Bacteriana (IPB), experiencia de Caries Dental (EC), Frecuencia de consumo de carbohidratos (FCCH).
- Consejería en Salud bucal a los padres y/o cuidador del niño de 3 a 5años con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos:

  a. Instrucción de higiene bucal
  b. Asesoría dietética
  c. Acción del flúor en los dientes
  d. Caries del biberón
  e. Hábitos bucales nocivos
  f. Fomento de la consulta odontológica.

- Detección de trastornos del desarrollo y erupción de los dientes.
- Detección y orientación precoz de las mal oclusiones
- Detección y eliminación de placa bacteriana y profilaxis.
- Topicaciones con gel fluorado acidulado al 1,23% a partir de los 3 años de edad según riesgo estomatológico, dirigido a la prevención de la Caries Dental.
- Alta odontológica y programación de controles según riesgo estomatológico

11.5 NIÑO DE 05 A MENOR DE 10 AÑOS
11.6 ADOLESCENTE DE 10 A MENOR DE 18 AÑOS

Es la atención brindada al niño a través de un examen estomatológico, se realizarán los siguientes procedimientos:

- Ficha Clínica Odontológica
- Determinación de factores de riesgo estomatológico: Indice de Placa Bacteriana (IPB), experiencia de Caries Dental (EC), Frecuencia de consumo de carbohidratos (FCCH).
- Consejería en Salud bucal con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos:

  a. Instrucción de Higiene bucal
  b. Hábitos alimenticios
  c. Acción del flúor en los dientes
  d. Hábitos bucales nocivos
  e. Fomento de la consulta odontológica anual

- Detección de trastornos del desarrollo y erupción de los dientes.
- Detección y orientación precoz de las mal oclusiones.
- Detección y eliminación de placa bacteriana destartraje y profilaxis.
- Aplicación de sellantes en piezas dentarias (después del primer año de erupcionadas (solo si existe riesgo anatómico, etapa entre 05 a menor de 10 años)
- Topicaciones con gel fluorado acidulado al 1,23% según riesgo estomatológico dirigido a la Prevención de la Caries Dental.
- Alta odontológica y programación de controles según riesgo estomatológico.

11.7 ADULTO DE 18 A MENOR DE 60 AÑOS

Es la atención brindada al adulto dirigido a determinar el diagnóstico y plan de tratamiento estomatológico a través de los siguientes procedimientos preventivos:

- Ficha Clínica Odontológica
- Determinación de factores de riesgo estomatológico: Índice de Placa Bacteriana (IPB), experiencia de Caries Dental (EC), Frecuencia de consumo de carbohidratos (FCCH).
- Consejería en Salud bucal con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos:
  a. Instrucción de higiene bucal
  b. Acción de flúor en los dientes
  c. Asesoría dietética.
  d. Relación de enfermedades sistémicas, tabaco, alcohol y medicamentos con enfermedades de la cavidad bucal (cáncer bucal).
  e. Prótesis dental desadaptadas y complicaciones.
  f. Fomento de la consulta odontológica anual

- Detección precoz de lesiones de tejido blando pre malignas.
- Detección precoz de Trastornos de la Articulación Temporo Mandibular (ATM)
- Higiene y conservación de sus prótesis dentales
- Detección y eliminación de placa bacteriana, destartraje y profilaxis.
- Aplicación de flúor gel acidulado 1.23% o barniz fluorado en caso de hipersensibilidad cervical o según riesgo estomatológico.
- Alta odontológica y programación de controles según riesgo estomatológico.

11.8 ADULTO MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)

Es la atención brindada al adulto mayor dirigido a determinar el diagnóstico y plan de tratamiento estomatológico a través de los siguientes procedimientos preventivos:

- Ficha Clínica Odontológica
- Determinación de factores de riesgo estomatológico: Índice de Placa Bacteriana (IPB), experiencia de Caries Dental (EC), Frecuencia de consumo de carbohidratos (FCCH).
- Consejería en Salud bucal con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos:
  a. Instrucción de higiene bucal
  b. Asesoría nutricional
  c. Relación de enfermedades sistémicas tabaco, alcohol y medicamentos con enfermedades de la cavidad bucal (cáncer bucal).
  d. Prótesis dentales desadaptadas y complicaciones.
  e. Fomento de la consulta odontológica anual

- Detección precoz de lesiones de tejido blando pre malignas
- Detección precoz de Trastornos de la Articulación Temporo Mandibular (ATM).
- Detección y eliminación de placa bacteriana, destartraje y profilaxis.
- Higiene y conservación de sus prótesis dentales
- Aplicación de flúor gel acidulado 1.23% ó barniz fluorado, en caso de hipersensibilidad cervical o según riesgo estomatológico.
- Alta odontológica y programación de controles según riesgo estomatológico

11.9 GESTANTE

Es la atención brindada a la Gestante dirigida a determinar el diagnóstico y plan de tratamiento estomatológico a través de los siguientes procedimientos preventivos:

- Ficha Clínica Odontológica
- Determinación de factores de riesgo estomatológico: Índice de Placa Bacteriana (IPB), experiencia de Caries Dental (EC), Frecuencia de consumo de carbohidratos (FCCH).
- Consejería en Salud bucal con el fin de prevenir, identificar daños y tratar los mismos:
  a. Instrucción de higiene bucal.
  b. Asesoría dietética.
  c. Acción del fluor en los dientes.
  c. Gingivitis del embarazo.
  e. Fomento de la consulta odontológica antes, durante y después del periodo de gestación.

- Detección y eliminación de placa bacteriana, destartraje y profilaxis
- Topicación con fluor gel acidulado 1.23%, según riesgo estomatológico
- Alta odontológica y programación de controles según riesgo estomatológico.

11.10 CONSEJERIA

En Salud Bucal se brinda consejería a los padres y/o cuidadores con el fin de prevenir, identificar daños y tratarlos a tiempo de acuerdo a los temas indicados en los paquetes preventivos dependiendo de la edad del paciente, así consideramos:

A. CARIES DE INFANCIA TEMPRANA/ CARIES DEL BIBERON

La caries del biberón es una enfermedad de evolución rápida y agresiva que afecta a la dentición temporal de niños de muy corta edad en los que la alimentación con biberón se ha prolongado más allá del tiempo recomendable. El estancamiento de la leche o de otros líquidos azucarados en la boca del niño, unido a la falta de higiene oral, produce este tipo de lesiones, que dan lugar a una odontodestrucción severa.

El término "caries del biberón" se utiliza para designar un proceso carioso de evolución agresiva y rápida que afecta a la dentición temporal de niños de corta edad y que suele tener su inicio en las superficies lisas del diente, poco susceptibles a padecer caries en circunstancias normales. Este cuadro clínico se presenta, sobre todo, en niños que suelen dormir con el chupon impregnado en sustancias azucaradas (miel, azúcar, leche condensada, etc.) o en aquéllos que toman el biberón de leche o zumo acostados.

El niño se duerme y la leche o líquido azucarado se acumula alrededor de los dientes, brindando un excelente medio de cultivo para los microorganismos acidógenos (estreptococo mutans), y esto, unido a la disminución del flujo salival que se produce durante el sueño, agrava la situación y da lugar a un ambiente altamente cariogénico que propicia así la aparición de caries agresivas, de localización preferente en el maxilar superior, siendo los incisivos superiores los dientes más afectados. Cuando el hábito es diurno, se afectan menos los incisivos superiores y aparecen caries en lingual de molares mandibulares.

B. ASESORIA DIETETICA

El papel de la dieta como factor clave en la etiología de la caries dental se encuentra bien establecido; la dieta afecta la integridad dental, al producir alteraciones en la cantidad, pH y composición de la saliva.

Aunque exista un gran número de carbohidratos con un papel epidemiológico relevante en el desarrollo de la caries dental, tras ser estos fermentados por microorganismos, la sacarosa tiene especial relevancia .Entre los factores relacionados con la dieta, la frecuencia de consumo de azúcares e hidratos de carbono es la que presenta mayor importancia. Es complicado definir la relación entre el total de azúcar ingerido y la incidencia de caries dental; aunque existen muchos estudios que indican que la frecuencia de ingestión del azúcar tiene más influencia en el desarrollo de la caries que el total consumido.

La total o parcial sustitución de la sacarosa por edulcorantes no cariogénicos existentes en el mercado, constituyen una opción para mejorar la salud dental. Los edulcorantes sustituyen al azúcar en variadísimos productos, tales como edulcorantes para el café y té, bollería, chicles, medicinas y bebidas.

Las recomendaciones dietéticas deben ser realistas y siempre basadas en los comportamientos dietéticos de la familia, y deben ser dadas por el Cirujano Dentista al niño y a sus padres. La educación nutricional se consigue enseñando a los padres la importancia de reducir el consumo de azúcar y dulces y es necesaria, pero no es suficiente para cambiar los hábitos dietéticos.

Debe evitarse la transmisión de microorganismos bucales al niño durante el acto alimentario de la siguiente manera:

- No probar el alimento con la misma cuchara que alimentará al niño
- No soplar los alimentos para enfriarlos.
- Capacitar a los profesionales de la salud vinculados con los centros asistenciales de salud.
- Reconocimiento de los alimentos con potencial cariogénico.
- Disminuir la ingesta de alimentos de alto nivel calórico o compensarlas aumentando la actividad física.
- Consumir carbohidratos complejos: pan integral, cereales, vegetales, raíces o frutas.

C. ACCION DEL FLUOR EN LOS DIENTES

La remineralización dental es un tratamiento odontológico conservador de la enfermedad de la Caries Dental. Consiste en el uso de sustancias con capacidad remineralizante, como los complejos fluorados que actúan restableciendo el componente mineral dental que ha sido eliminado previamente, mediante procesos de desmineralización activa o pasiva. La utilización del flúor es utilizado como tratamiento de la caries dental, se ha considerado tradicionalmente, como la piedra angular sobre la cual se apoya gran parte de la Odontología Preventiva y Conservadora, aunque el conocimiento científico actual ha abierto nuevos campos de actuación y tendencias en el área de prevención y control de la enfermedad de la caries dental.

Al aumentar el gradiente de flúor en el medio bucal, ya sea de origen intrínseco o extrínseco, se estimulan los mecanismos de transporte activo y pasivo de minerales desde el medio externo hacia el medio interno (Diente). Por otro lado, una vez que el flúor entra en contacto físico y químico con la estructura dental, interactúa con los grupos OH de la hidroxi apatita, principal componente inorgánico de la estructura dental, transformando la hidroxi apatita en fluorapatita.

También ejerce influencias sobre la placa bacteriana a través de dos vías principales:



a. Interfiriendo el proceso de glicólisis anaeróbica
b. Depositándose como fluoruro cálcico en la placa dental y liberándose paulatinamente.

El efecto más importante del flúor en el control de la enfermedad de la caries dental, es la disminución de la solubilidad de la estructura dental ante el ataque cariogénico, ya que promueve la remineralización de la zona afectada o lesión incipiente, incrementa el ph salival, así como de igual manera aumenta la resistencia a la desmineralización ácida e interfiere en la formación y funcionamiento de la placa dental.



Mecanismo Termodinámico de la Remineralización Dental: Gracias a la variedad de estudios existentes, de las interpretaciones físicas - químicas de Chow y Vogel (1998 - 2001), podemos decir que tanto el proceso de desmineralización como el de remineralización dental se encuentran íntimamente ligados, aunque no son concomitantes y desde el punto de vista científico se basan en mecanismos opuestos. El mecanismo de remineralización se inicia una vez que el Ph del medio bucal se estabiliza (neutro o ligeramente alcalino); evidentemente es necesaria la presencia de compuestos fluorados de origen intrínseco o extrínseco, que actúan estimulando los sistemas de transporte activo y pasivos de sustancias minerales del medio externo hacia a la estructura dental e interactúan con la hidroxi apatita; a través de esta vía, aumenta el gradiente interno de compuestos minerales y la rugosidad de la zona, y desde el punto de vista histopatológico y clínico se remineraliza la lesión cariosa incipiente preestablecida. Desde el punto de vista bio-físico y químico el proceso de remineralización, es el transporte activo y efectivo de iones minerales del medio externo o bucal hacia la lesión inicial o incipiente modificable por el índice dental de saturación mineral, ph y la placa bacteriana.

Indicaciones Clínicas de la Remineralización Dental:

1. Control médico de la Enfermedad de la Caries Dental
2. Lesiones Cariosas incipientes
3. Lesiones no cavitadas
4. Afectación exclusiva del esmalte; aunque algunos estudios recomiendan su uso en dentina, no existen suficientes estudios de verificación para sentar la indicación.

Una vez establecido el Riesgo Estomatológico se da la indicación terapéutica, según cuadro establecido (Pág.16 y17).

D. HABITOS BUCALES NOCIVOS

Para definir como los hábitos bucales en los niños afecta el establecimiento de una oclusión normal, es necesario definir la normalidad. "Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto". Una definición "normal" implica una situación hallada en ausencia de enfermedad. Una oclusión dental adecuada es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica haciendo que esto permita una eficiente masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras entre otras funciones y le da a la cara un aspecto uniforme, de ser lo contrario se dice que estamos en presencia de maloclusiones. Podemos considerar que el complejo maxilofacial se compone de 3 sistemas que tienen un potencial de desarrollo normal, el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas tenemos una oclusión funcionalmente equilibrada. Los Hábitos bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo. La maloclusión puede presentarse desde la más temprana edad cuando se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal o estomatognático. Sin embargo las maloclusiones pueden aparecer sin que estos existan.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con Hábitos bucales como la deglución atípica y la respiración bucal seguidos en tercer lugar por el hábito de succión digital.

Todos los bebés nacen con un ***reflejo primario de succión***, por el cual se adaptan al medio que los rodea. El reflejo de la succión en la alimentación natural constituye para el bebé el intercambio más importante con el mundo exterior, pues con esta acción no solo se alimenta, sino que recibe la sensación de euforia y bienestar al satisfacer aquellos requisitos de seguridad y amor y establecer un contacto físico (táctil, sonoro, bucal) gratificante para él y su madre.

Durante el amamantamiento, el bebé debe presionar con la lengua los senos lactíferos para obtener la leche; pero cuando se alimenta mediante el biberón, no necesita esfuerzo alguno para darle forma a la tetilla dentro de su boca. Si el niño succiona y regula el fluido con la lengua, la reacción de estrés normal puede dar inicio a otros hábitos como el de ***deglución atípica***.

Los movimientos de la lengua y la actividad incrementada del conjunto de músculos suprahiodeos desempeñan una importante función en los períodos de succión durante el amamantamiento, puesto que sientan las bases para un mejor crecimiento y desarrollo de los maxilares.

Al succionar el niño experimenta un estímulo placentero en los labios, lengua y mucosa bucal que lo tranquiliza y lo relaciona con su mundo, especialmente con su madre durante la lactancia. Se ha comprobado que los bebés a quienes se les ha privado de la succión por alguna enfermedad o por otros factores, llegan a ser más irritables y apáticos. Por ello es normal que el bebé se lleve los dedos a la boca entre los dos y seis meses de edad. A esto se le llama hábito de succión digital, siendo parte de su desarrollo bucal y de la forma en que se conoce a sí mismo. El bebé chupa y succiona su dedo pulgar cuando tiene sueño, está dormido, aburrido o hambriento.

Una succión frecuente y duradera del dedo ocasiona problemas dentales, como una maloclusión o mordida incorrecta, por ejemplo una falta de contacto entre los dientes

anteriores e inferiores. Estos problemas en los dientes se presentan también con el uso de chupones, pero son menores y menos pronunciados que los ocasionados por el dedo.

Todos los hábitos bucales no son nocivos, tienen un manejo clínico, psicológico o mixto dentro de criterios de respeto por la mente del niño y respeto por el desarrollo natural, donde debemos observar los cambios favorables y desfavorables en la oclusión y en el crecimiento de los maxilares, para definir si es necesario interceptar o corregir las secuelas orgánicas y modificar las presiones psicológicas sociales que se ejercen sobre el niño.
El Cirujano dentista tiene la responsabilidad y la oportunidad de ayudar a superar los problemas que estos hábitos acarrean y contribuir positivamente a disminuir la carga psicológica negativa que ejerce el medio ambiente familiar desinformado.

D. RELACIÓN DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS, TABACO, ALCOHOL Y MEDICAMENTOS CON ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL.

La mucosa bucal puede estar afectada por lesiones traumáticas, infecciones virales, micóticas y bacterianas, tumores benignos y malignos, malformaciones del desarrollo y enfermedades autoinmunes, genéticas y psicosomáticas, también pueden observarse signos de deficiencias nutricionales, trastornos hematológicos y endocrinopatías.

Las lesiones de la mucosa bucal se encuentran el liquen plano y la leucoplasia; las ulceraciones, que comprenden las aftas bucales y la estomatitis aftosa recurrente; las alteraciones en el color de la mucosa o discromías; las infecciones secundarias; la hiperplasia gingival y las alteraciones linguales.

Las lesiones tumorales malignas de la mucosa bucal se asocian principalmente con el consumo de tabaco y alcohol. Las medidas preventivas más importantes para el cáncer bucal están dirigidas a la lucha contra el consumo de tabaco y el alcoholismo.

Dentro de las enfermedades sistémicas con manifestaciones clínicas en la cavidad oral encontramos: Diabetes, Hipertensión Arterial, Insuficiencia renal, alteraciones asociadas por Infecciones por VIH- Sida, Epilepsia, Hemofilia, Leucemia, Insuficiencia Cardiaca Congestiva, Cirrosis Hepática, Parkinson, Tuberculosis y Asma.

Es importante explicar al paciente sobre los factores de riesgo que producen alteraciones en la mucosa bucal y fomentar la consulta estomatologica más aun si se evidencian lesiones que se consideren sospechas con o sin sintomatología.

E. GINGIVITIS DEL EMBARAZO

La gingivitis, una afección frecuente durante el embarazo, es una forma de enfermedad periodontal que conlleva inflamación y sangrado de las encías, debido a la infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes (encías, ligamentos periodontales y hueso alveolar).

La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, y más del 50% de todas las mujeres embarazadas experimentan alguna forma de gingivitis del embarazo. Usualmente la gingivitis no trae aparejado riesgo alguno, a menos que no se la trate a tiempo. Hay que cuidar mucho la prevención y tratamiento de esta infección, porque en el caso de complicarse, los problemas periodontales podrían dar lugar a un parto prematuro.

Hay varias razones que hacen que la gingivitis sea tan frecuente durante el embarazo:

- El incremento del flujo sanguíneo que se produce durante le embarazo es el causante de que las encías se inflamen y duelan, e incluso que sangren, aumentando el riesgo de padecer gingivitis.

- El aumento de los niveles hormonales en esta etapa: las encías y los dientes se vuelven más sensibles a las bacterias que se ocultan en la placa.

- Un factor menos relevante (y que no en todos los casos está implicado) serían las náuseas durante el embarazo, que podrían provocar en algunas mujeres la aversión hacia la pasta dental o a una higiene profunda de la boca, ya que le provocaría vómitos.

- En el caso de que las náuseas vayan acompañadas de vómitos, el incremento de los vómitos durante el embarazo también puede perjudicar las encías. Ello es debido a que el ácido estomacal del vómito podría llegar a dañar el tejido periodontal y el esmalte de los dientes, haciendo que la cavidad oral se vuelva mucho más sensible.

- La congestión nasal que durante el embarazo puede provocar el exceso hormonal que inflama las mucosas nasales podría conllevar una respiración frecuente por la boca. La respiración oral habitual aumenta el riesgo de gingivitis y de caries.

Los síntomas de gingivitis se localizan en las encías, que aparecerán sensibles o inflamadas, enrojecidas o de color rojo-violáceo, o muy brillantes. También hemorragias frecuentes tras cepillarse los dientes o al utilizar el hilo dental. Llagas en la boca y un sabor desagradable que no desaparece también podrían ser síntomas. Hay que acudir al especialista en estos casos para un correcto diagnóstico. Esta es más evidente a partir del tercer mes de embarazo. Si la mujer padecía previamente gingivitis o enfermedad periodontal, ésta empeora durante el embarazo. Puede que no existiera previamente y se desencadene durante esta etapa. Si la gingivitis no se trata, puede evolucionar hacia enfermedad periodontal con lesión de los tejidos de unión del hueso al diente, pérdida parcial de hueso y riesgo de pérdida de los dientes. En algunas embarazadas se observa un aumento localizado de la encía que recibe el nombre de granuloma, épulis o tumor del embarazo, son neoformaciones de aspecto tumoral benignas que se asientan sobre tejidos normales a nivel de la encía como consecuencia del crecimiento del tejido conjuntivo. No son muy frecuentes, pero cuando se presentan se evidencian con distintas dificultades.

Como prevención de la gingivitis de debe orientar una correcta higiene bucal, con cepillado dental posterior a cada comida, uso de hilo dental, enjuagues bucales, visita regular al Cirujano Dentista e incluso profilaxis dental. También es fundamental tener una alimentación equilibrada no sólo para evitar las alteraciones bucales sino para la salud general de la madre y la salud y desarrollo de su bebé. El proceso de formación de los dientes del bebé comienza entre el tercer y el sexto mes de embarazo. Es importante un aporte adecuado de vitaminas como la vitamina A y la vitamina D y minerales como calcio y fósforo cuyo aporte esencial para la formación de los huesos y los dientes del futuro bebé.

F. FOMENTO DE LA CONSULTA EXTERNA ESTOMATOLOGICA

Promover en el asegurado la importancia de la Salud Bucal como parte de la Salud General. Introducir el concepto y manejo de Prevención en Salud Bucal, como primer tratamiento para evitar las enfermedades bucales más frecuentes en la población asegurada.

XII DESCRIPCION DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

12.1 HIGIENE BUCAL:

Cuando hablamos de salud bucal nos referimos al estado de la boca, incluyendo la lengua, los dientes, las encías y los tejidos que los sostienen. La prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal esta relacionada con el nivel de higiene bucal individual. El cuidado deficiente de los dientes puede influir en la salud general del individuo y alterar actividades como: comer, sonreír, hablar, besar, oler, degustar, masticar y tragar, entre otras acciones necesarias o placenteras en nuestra vida cotidiana.
Es imprescindible el inicio de la higiene bucal desde el nacimiento, aquí presentamos un protocolo para niños menores de tres años:

PRIMER PROTOCOLO	**Desde el nacimiento hasta la erupción del 1er. diente**
La higiene bucal debe realizarse diariamente, durante el baño y después de la última lactancia.	
SEGUNDO PROTOCOLO	**Desde la erupción del 1er. Diente hasta la erupción del 1er. Molar temporal**
La higiene bucal debe realizarse con cepillo dental personalizado, solo con agua hervida fría o tibia. Se debe cepillar por lo menos 3 veces al día, después de cada alimento.	
TERCER PROTOCOLO	**Desde la erupción del 1er. Molar temporal hasta los 3 años de vida**
La higiene bucal debe realizarse con cepillo dental personalizado, solo con agua hervida fría o tibia. Se debe cepillar por lo menos 3 veces al día, después de cada alimento hasta aproximadamente los 2 años de vida: El uso de pasta dental con Flúor (500 ppm), se realizara cuando el niño, haya aprendido a retener y escupir la pasta dental.	

a) CEPILLADO

El cepillado dental es un hábito cotidiano en la higiene de una persona. Es una actividad necesaria para la eliminación de la placa dental relacionada tanto con la caries dental como con las enfermedades periodontales.
Se recomienda el uso de cepillos de dientes de cerdas sintéticas y con un grado de dureza medio o blando; actualmente hay una gran diversidad de cepillos y se debe utilizar el que mas se adapte a cada edad y a nuestras necesidades; se recomienda cambiar el cepillo dental cuando veamos que las cerdas empiezan a doblarse hacia los lados ya que esto podría dañar las encías y el cepillo no seria adecuado para la limpieza bucal.

Existen muchas técnicas de cepillado pero cabe destacar que mas que la técnica lo importante es la minuciosidad, el cuidado con el que se realiza el cepillado, consiguiendo así el mismo resultado con cualquiera de las técnicas.

La Técnica de Bass es la más efectiva: en esta técnica el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados contra la unión del diente con la encía, luego se realiza un movimiento horizontal para remover la placa bacteriana. Para las caras internas de los incisivos superiores e inferiores, se cepilla verticalmente con el cepillo. La superficie de masticación de los molares y premolares se cepillan por medio de movimientos de frotamiento hacia adelante y atrás. No olvidar cepillar la lengua y el paladar. Un buen cepillado debiera durar al menos 3 minutos por lo menos 3 veces al día, es malo por exceso y por defecto.

b) MEDIOS AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL

Las funciones principales son: Limpiar eficazmente los espacios interdentales, Proteger contra la caries y la enfermedad periodontal.

HILO DENTAL

El hilo dental está pensado para personas con espacios interdentales pequeños, mientras que el cepillo interdental es más adecuado para personas con espacios interdentales más anchos.

1. Utilice aproximadamente 40 cm. de hilo. Enrolle los extremos del hilo alrededor del dedo central de las dos manos. Tense unos 2-3 cm. utilizando los dedos pulgares e índices.

2. Deslice el hilo suavemente entre los dientes en la línea de las encías con movimientos hacia delante y hacia atrás. Utilice un trozo limpio de hilo para la limpieza de cada diente y espacio interdental.

CEPILLO INTERDENTAL

1. Utilice el tamaño de interdental más adecuado para cada espacio. El cepillo debe introducirse holgadamente, de modo que sean los filamentos, y no el alambre, los que estén en contacto con los dientes.

2. Mueva el cepillo desde dentro hacia afuera, sin hacerlo girar.

3. Para limpiar más fácilmente las piezas posteriores, acople el capuchón protector al mango.

DENTRÍFICO DENTAL

El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes. El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias tensoactivas, espumigenos, bactericidas y abrasivos. Además el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de las sustancias saporiferas, como la menta, al grado de que muchas persona no se cepillan los dientes cuando carecen de pasta dental. Algunos dentífricos contienen sustancias desensibilizantes, las cuales disminuyen la hipersensibilidad de la dentina en personas con este problema. Otro componente es el fluoruro, el cual puede ser sodio o estaño o monofluorofosfato de sodio; pero independientemente del tipo adicionado, todos contienen la misma cantidad del Ion, es decir, 0.1% o 1 000 partes por millón (ppm). Se recomiende usar poca cantidad de dentífrico para evitar la ingestión excesiva de fluoruro en caso de consumo accidental, en caso de niños menores

Hay dentífricos que contienen triclosan un antibacteriano de amplio espectro eficaz para combatir las bacterias bucales, en especial las que se localizan en superficies lisas y fisuras.

ENJUAGATORIOS BUCALES

Los beneficios de los enjuagatorios son muchos, entre los cuales podemos destacar: ayudan a eliminar las bacterias que causan la gingivitis, la placa bacteriana, el mal aliento y la caries dentaria, actuando donde el cepillo dental no alcanza, pues permanece por más tiempo en la boca una vez que lo utilizamos.
Existen diversos enjuagatorios bucales en el mercado con muchas formulaciones y sabores, lo importante es que contenga flúor para ayudar a reducir el riesgo de la caries dentaria.
Es importante que, en caso de dudas, sea el Cirujano Dentista quien prescriba el enjuagatorio adecuado de acuerdo a la patología encontrada.

No olvidar que el enjuagatorio bucal es un complemento importante de su cepillado dental diario, debiendo ser utilizado por lo menos una vez al día.

12.2 DETECCION DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y ERUPCION DE LOS DIENTES

Los trastornos de la erupción dentaria, la oclusión y el crecimiento y desarrollo faciales son tan prevalentes, que todo Cirujano dentista debe estar preparado para detectarlas precozmente, aconsejar a los padres y referir al niño al especialista adecuado en caso necesario.

Existen patrones establecidos en la edad media de erupción de los dientes temporales y permanentes respectivamente que hace posible diagnosticar la edad dental y las alteraciones más frecuentes en la cronología de la erupción, la erupción de los dientes, tanto temporales como permanentes, se produce con bastante simetría con respecto al eje central. Es decir, ambos incisivos centrales inferiores erupcionan prácticamente a la vez, e igualmente sucede con todos los pares de dientes en ambas hemiarcadas. Cuando una asimetría eruptiva localizada persiste un cierto tiempo –por ejemplo erupciona uno de los incisivos centrales superiores y el otro no lo hace durante varios meses –, el pediatra debe sospechar la presencia de algún factor etiológico que la esté condicionando. Los más frecuentes son:

1) El diente o dientes que no erupcionan no existen. Entre un 2 y un 5% de los individuos normales presentan alguna agenesia dentaria (si se consideran los cordales esa proporción es muy superior).Los dientes que con mayor frecuencia presentan agenesia son los segundos premolares y los incisivos laterales superiores e inferiores.

2) El diente o dientes que no erupcionan existen, pero no pueden erupcionar por alguna de las siguientes causas:
   – Falta de espacio.
   – Pérdida prematura del predecesor.
   – Obstáculos físicos interpuestos en la vía eruptiva de un diente normal: dientes supernumerarios, restos radiculares de temporales, alteraciones morfológicas (dientes dobles, Macrodoncia), quistes, odontomas.
   – Secuelas de traumatismos.

En cuanto a las alteraciones del desarrollo de los dientes, tanto temporales como permanentes, es posible determinar con bastante exactitud sobre una base estadística cuándo actuó el factor etiológico conociendo simplemente el grado de desarrollo del diente –que comienza siempre por la corona – en cada momento de la vida del niño. No podemos olvidar que gran parte del desarrollo del diente temporal tiene lugar en la vida intrauterina.

Las Radiografías Panorámicas es una ayuda diagnóstica muy importante para detectar las alteraciones de la erupción dentaria. La información que nos ofrece permite en muchos casos poner en marcha medidas interceptivas capaces de resolver o impedir que se agraven muchos trastornos eruptivos. En una radiografía panorámica hay que valorar básicamente:

1. Las alteraciones eruptivas:
   – Cronología de la erupción.
   – Asimetrías eruptivas.
   – Alteraciones en el número, forma y posición de los dientes (hay que aprender a contar los dientes que aún no han erupcionado y detectar a tiempo las malposiciones de los gérmenes dentarios y las impactaciones de dientes totalmente desarrollados, entre las cuales la más frecuente es la del canino superior). Algunas alteraciones en el número, la forma y la erupción de los dientes constituyen un signo de alarma frente a trastornos generales y síndromes que por ser leves, incompletos o hiposintomáticos en ocasiones

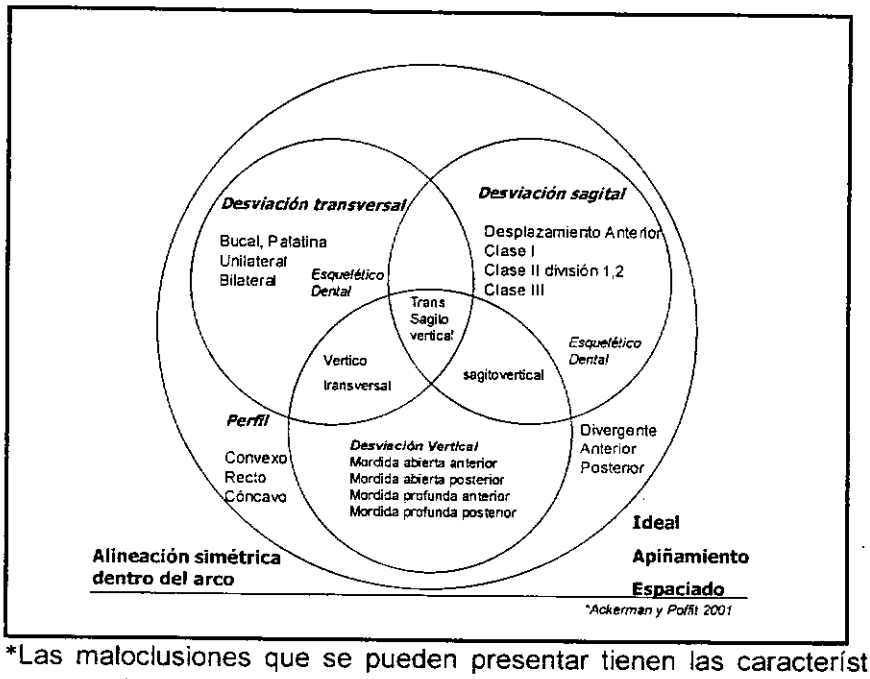
pasan desapercibidos. (Así por ejemplo, la disminución del número de dientes puede ser expresión de una displasia ectodérmica; la presencia de cámaras pulpares muy grandes, llamada taurodoncia, es típica del síndrome de Klinefelter, etc.)

2. Las alteraciones de los huesos, particularmente de la mandíbula (imágenes osteolíticas y osteocondensantes, asimetrías morfológicas del cuerpo, ramas y cóndilos, etc.)

3. Aunque no es el medio de diagnóstico por imagen ideal para ese fin, la radiografía panorámica también permite evaluar, aunque con reservas, otras estructuras como los senos maxilares y el tabique.

Muchas de las alteraciones de la erupción dentaria se benefician de procedimientos profilácticos e interceptivos precoces: control de las caries en dientes de leche para conservar los espacios, mantenimiento de los mismos en caso de extracciones precoces de dientes temporales, programas de guía de la erupción mediante extracción seriada de dientes temporales –y eventualmente permanentes –, mantenimiento de los espacios en caso de pérdidas o agenesias, etc. Estos procedimientos, para ser eficaces, exigen un diagnóstico precoz en el que debe implicarse al Cirujano Dentista de práctica general para poder remitir al niño al especialista en el momento adecuado. ¡Muchos trastornos de la erupción se agravan innecesariamente por no haberse diagnosticado e interceptado a tiempo! Y, lo que es más grave, en algunos casos el pediatra –o incluso el dentista general – que se enfrenta a una de esas situaciones considera –y asegura a los padres – que "hay que esperar hasta que salgan todos los dientes".

12.3 DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN PRECOZ DE LAS MALOCLUSIONES.



*Las maloclusiones que se pueden presentar tienen las características combinadas tal como están presentadas en el cuadro.

El crecimiento y desarrollo de la cara humana sigue patrones básicos:

a) En sentido vertical la cara puede ser:
- Corta (patrón braquifacial).
- Normal (patrón mesofacial).
- Larga (patrón dolicofacial).

b) En sentido anteroposterior la relación del maxilar con la mandíbula puede ser:
- Ortognática (recta).
- Prognacia/retrognacia e híper/hipoplasia maxilares.
- Prognacia/retrognacia e híper/hipoplasia mandibulares.
- Combinaciones.

c) En sentido transversal:
- Compresión o dilatación del maxilar superior o la mandíbula.

d) Visión frontal:
- La cara, vista de frente, puede ser simétrica o asimétrica.

Estos patrones están condicionados genéticamente, pero además pueden verse alterados por factores ambientales. Las desviaciones pequeñas de la normalidad no han de considerarse patológicas, pero el Cirujano Dentista debe desarrollar una sensibilidad visual para detectar las verdaderas anormalidades del desarrollo y crecimiento de la cara.
Algunos de estos trastornos forman parte de síndromes generales y constituyen una expresión muy accesible de algunos de ellos, cuyas manifestaciones a nivel de otros órganos y aparatos pueden pasar desapercibidas.

Aunque muchas de las alteraciones del desarrollo de la cara exigen un tratamiento quirúrgico (por lo general cuando termina el crecimiento), otras son susceptibles de una cierta "reconducción" por medios ortopédicos a edades tempranas.
El Cirujano Dentista de practica general debe referir al especialista correspondiente a aquellos niños que presenten alteraciones esqueléticas –prognacias maxilares o mandibulares, compresiones palatinas uni o bilaterales (que pueden manifestarse o no con mordida cruzada), asimetrías faciales...– ya desde los 5 ó 6 años. Los tratamientos ortopédicos, cuando son eficaces, lo son mucho más a edades tempranas en las cuales las suturas del complejo máxilofacial están todavía muy poco osificadas.

Además, derivar al especialista (pediatra) para actuar sobre aquellos factores ambientales capaces de influir negativamente sobre el desarrollo facial. En este sentido hay que subrayar la importancia de la permeabilidad de la vía respiratoria superior incluidas la cavidad nasal, la nasofaringe y la orofaringe. Al valorar la indicación de la adenoidectomía y la amigdalectomía habría que añadir a los factores que habitualmente se tienen en cuenta – riesgo de fiebre reumática, otitis de repetición, hipoacusia, etc. – los efectos sobre el desarrollo del tercio inferior de la cara (el llamado síndrome de microrrinodisplasia).

El Cirujano Dentista debe combatir los hábitos como la succión prolongada del chupete y el pulgar y la utilización de biberones con el orificio de salida muy grande después del período de lactancia normal. Asimismo, debe desaconsejar el consumo sistemático de alimentos triturados una vez que el niño dispone de dientes para poder desarrollar una masticación normal. Una "hipofunción masticatoria" constituye una falta de estímulo para el desarrollo del entorno músculo esquelético del tercio inferior de la cara.

12.4 DETECCION PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (ATM)

La anamnesis inicial es básica. Se debe investigar sobre la presencia de actividades parafuncionales (interrogar al paciente sobre un posible bruxismo, rechinar de dientes o cualquier otro hábito oral), que pueden desarrollarse por mecanismos subconscientes, y actividades funcionales (hablar, masticar, deglutir, cepillarse los dientes, afeitarse, lavarse), así como el efecto de la tensión emocional y la fatiga.

Es importante anotar la presencia de antecedentes médicos y farmacológicos, y la posible relación con otras manifestaciones dolorosas, así como la realización de un estudio

psicológico en casos de dolor crónico. Deben investigarse los puntos concretos referentes al dolor orofacial, incluida la localización del dolor, la forma de inicio, las características propias de éste, los factores que lo agravan o mitigan, etc.

La articulación temporomandibular (ATM) debe ser examinada de forma activa, con la boca abierta, o de forma pasiva, con la manipulación mandibular por parte de un examinador. El grado de apertura y desviación debe monitorizarse para una correcta evaluación del tratamiento. La apertura interincisal normal es de unos 53-58 Mm, en función de la edad. El paciente debe abrir la boca lentamente, hasta hallar la distancia entre los bordes incisales de los maxilares superior e inferior. Se mide en dos posiciones, la primera en la apertura de máxima comodidad para el paciente y la segunda intentando que fuerce la apertura al máximo. En ausencia de dolor, las dos medidas coinciden. Se considera una restricción de la apertura bucal cuando la distancia es menor de 40 Mm, medida normal en los niños menores de 6 años de edad y en un 15% de los pacientes ancianos. Debe examinarse también la fuerza de apertura bucal, en la que hay que considerar cualquier movimiento y desviación. La protrusión activa mandibular es normal a una medida de 10 Mm y el movimiento lateral debe ser equidistante con la línea media (es normal una distancia de 10 Mm por cada parte). La irregularidad del movimiento articular debe observarse en la exploración dinámica mandibular y registrar cualquier movimiento limitado o que siga un trayecto inusual.

Palpación articular. Las maniobras correctas de palpación articular comportan 3 fases:

1. Palpación lateral de la articulación con la boca cerrada.

2. Palpación lateral articular durante la apertura y el cierre.

3. Palpación digital detrás del cóndilo con la boca totalmente abierta

Los sonidos articulares pueden ser tanto clics como crepitaciones, apreciables a la palpación digital. Una exploración más exhaustiva se realiza con la colocación de un estetoscopio encima de la articulación. Es importante realizar la exploración para diferenciar el tipo de sonidos y además conocer si éstos se producen durante la apertura, el cierre, o durante ambas acciones. Sin embargo, debemos saber que la ausencia de sonidos en la exploración local no indica una correcta posición del disco. Se han hallado desplazamientos discales en un 15% de las articulaciones estudiadas mediante artrogramas con una exploración negativa para los sonidos.

Es de gran importancia la exploración dental, que debe ser adecuada y cuidadosa. Va dirigida a la detección de caries, la restitución dentaria, el uso de dentaduras y los puntos de presión dental. El aspecto más importante es la evaluación de la estabilidad y las roturas que puedan comportar la alteración de la oclusión.

La exploración física debe acompañarse de una exploración de los nervios craneales y de la musculatura adyacente, aunque no precisa una alta complejidad. Cada par craneal debe evaluarse mediante los procedimientos o maniobras usuales. No debe olvidarse además la posible clínica ocular y la exploración auditiva, ya que el 70% de los pacientes puede presentar malestar en el oído. El dolor y la disfunción cervical deben estudiarse junto con la movilidad y la reproducción del dolor de la zona cervical. La palpación muscular y tendinosa de la zona debería realizarse siempre en esta exploración. Se debería palpar el músculo y el tendón temporal, los músculos masetero, esternocleidomastoideo y los cervicales posteriores (trapecio, esplenio y elevador de la escápula), que intervienen de forma indirecta en la función de la articulación.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

La mayoría de los pacientes con dolor en la ATM no precisa complejas exploraciones complementarias. Un estudio inicial comporta la realización de una ortopantomografía, básicamente para detectar las posibles alteraciones mandibulares o dentales. Pero en esta técnica, las alteraciones de la ATM deben ser consideradas con precaución. Las variaciones anatómicas y los cambios posicionales del cóndilo pueden considerarse patológicos y sólo los grandes cambios son apreciables correctamente[4].

La radiología simple ayuda a diagnosticar y descartar los cambios degenerativos de la articulación. En la osteoartrosis, uno de los cambios radiológicos iniciales es la osteoesclerosis subcondral del cóndilo temporomandibular, que puede progresar a un aplanamiento del cóndilo con formación de osteofitos marginales. En fases más avanzadas puede detectarse una formación de quistes y el estrechamiento del espacio articular.

12.5 APLICACION DE FLUOR: (ver Guía clínica odontológica – ESSALUD, 2010)

12.6 PROFILAXIS Y DESTARTRAJE

La limpieza dental profesional, también conocida como "profilaxis dental", es el procedimiento odontológico de mayor importancia para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental.

Generalmente tenemos la creencia de que haciéndonos una limpieza dental profesional de vez en cuando es más que suficiente, lo que es completamente falso. Lo ideal es hacer dicho procedimiento cada 6 meses, pero no confundamos, la limpieza dental profesional es de carácter básicamente preventivo y puede beneficiarnos de muchas maneras, pero no será suficiente para combatir y erradicar la caries dental y otras afecciones previamente establecidas de largo tiempo de evolución.
El destartraje es el procedimiento dirigido a la eliminación de la placa y del sarro de la superficie dentaria, la cual puede ser supragingival o subgingival. El objetivo del destartraje supragingival es eliminar los depósitos duros de la corona clínica del diente.

Cabe señalar que existe una amplia variedad en cuanto a la forma de llevar a cabo la profilaxis y destartraje; esto principalmente está en función del equipo con que cuenta el cirujano dentista, así como en la habilidad y conocimientos que éste tenga. Actualmente contamos con los aparatos más avanzados para tal efecto, realizando de esta manera, una limpieza dental profesional a efectuar en una misma cita:

- Eliminación del sarro dental por medios manuales y/o ultrasonidos.



- Remoción de manchas dentales y pulido especializado con pasta abrasiva (pasta profiláctica)



- Eliminación profunda de la placa dentobacteriana con el sistema a base de bicarbonato de sodio a presión.

XIII DESCRIPCION DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS RECUPERATIVOS

Los procedimientos recuperativos que deben de realizarse en los centros asistenciales de Atención Primaria son exclusivamente atenciones de un primer nivel de atención, no están implementadas para atender: las emergencias, hospitalización, intervenciones quirúrgicas que requieran hospitalización, rehabilitación compleja. Todo ello deberá ser derivado a los establecimientos de mayor nivel de resolución de la red de servicios de EsSalud, de acuerdo a los mecanismos de referencia establecidos.

Tampoco son prestaciones de primer nivel, los procedimientos de ayuda al diagnóstico que impliquen un manejo especializado de los casos, como son la resonancia magnética, tomografías etc.

Los hospitales con población adscrita deben aplicar la cartera de servicios de atención primaria y realizar procedimientos recuperativos de mayor complejidad por su nivel de resolución.

Las prestaciones recuperativas odontológicas para el primer nivel de atención son eminentemente procedimientos o trabajos odontológicos tomados en base al tratamiento de las enfermedades odontológicas más comunes. Las atenciones son como sigue:

1. Restauraciones concluidas con material : amalgama, resina y ionómero de restauración
2. Obturaciones provisionales con cemento base
3. Exodoncias dentarias simples, complejas que incluyen el manejo de los procedimientos y complicaciones pre y post operatorias
4. Tratamiento de enfermedad de tejido de soporte del diente: destartraje, alisado, curetaje y raspaje radicular.
5. Tratamiento de pulpotomía.
6. Otros procedimientos de menor complejidad (pericoronaritis, alveolítis, entre otros)
7. Radiografía: oclusal, periapical (adulto y niño).

XIV PRESTACION COLECTIVA

14.1 PRESTACION COLECTIVA EN ODONTOLOGIA

Actividades destinadas a fomentar la salud del individuo y de la colectividad según su ciclo de vida o de acuerdo a la realidad local. Se brindan sobre la ejecución del eje temático de Higiene y Salud Ambiental a través de charlas, talleres, visita a empresas y actividades de comunicación masiva. Cuenta en el centro asistencial con la guía de las actividades colectivas.
El odontólogo debe programarse actividades colectivas coordinando con el equipo interdisciplinario del centro asistencial.

14.2 EJE TEMATICO DE HIGIENE Y AMBIENTE

Son actividades de promoción de la salud que se desarrollan con grupos de personas según ciclo de vida o de acuerdo a la realidad local. Se brindan sobre la ejecución de ejes temáticos.
Las prestaciones colectivas comprenden: charlas, talleres, visita a empresas y actividades de comunicación masiva. Estas se pueden desarrollar en el centro asistencial ó en locales comunitarias, públicas ó privadas.



- Charlas
- Talleres
- Visita a empresas
- Actividades de comunicación masiva

EDUCACION GRUPAL

- Intervención en salud dirigida a grupos homogéneos, para abordar un determinado problema de salud bucal.
- Objetivo: Informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes
- Ámbito de acción: Comunidad, colegios, centros laborales, servicios de salud, grupos organizados
- Recursos educativos: Charlas, talleres, videos, coloquios, etc.

EDUCACION MASIVA

- Intervención en salud bucal para cambiar conductas o actitudes muy arraigadas en la población.
- Objetivo: Poner en práctica formas educativas dirigidas a fomentar la salud bucal de una población.

- Ámbito de acción: Población general
- Recursos educativos: Carteles, folletos, murales, la prensa, radio, TV, etc.
-

TEMAS EDUCATIVOS DE ACUERDO ALGRUPO ETAREO:

- **Niño**- Salud bucal: Higiene bucal, Importancia del flúor en los dientes, Manejo de hábitos bucales nocivos que producen problemas odontológicos y caries de aparición temprana.
- **Adolescente**- Salud bucal: Higiene bucal, Importancia de la estética dental en su calidad de vida
- **Adulto**- Salud bucal: Higiene bucal, Enfermedad de tejido de soporte del diente. Relación de enfermedades sistémicas, tabaco, alcohol y medicamentos con enfermedades de la cavidad bucal (cáncer bucal). Salud bucal en pacientes crónicos
- **Adulto mayor**- Salud bucal: Higiene bucal. Enfermedad de tejido de soporte del diente. Relación de enfermedades sistémicas, tabaco, alcohol y medicamentos con enfermedades de la cavidad bucal (cáncer bucal). Cuidado de prótesis dental. Salud bucal en pacientes crónicos
- **Gestante**- Salud bucal: Higiene bucal. Enfermedad de tejido de soporte del diente. Gingivitis del embarazo.

XV BIBLIOGRAFIA

1. Bascones, A., Bullón, P., Castillo, JR., Machuca, G, Manso, F., Serrano J.: Bases farmacológicas de la terapéutica odontológicas. PP. 563-578.Ediciones Avances Médico-Dentales, S.A. 2000. ISBN/D.L.:84-87922-000-9
2. ESSALUD: Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2008
3. Estrategia para el mejoramiento de la salud general en las Américas, a través de avances críticos en la salud oral. El Camino hacia delante: 2005-2015 OPS. 5 Pan American Health Organizations. XL Meeting. Washington, D.C.sept. 1997
4. Harris NO, García Godoy F. Odontología Preventiva Primaria: Manual Moderno. 2001
5. Hassi, J. Evaluación y control de malos hábitos bucales. Enfoque Multidisciplinario. Revista Sociedad Chilena de Odontopediatría. Vol. 12:8-9. 2001
6. Llamas, R., Sánchez, R., Bonilla, V., Herrera, M., Pastor, C. La caries, una enfermedad actual (III). Características Morfológicas de la Caries de Dentina. Revista Eur. Odonto-estomatológica. Vol. 12.2000. pp.191-202
7. ESSALUD: Manual de procedimientos odontológicos en Atención Primaria. 2005
8. ESSALUD: Manual de procedimientos odontológicos en Atención Primaria. 2009
9. MINISTERIO DE SALUD: Norma de actividades promocionales y preventivas específicas de la atención odontológica infantil. Departamento Odontológico. Santiago-Chile.1998. 11, 12.
10. MINISTERIO DE SALUD: Pautas de evaluación Buco-dentaria. Departamento de Salud Bucal. Santiago-Chile. 2006. 5,
11. Norma de Usos de Fluoruros en Odontología Gobierno de Chile. Ministerio de Salud División de Salud de las Personas Departamento Odontológico 1998
12. Odontología en medicina biológica. Disponible en: www.vsc.edu.co/investiga/biomateriales/documentos/odontologiaenmedicinabi
13. Schellhorn, C.: Control Odontológico del Niño Sano. Manual de Odontopediatría Preventiva para el Equipo de Salud. Ediciones de material didáctico ATOS. Santiago. 1992.
14. Secretaría de Salud, Manual para el Uso de fluoruros dentales en la República Mexicana. SSA. CENAVECE. 2007.
15. Secretaría de Salud. Programa de Salud Bucal. Encuesta Nacional de Caries Dental 2001. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. México. 2006.
16. Segura, J.J.: Higiene Bucodental: Organización y Gestión del área de trabajo. Interamericana de España, S.A.U. Mcgraw.2000.ISBN/D.L.:84-481-2608-4
17. WHO Oral Health Country. Headquarters Geneva, Oral Health Program (NPH). Disponible en: http://www.whocollab.od.mah.se/amro/mexico/data/mexicocar.html, consulta 30-01-2008.
18. Olimon KM: Fundamentos de Epidemiología Ediciones Díaz de Santos, S.A. España, 1990.
19. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Dirección Nacional de Estomatología. Feb. 2003
20. Mena A, Riviera L: Epidemiología Bucal (Conceptos Básicos). OFEDO – UDUAL. Caracas, Venezuela, 1991.
21. Katz, McDonald, Stookey: Odontología Preventiva en acción. Editorial Científico Técnico. 1997
22. Colectivo de autores. Guías Prácticas. Cap. 8. Indicadores epidemiológicos. MINSAP. 2004.
23. Sosa M, Mojáiber A: Análisis de la Situación de Salud en las Comunidades. "Componente Bucal". Una Guía para su ejecución". Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. Cuba, 1998.
24. Colomer Concha: Promoción de la Salud y Cambio Social. Editorial Masson, Barcelona. 2000.
25. Instituto Nacional de Salud. Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo. Madrid. 1999.
26. Salleras Luis: Educación Sanitaria: principios, métodos, aplicaciones. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid ,1990.
27. Zurro Martín: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Volumen I. Cuarta Edición. Editorial Harcourt Brace. 1999.

XVI ANEXOS





EsSalud

FICHA CLINICA ESTOMATOLOGICA

CENTRO ASISTENCIAL		LOCALIDAD			Nº H.C.
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES			AUTOGENERADO
FECHA EXAMEN	G. INST/PROFESIONAL/OCUPACION	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	FECHA NACIMIENTO

ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA

TIEMPO DE ENFERMEDAD, FORMA DE INICIO, EVOLUCIÓN, SIGNOS Y SINTOMAS

Antecedentes Personales:

Antecedentes Odontoestomatológicos:

Antecedentes Familiares:

	Si	No	No sabe	Observaciones :
¿ Ha tenido alguna complicación por anestesia ?	☐	☐	☐	
¿ Es alérgico a algún medicamento ?	☐	☐	☐	
¿ Es Ud. propenso a hemorragias ?	☐	☐	☐	

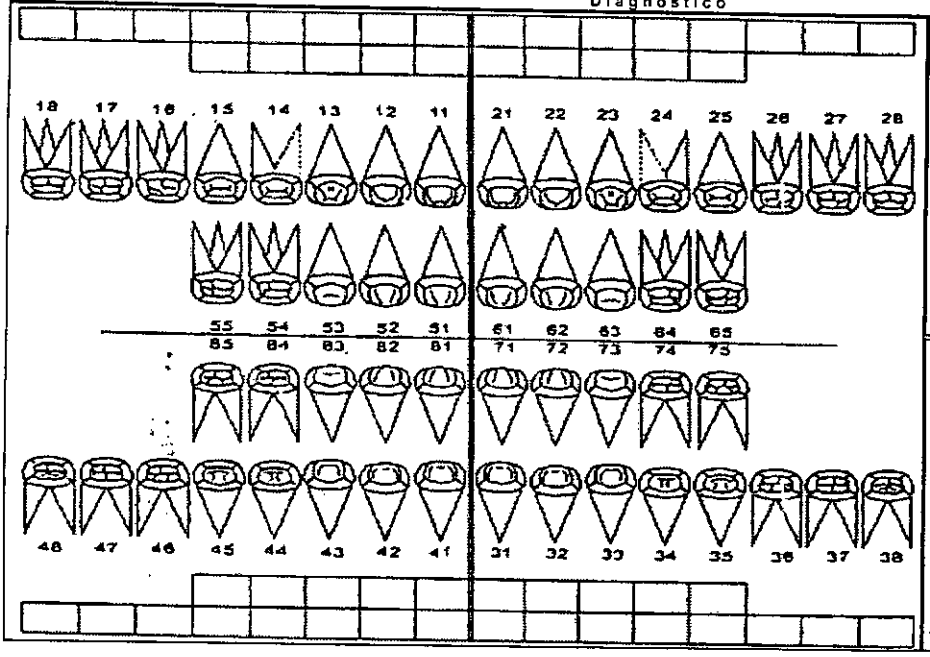
EXAMEN CLINICO

Ex. ExtraOral	N	P	Observaciones	Ex. IntraOral	N	P	Observaciones		N	P	Observaciones
Cara				Labios				Frenillo			
Cuello				Carrillos				Paladar Duro			
Piel				Fondo Surco Vest.				Paladar Blando			
Ganglios				Encia				Lengua			
ATM				Zona Retromolar				Piso de Boca			
				Glándulas Salivales				Oclusión			

ENFERMEDAD PERIODONTAL: P.B.BLANDA ( ) P.B.DURA ( ) CÁLCULOS. INFRA GINGIVALES ( ) BOLSA PERIODONTAL .( )
OBSERVACIONES...

O D O N T O G R A M A

Diagnóstico



Especificaciones

Observaciones

INDICADORES DE RIESGO ESTOMATOLOGICO

INDICE DE PLACA BACTERIANA (I.P.B.)		
0,0- 0,6 (buena)	0,7-1,8 (regular)	1,9- 3,0 (mala)
EXPERIENCIA DE CARIES (E.C.)		
SIN LES. ACTIV. DE CARIES	1 A 4 LES.ACTV.CARIES	>5/=a 5 LES.ACTIV.CARIES
FRECUENCIA DE CONSUMOS DE CARBOHIDRATOS (FCCH)		
HASTA 3 FCCH/DIA	4 FCCH/ DIA	>4 FCCH/DIA
RIESGO ESTOMATOLOGICO (R.E.)		
BAJO	MODERADO	ALTO

Indice de CPOD - ceod

C		c	
P		e	
O		o	
Total		Total	

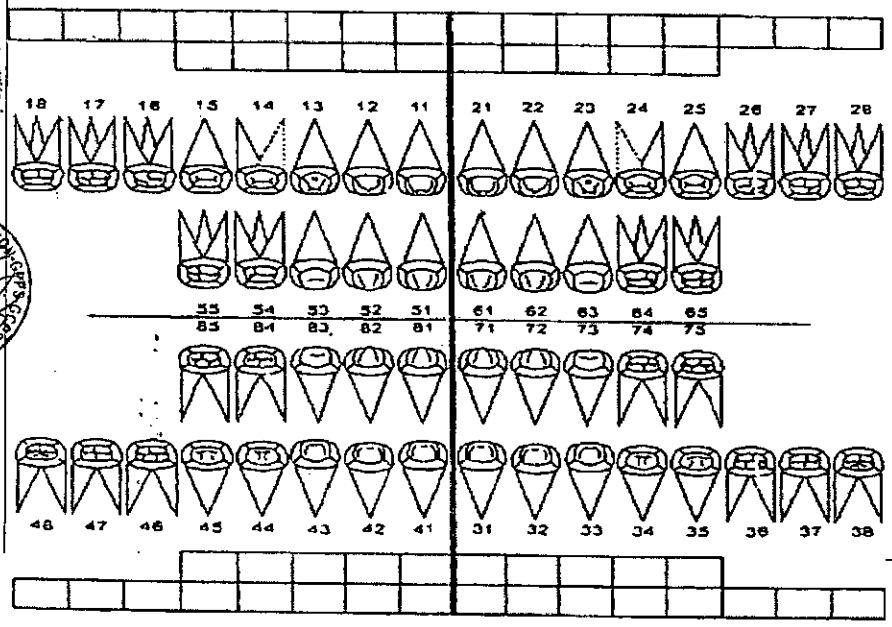
PLAN DE TRATAMIENTO	CANTIDAD	PRIORIDAD	PLAN DE TRATAMIENTO	CANTIDAD	PRIORIDAD
PREVENTIVO			RECUPERATIVO		
Detencion y Elim. de Placa Bacteriana			Obturaciones/ Restauraciones		
Fluorizacion			Alisado y Raspaje radicular (cuadrante)		
Sellantes			Exodoncias		
Profilaxis/destartraje(cuadrante)			Pulpotomias		
Consejeria			Pulpectomias		
Otros			Endodoncias		
			Cirugias		
			Otros		

Exámenes auxiliares e Interconsultas Solicitadas	Diagnóstico Presuntivo / Definitivo

NOMBRE DEL CIRUJANO DENTISTA

FIRMA Y SELLO DEL CIRUJANO DENTISTA

ODONTOGRAMA DE CONTROL



Especificaciones

Observaciones

FECHA:

NOMBRE DEL CIRUJANO DENTISTA

FIRMA Y SELLO DEL CIRUJANO DENTISTA

TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS REALIZADOS

FECHA / N° ACTO MEDICO / HORA	TRATAMIENTO / FIRMA Y SELLO

ANEXO Nº 2

ESSALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD
COMITÉ NACIONAL DE SALUD BUCAL

RED ASISTENCIAL	
CENTRO ASISTENCIAL	

MES		2011

FICHA DE RECOLECCION EPIDEMIOLOGICA DE SALUD BUCAL

INDICE CPOD - ceod

Nº	H.C.I (*)	Genero F	Genero M	Edad	CPOD (**) C	CPOD (**) P (****) EI	CPOD (**) P (****) E	CPOD (**) O	CPOD (**) TOTAL	ceod (***) c	ceod (***) e (****)	ceod (***) o	ceod (***) TOTAL
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													

(*) REGISTRAR SOLO PACIENTES NUEVOS o REINGRESOS
(**) CPOD: Cariados, perdidos y obturados (***) ceod: Incluye EI = Extracción indicada, E= Extraida, (****) e= Extracción indicada

OBSERVACIONES:

CONSOLIDADO			
1	N° CPOD		#¡REF!
2	N° ceod		#¡REF!

Sub-Gerencia de Servicios de Salud Extrahospitalarios - GPAS - SCDS
V°B°
Luis A. Muro
Sub-Gerente
ESSALUD

GERENCIA DE PREVENCION
V°B°
Sub-Gerente
ESSALUD

ANEXO Nº 3

EsSalud

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FICHA EPIDEMIOLOGICA DE SALUD BUCAL- ESSALUD

INDICE CPOD- ceod

La Investigación Clínica del Índice de CPOD- ceod es un estudio de tipo epidemiológico, que nos permitirá cuantificar y comparar la prevalencia de Caries Dental de la población asegurada en EsSalud, por ser una Enfermedad de alta prevalencia y desigual distribución entre la población. Además, permite realizar comparaciones sobre los efectos de las intervenciones en promoción, prevención y recuperación que venimos realizando para el cuidado de la salud bucal de nuestros asegurado; asimismo nos permitirá medir el impacto logrado de la Estrategia Nacional de Salud Bucal de nuestra institución por grupo de edad.

CONSIDERACIONES PREVIAS:

- **Diente erupcionado**: Cuando cualquier parte de él sea visible o pueda ser tocado con el explorador (tomando la precaución debida para no lastimar los tejidos).
- **Dientes supernumerarios**: No son clasificados.
- Dientes perdidos por otra causa que no sea caries dental (por tratamiento de ortodoncia o traumatismo) no se toman en cuenta.
- Dientes con corona total se considera obturado.
- Un diente es considerado presente, aun cuando la corona esté totalmente destruida, quedando sólo las raíces el cual será indicado para la extracción.
- Si un diente permanente está erupcionando y se encuentra presente el deciduo, se registra únicamente la condición del diente permanente.
- Si existe duda entre cariado y sano se clasifica como sano.
- Si existe duda entre 1° y 2° premolar, se clasifica como primer premolar.
- Se considera diente ausente al que no se encuentra en la boca después de tres años de su tiempo normal de erupción.
- El 3er. molar se considera ausente después de los 25 años, sino existe certeza de extracción
- Los dientes con sellantes no se cuantifican

Un diente es considerado con caries cuando:

- Es evidente y obvia una lesión reblandecida en el esmalte y /o la dentina.
- La punta del explorador penetra en tejido reblandecido.
- Cuando esta obturado y cariado, se considera el diagnostico más severo

Un diente no se considera con caries cuando:

- Las fosas o fisuras se encuentren teñidas y no presentan signos visuales de alteración del esmalte.
- No se detecta con el explorador ablandamiento del suelo o las paredes.
- Existan zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte.
- Lesiones que se deban a la abrasión o fractura.

INTRUCCIONES:

- En el recuadro correspondiente a **Red Asistencial**: Solo se colocará el nombre completo de la Red a la cual pertenece el Centro Asistencial en letras mayúsculas.
- En el recuadro correspondiente a **Centro Asistencial**: Solo se colocará el nombre completo del Centro Asistencial en el que esta realizando la recolección de datos.
- En el recuadro correspondiente a **Mes** solo se colocara el mes en el que se realiza la recolección de datos.
- En la columna correspondiente a **HC**: Solo se colocará el **número** de la Historia Clínica del paciente examinado.
- En las columnas correspondientes a género: se colocara solo un aspa (X) en el recuadro que corresponda al sexo del paciente femenino o masculino.
- En la columna **Edad** se colocara la edad exacta del paciente examinado en **números**: 3, 5 o 12 años según corresponda.
- Registro de **CPOD** solo se registrara para **DENTICION PERMANENTE,** considerando al diente permanente como unidad y no como superficie. Se registrara en el rubro correspondiente a niños de 12 años.
  En la columna correspondiente a la sigla "**C**" se colocara el número de piezas permanentes **cariadas** y piezas permanentes con material de **restauración temporal.**

  En la columna correspondiente a la sigla **"P"** se colocaran el número de piezas permanentes perdidas o indicadas para extracción según sea el caso:

  "Ei" se colocara el numero de piezas indicadas para extracción en el momento del examen estomatológico.

  "E" se colocara el numero de piezas dentarias permanentes perdidas o extraídas por lesión cariosa antes de la fecha del examen clínico estomatológico.

  En la columna correspondiente a la sigla **"O"** se colocaran el numero de piezas dentarias restauradas con material definitivo (amalgama, resina y piezas con restauraciones de coronas protésicas)

- Registro de **ceod** solo se registraran para **DENTICION TEMPORAL,** considerando al diente temporal como unidad y no como superficie. Se registrara en el rubro correspondiente a niños de 3 y 5 años.
  En la columna correspondiente a la sigla "**c**" se colocara el número de piezas temporales **cariadas** y piezas temporales con material de **restauración provisional.**

  En la columna correspondiente a la sigla **"p"** se colocaran el número de piezas temporales con extracción indicada por lesión cariosa.

  En la columna correspondiente a la sigla **"o"** se colocaran el numero de piezas temporales restauradas con material definitivo (amalgama, resina y piezas con restauraciones de coronas protésicas)

INDICE DE CARIES	GRADO DE SEVERIDAD
0.0 a 1.1	MUY LEVE
1.2 a 2.6	LEVE
2.7 a 4.4	MODERADO
4.5 a 6.5	SEVERO
Mayores de 6.6	MUY SEVERO

ANEXO Nº 4

TRATAMIENTOS: Sellante, Obturación, Exodoncia u otros			
FECHA/CITA	**ATENCIION RECIBIDA**	**Próxima cita**	**A**
A = ALTA: Cuando has recibido todos los tratamientos que requieres y solo debes acudir a tus controles periódicos con FLUOR, según se te indique			

Foto

EsSALUD
Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud
Estrategia de Salud Bucal

Súper DENTIN, te dice: Cuida tus DIENTES,

Son UNICOS, de ellos depende tú SALUD GENERAL



CARNET de SALUD BUCAL

NOMBRES : .....

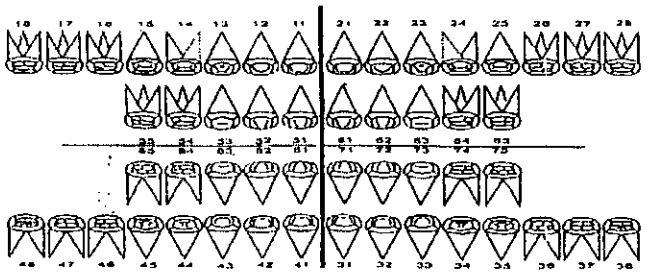
APELLIDOS: .....

EDAD : .....

RECUERDA:

1) Traer este **CARNET**, es obligatorio para atenderte en el Consultorio Dental
2) Verifica siempre los tratamientos que recibes
3) Debes estar siempre atento(a) a tu próxima cita
4) El CEPILLADO DENTAL, la DIETA y el FLUOR son muy importantes, para prevenir la CARIES
5) El tratamiento con **FLUOR, nunca** debe detenerse, se debe aplicar durante todas la etapas de vida
6) Para mayor y mejor información asiste con tu familia a las CHARLAS EDUCATIVAS que se dan en tu centro asistencial

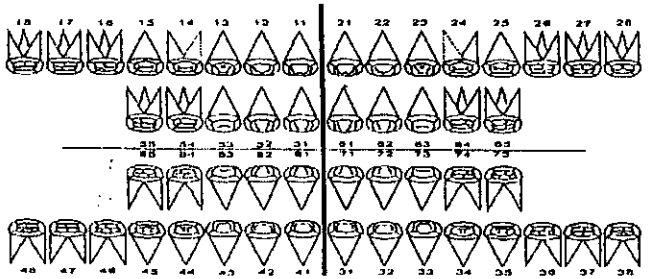
1° ODONTOGRAMA FECHA:



RIESGO ESTOMATOLÓGICO: ALTO | MEDIO | BAJO

HIGIENE:	BUENA	REGULAR	MAL A
Fecha			
Fecha			
Fecha			

2° ODONTOGRAMA FECHA:



RIESGO ESTOMATOLÓGICO: ALTO | MEDIO | BAJO

HIGIENE:	BUENA	REGULAR	MALA
Fecha			
Fecha			
Fecha			
CHARLA EDUCATIVA	/ /	/ /	/ /
FECHA/FIRMA			

PARA CADA CITA TRAER: CEPILLO, HILO DENTAL y VASO

TRATAMIENTO PREVENTIVO : CONTROL con FLUOR			
FECHA - CITAS		PROTEGIDO	ALTA

EsSalud "Año del Centenario de Machu Picchu para el Mundo"

SEGURO SOCIAL DE SALUD
11 JUL 2011
RECIBIDO
Hora: 10:20

CARTA N° 259-GPPS-GCPS-ESSALUD-2011

SEGURO SOCIAL DE SALUD
Gerencia Central de Prestaciones de Salud
21 JUL. 2011
RECIBIDO
Hora: 10:20

Lima, 11 JUL 2011

Señor Doctor
ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
Presente.-

Asunto: "Manual de Procedimientos Odontológicos en Atención Primaria".

Referencia: Carta Nº 092-OAGI-GCPS-ESSALUD- 2011

V°B° Luis A. Muro Sub-Gerente - ESSALUD

V°B° Jorge Valiente E. Sub-Gerente - ESSALUD

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez alcanzar a su despacho, las sugerencias y correcciones emitidas según carta de la referencia, con respecto al documento técnico: "Manual de Procedimientos Odontológicos en Atención Primaria", para su aprobación e implementación del mencionado documento cuyos resultados se reflejará en una mejor calidad de atención.

Sin otro particular quedo de usted

Atentamente,

Dra. NANCY MARTINEZ CARMONA
Gerente de Prestaciones Primarias de Salud (e)
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
EsSalud

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Código.....
Prov. Nº.....
Fecha:..... de..... GCPS-ESSALUD
PARA:
..... del 20 .....
Informe ☐ Proyecto de Rpta. ☐
Atención ☐ Conocimiento y fines ☐
Autorizado ☐
DR. ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud

ABM/NMC/JVE/LMG
Cc: OAGI

NIT: 168-2011-013

EsSalud
MÁS SALUD PARA MÁS PERUANOS

"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

ESSALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD
07 JUL 2011
RECIBIDO
Firma ..... Hora .....

CARTA N° 092 OAGI-GCPS-ESSALUD-2011

Lima, 07 JUL 2011

Señor Doctor
NANCY MARTINEZ CARMONA
Gerente Prestaciones Primaria de Salud
Presente.-

ASUNTO : Opinión al Proyecto de "Manual de Procedimientos Odontológicos en Atención Primaria"

Referencia : Carta N°225-GPPS-GCPS-ESSALUD-2011

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y a la vez hacerle llegar a su Despacho, el Proyecto (**en original**), del "Manual de Procedimientos Odontológicos Atención Primaria", con la opinión técnica de la Gerencia de Operaciones de Salud y/o sugerencias.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Dr. CESAR CARREÑO DIAZ
Jefe de la Of. de Apoyo a la Gestión de Información
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD
Sub-Gerencia de Servicios de Salud Extrainstitucional
08 JUL 2011
RECIBIDO
Firma ..... Hora 12:00

CCD/lv.
168-2011-013

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud
Prov. N° 1433 GPPS-GCPS-ESSALUD
Fecha: 07 JUL 2011 del 20.....
Tramitado a: SGPS
PARA:

Informe	☐	Proyecto de Carta	☐
Atención	☐	Proyecto de Rpta.	☐
Opinión	☐	Conocimiento y Fines	☐
Autorizado	☐	Coordinación	☐
Archivo	☐	Otros	☐

SGPS

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud
Sub-Gerencia de Servicios de Salud Extrainstitucional
Prov. N° SGSSE-GPPS-GCPS-ESSALUD
Fecha: ____ de ____ del 20.....
Tramitado a: Gp. Nuevo
PARA.

Informe	☐	Proyecto de Carta	☐
Atención	☐	Proyecto de Rpta.	☐
Opinión	☐	Conocimiento y Fines	☑
Autorizado	☐	Coordinación	☐
Archivo	☐	Otros	

GERENCIA DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD
V°B°
Dra. N. Martínez C.
GERENTE (e)
GCPS-ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD
08 JUL 2011
RECIBIDO
Firma ..... Hora 9:22

EsSalud "Año del Centenario de Machu Picchu para el Mundo"

SEGURO SOCIAL DE SALUD
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
10 JUN 2011
RECIBIDO
Firma: ..... Hora: .....

CARTA N° 225-GPPS-GCPS-ESSALUD-2011

Lima, 10 JUN 2011

Señor Doctor
ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
Presente.-

Asunto : "Manual de Procedimientos Odontológicos en Atención Primaria"

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez alcanzar a su despacho, el documento técnico: "Manual de Procedimientos Odontológicos en Atención Primaria" con la finalidad de contribuir a desarrollar el componente preventivo, promocional, y recuperativo de la consulta externa odontoestomatologica, a realizar en los Centros Asistenciales de Atención Primaria de EsSalud, lo que permitirá alcanzar un mejor nivel de atención en la población asegurada en el marco de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de EsSalud.

Que siendo una de nuestras funciones establecidas en el nuevo Reglamento de Organización y Funciones con resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230-2008, el diseñar y proponer los documentos técnicos, herramientas de gestión, procesos, procedimientos e indicadores relacionados a la implementación de las Estrategias Sanitarias Nacionales de Inmunizaciones y Salud Bucal a fin de organizar adecuadamente las actividades de prevención y promoción en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud.

Solicitamos su aprobación para la difusión e implementación del mencionado documento cuyos resultados se reflejara en una mejor calidad de atención.

Atentamente,

Dra. NANCY MARTINEZ CARMONA
Gerente de Prestaciones Primarias de Salud (e)
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
EsSalud

ABM/NMC/JMVE/LMG

NT: 168-2011 - 013