



**Ministerio de Salud y
Deportes**

MANUAL DE NORMAS EN SALUD ORAL

Movilizados por el
derecho a la salud
y la vida

2

Serie :Documentos Técnico Normativos

Bolivia – Octubre, 2006

Diagnostico Situacional de la Salud Oral en Bolivia

Ministerio de Salud y Deportes
Dirección General de Servicios de Salud
Unidad de Servicios de Salud y Calidad
Programa de Salud Oral

MANUAL DE NORMAS EN SALUD ORAL

Autoridades Nacionales

Dra. Nila Heredia
Ministra de Salud y Deportes

Dr. Alberto Nogales
Viceministro de Salud

INDICE

Introducción.....	5
Contexto de la Salud oral en Bolivia	10
Situación de los servicios de salud oral.....	24
Propuesta de modelo de atención en salud oral en el Sistema Nacional de Salud.....	46
Promoción, educación y prevención (IEC) en Servicios de Odontología.....	65
Sistemas de Información (SNIS)	70
Investigación Epidemiológica.....	82
Recursos Humanos.....	87
Servicios Odontológicos.....	97
Protocolos de Atención.....	104
Bioseguridad.....	202
Calidad y Acreditación.....	212
Siglas.....	216
Referencias Bibliográficas.....	217
Anexos.....	218

Presentación

Este documento establece aspectos determinantes para la asignación y la gestión de los recursos para la salud oral, con el propósito de fortalecer la organización y prestación de servicios de salud oral en Bolivia. Es indispensable unificar y establecer los criterios de atención a la salud bucal, con énfasis en la prevención, en los sectores público, social y privado. La normatividad para la práctica odontológica, pública, social y privada en el ámbito nacional, es la estrategia de acción más efectiva para mejorar el estado actual de salud bucal de la población boliviana.

Estas acciones tienen como propósito general reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos, como parte del mejoramiento de los estilos de vida.

Así mismo el presente documento refleja la situación actual de la Salud Oral en Bolivia, basado en un estudio minucioso sobre las condiciones en las que se encuentran los establecimientos de salud que prestan servicios de atención en salud oral. Es un intento por encontrar soluciones institucionales al problema de la salud oral en el país.

El estudio examina el problema de Salud Oral en tres apartados: el contexto de la Salud Oral en Bolivia, la situación de los servicios de salud oral, y una propuesta de modelo de atención en salud oral integral en el contexto del nuevo modelo de gestión vigente para todo el Sistema Nacional de Salud del país.

El análisis se basa en el hecho de que los problemas de salud oral (caries y enfermedad periodontal, en particular) no son considerados problemas de salud pública, por lo cual no aparecen consignados en el perfil epidemiológico del país, con la consiguiente subestimación de tan serio problema. Por tanto, el mayor reto es contribuir a cambiar el perfil epidemiológico de la salud bucodental y las características adversas de los sistemas de prestación de servicios de atención odontológica.

Introducción

En el nuevo contexto socioeconómico, político, cultural e ideológico en el que las políticas de salud están siendo transformadas con la misión del mejoramiento de la calidad de vida de la población boliviana, es necesario responder de forma equitativa y eficiente a las actuales necesidades de salud oral que por mucho tiempo ha sido postergada.

El Programa de Salud Oral dependiente de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud y Deportes, ha estimado por conveniente reformular el **“Manual de Normas en Salud Oral”**, para establecer líneas de acción a través de métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, y uniformar criterios de diagnóstico con base en los principios de la prevención de la salud oral, a través de las acciones que incluyen el fomento de la salud bucal, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia, las demandas de atención, y la oferta de los servicios.

Diversos son los factores socioeconómicos - culturales y de conocimientos que intervienen y modulan la percepción del proceso salud – enfermedad bucodental, determinando la demanda de una atención de urgencia de resolución inmediata, que está influenciada por las vivencias subjetivas de problemas reales o supuestos, por los cuales el enfermo busca solucionar “su problema”. Las patologías bucales que afectan a la población son de alta prevalencia y severidad, especialmente en la población infantil, que presenta los mayores daños por no haber accedido a programas preventivos, medidas de autocuidado y tratamientos eficientes y oportunos.

Estudios realizados en la mayoría de los países de Latinoamérica han demostrado que las principales enfermedades prevalentes son la caries dental y las enfermedades periodontales principalmente, con las consiguientes alteraciones del aparato estomatológico; por otro lado los estudios llevados a cabo en las diferentes regiones del país demuestran que la caries continua siendo el principal problema de salud oral de la población boliviana, no teniendo hasta el momento datos respecto a las enfermedades periodontales, por lo que el Programa de Salud Oral pretende realizar investigaciones que aumenten el conocimiento de estas patologías y con retorno de la información a quienes deberán ser protagonistas del cambio referente a una salud oral acorde al avance tecnológico y científico actual.

Las enfermedades bucodentales se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de una inversión económica que rebasa la capacidad del sistema de salud y de la misma población.

Como consecuencia de lo anterior, la sociedad y sus instituciones carecen de la capacidad económica para resolver las necesidades de atención odontológica.

Las enfermedades comunes en odontología se convierten en factores coadyuvantes o predisponentes de enfermedades que afectan a la salud en general como se constituyen las artritis, endocarditis bacterianas, afecciones renales y en mas, las de orden dentario afectando el macizo facial, la articulación témporo mandibular, la erupción dentaria, los

traumatismos dento-alveolares estos últimos infiriendo en temas relacionados con la nutrición, fonación, aspectos estéticos, y de autoestima.

La mayoría de las patologías en Odontología, pueden ser resueltas en el primer nivel de atención por odontólogos generales, capacitados y actualizados, con tecnología accesible a la economía del País.

Sin embargo, no basta tener el conocimiento y la tecnología aceptable, es necesario, indispensable y urgente establecer los criterios de diagnóstico, y tratamiento en la atención bucodental, con énfasis en la prevención y promoción de la salud bucodental, para esto, deben concurrir los sectores públicos, y privados entidades colegiadas, universidades y organizaciones que se encuentran trabajando en esta área, aunando esfuerzos en consolidar la importancia de la salud oral en la comunidad. El Area de Salud Oral dependiente del Ministerio de Salud con base en estos principios ha cumplido asertivamente en reunir estas entidades a fin de lograr la normatividad que deberá regir las acciones de prevención en la práctica odontológica en el ámbito nacional, se considera que es la estrategia de acción más efectiva para mejorar el estado actual de salud bucal de la población.

Estas acciones tienen como propósito general reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos, como parte del mejoramiento del estilo y calidad de vida y por ende la prolongación de la vida que es uno de los objetivos de la salud pública.

La atención a las necesidades de salud bucal de la población se debe orientar, con base en la prevención, a través de acciones de promoción y fomento para la salud buco dental y de protección específica a nivel masivo, grupal e individual. De diagnóstico temprano y tratamiento precoz, de limitación del daño, y de rehabilitación, de control de enfermedades bucales, de hábitos higiénico-alimentarios, eliminación de hábitos nocivos funcionales y parafuncionales, la preservación de ambas denticiones sanas, la vigilancia en el consumo y uso adecuado de los fluoruros sistémicos y tópicos.

En salud bucal, si bien los riesgos vitales son poco frecuentes, se presentan también severos compromisos del estado de salud general en ciertos cuadros infecciosos agudos o en grandes traumatismos máxilo- faciales. En estos casos el odontólogo debe intervenir formando parte de equipos de salud multidisciplinarios, puesto que sus conocimientos y destrezas le permiten un trabajo integrado, con una rápida y adecuada evaluación y contribución en el tratamiento indicado.

Finalmente, el propósito de este Documento es actualizar y poner en vigencia la Normativa sobre atención odontológica, con base en Normas que fueron elaboradas en el año 1993. El mismo que busca garantizar estándares de calidad, eficiencia y oportunidad en la provisión de servicios odontológicos y por otro lado ampliar la cobertura. Así mismo, pretende llegar a todos los profesionales odontólogos en general, promoviendo una nueva actitud frente a la Salud Bucodental que comprende el desarrollo de una nueva filosofía basada en principios de prevención e impartiendo a la población una escala de valores en lo que respecta a la salud donde la salud bucodental sea asumida como una necesidad vital para la buena nutrición, estética, fonación y la autoestima, entre las principales.

La Odontología restauradora es una parte importante y necesaria pero de ninguna manera exclusiva y esencial en la Atención Odontológica. La elaboración de esta Norma constituye un trabajo integrado, validado y coordinado de un grupo de odontólogos con experiencia en la

Diagnostico Situacional de la Salud Oral en Bolivia

resolución de este tipo de problemas, tanto del primer nivel como del segundo y tercer nivel de atención odontológica.

La situación de Salud Oral, no aparece en el perfil epidemiológico del Ministerio de Salud y Deportes desde el año 1995, la información existente es limitada, sin embargo los datos evidentes revelan la amplitud y severidad del problema que sufre la mayoría de la población boliviana, se observa que la prevalencia de caries es de 84,6% y el índice CPOD es de 4.7 a la edad de 12 años. Datos calificados como severo de acuerdo a los criterios de salud oral de organismos internacionales como OPS. (PROISS). Si a este perfil epidemiológico se agrega la limitación de los recursos odontológicos necesarios para prevenir, curar y rehabilitar toda la patología existente en la población, debemos preveer que se continuará presentando una demanda de atención de urgencias en los servicios odontológicos por algunos años, hasta que se obtenga el impacto esperado con el desarrollo de las estrategias promocionales y preventivas, así como del aumento en las coberturas de atención, mejorar la gestión y por consiguiente aumentar la satisfacción de los pacientes.

Resulta que el 45.83% de la población boliviana se encuentra protegida por un la Seguridad Social que corresponde a las Cajas de Salud. Mas de 3 millones de niñ@s y adultos no tiene un seguro dental, lo cual significa una proporción 3,5 veces mayor que los que disponen de seguro médico. Por cada niño con seguro odontológico, hay 3,6 niños que no disponen de dicho seguro.

Partiendo de que la Salud Bucal es inseparable de la Salud general, por cuanto las enfermedades de la cavidad bucal puedan ser manifestaciones o factores agravantes de ciertos trastornos generalizados por consiguiente, toda medida para conservar la Salud Bucal resulta importante para la salud general.

Estas enfermedades comienzan en los primeros años de vida y por ello nuestro principal esfuerzo tiene que ser dirigido a la atención de las madres y niños incrementándose las acciones preventivas, unido esto a un diagnóstico precoz.

No se puede conceptuar por tanto como sana a la persona que presenta una patología bucal. Los padecimientos más frecuentes en Salud Oral son **caries y la enfermedad periodontal**, la primera afecta provocando la perdida de varios órganos dentarios, sintomatología dolorosa y en muchos casos complicaciones infecciosas que adquieren gravedad en la población desnutrida caracterizada por sus defensas organizas disminuidas. La segunda, si bien no tiene la magnitud de la primera, puede causar la perdida de dientes sanos en la edad adulta.

La caries dental es la enfermedad crónica más común en la infancia 5 veces más común que el resfrío y 7 veces más común que la Fiebre. En menores de cinco años la patología más frecuente sin duda es la caries rampante o de biberón, las manifestaciones de este tipo de caries pueden ir más allá del dolor e infección del órgano dentario, pueden afectar la salud general del niño(a) la disminución de la secreción de la hormona de crecimiento como respuesta a las alteraciones de los patrones de sueño y el aumento general de la relación metabólica durante el curso de la infección, pueden conspirar en el retardo del crecimiento y desarrollo normal del niño (a) con este tipo de patología.

Con la aplicación de este Manual de Normas en Salud Oral, se pretende optimizar y actualizar los servicios odontológicos del país, elevar la calidad y equidad de los mismos con énfasis en la prevención, la disminución de costos y la reducción en la mayor medida posible,

Manual de Normas en Salud Oral

de los problemas derivados de la mala práctica; todo esto, con el propósito de mejorar el nivel de salud bucal de la población, y de crear una nueva cultura: La Cultura de la Salud.

Este manual busca la aplicabilidad de la Resolución Ministerial No. 0091 que aprueba el Programa Nacional de Salud Oral cuyo objetivo es elevar el estado de Salud Oral y la Resolución Ministerial No. 0035 del 9 de febrero de 2004 que declara en su *artículo primero* la Salud Oral de interés nacional por cuanto es un elemento fundamental para la salud integral en cuanto concierne a la prevención y protección de la salud del pueblo boliviano, y en su *artículo segundo* declara la Semana de la Salud Oral, la primera semana del mes de octubre de cada año, quedando encargado del cumplimiento de la presente resolución el Área de Salud Oral.

Objetivo General:

- Establecer Normas y procedimientos de atención odontoestomatológicas de aplicación nacional a fin de elevar el estado de salud bucodental de la población boliviana en el marco del respeto de la interculturalidad.
- Fortalecer el Programa de Salud Oral a fin de que cumpla el rol rector que le corresponde en todas y cada de las instituciones que prestan servicios de atención odontológica a fin de que las mismas se otorguen con calidad, calidez, eficiencia y oportunidad a la población mediante un sistema que incremente las acciones de promoción, prevención y rehabilitación de la salud bucodental.

Objetivos Específicos:

- Difundir las Normas de atención odontológica a nivel nacional a fin de que se desarrollen las acciones de promoción y fomento, tratamiento y rehabilitación
- Lograr criterios de diagnóstico y tratamiento uniformes en las Instituciones que tienen que ver con los procesos de atención.
- Desarrollar un sistema de registro e información estandarizado que permita la programación, supervisión y evaluación del programa nacional de salud oral.
- Lograr una adecuada coordinación intra- intersectorial e interinstitucional a fin de proporcionar una atención integrada, eficaz, oportuna y eficiente.
- Lograr una activa participación de la población organizada a través de sus representantes en la programación, ejecución, supervisión y evaluación de acciones de Salud bucodental.

Obligatoriedad y campo de aplicación:

Todo profesional odontólogo que preste servicios de Salud en todas las instituciones públicas y privadas pertenecientes al Ministerios de Salud y Deportes deberá regirse a dar cumplimiento al presente documento:

Dando cumplimiento a la ley (SUMI - Seguro Universal Materno Infantil) 2426 de 21 de noviembre de 2002 Art. II , Inc. II Las disposiciones de esta ley son de orden publico tienen carácter obligatorio y coercitivo para todo el sistema de nacional de salud, prefecturas,

Diagnostico Situacional de la Salud Oral en Bolivia

gobiernos municipales, el sistema de seguridad social de corto plazo y, sin excepción alguna, para toda las cajas de salud y aquellas instituciones sujetas a convenios.

Que el personal odontológico tenga conocimiento de las normas y procedimientos que le permitan su aplicación a nivel nacional que para este efecto han sido aprobadas.

Observancia de la Norma

Esta Norma es de observancia obligatoria en todos los establecimientos de salud de los sectores público, social y privado que realicen acciones odontológicas para el fomento de la Salud Bucal, en base al mejoramiento de los servicios y la actualización continua del profesional.

La vigilancia del cumplimiento de esta Norma corresponde al Area de Salud Oral dependiente de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad perteneciente al Ministerio de Salud y Deportes y a su vez a los Servicios Departamentales de Salud en sus respectivos ámbitos de competencia.

Contexto de la Salud Oral en Bolivia

Apartado I

Bolivia es un país complejo, plural y diverso que se caracteriza por su variedad geográfica y étnica. Existe concentración poblacional en la región andina, constituida por aymaras y quechuas en su mayoría; y dos terceras partes del territorio nacional corresponden a los valles y llanos orientales habitados principalmente por tupí guaraníes y pequeños grupos étnicos selváticos. Actualmente se conoce que existen más de 32 grupos étnicos, con características propias y que también forman parte de los antecedentes histórico culturales del país; entre éstos se destacan: los chiriguano, guarayos, chiquitano, moxeños, chimanes, ayoreos, itonamas, movimas, yuracares, tacanas, mosetenes, sirionos, entre otros^{1/}.

Es así que, sobre esta pluralidad y diversidad característica del país, se debe construir un nuevo concepto de salud en el cual tanto personas como comunidades puedan lograr, mantener o recuperar su salud, y no sólo sea una consecuencia del tratamiento de lesiones o enfermedades que se presentan en un momento determinado de la vida. Considerando los problemas de salud oral que la población boliviana padece, se debe reconocer además, que existen causas biopsicosociales que son determinantes en la aparición, comportamiento, prevención y tratamiento de las patologías bucodentales.

La salud oral es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud del país debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas de prevención. Una variedad de enfermedades sistémicas o bien sus secuelas, como la diabetes, el cáncer de la cavidad bucal y de la faringe, producen manifestaciones en forma de caries dental, enfermedades periodontales y pérdida de dientes.

Las enfermedades orales constituyen un problema importante de salud pública. La razón de ello es su alta prevalencia, la demanda pública y su impacto sobre las personas en la sociedad: en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional, así como su efecto sobre la calidad de vida.

Los niveles de pobreza como consecuencia de la exclusión social aumentan, lo cual influye de manera determinante en la salud general y por tanto, también en la salud oral de la población, por lo que se incrementan las necesidades de tratamiento odontológico.

Los grupos más desfavorecidos (discapacitados, minorías étnicas, económicamente débiles, etc.) sufren más enfermedades bucodentales que el resto de la población, lo que se ve fielmente reflejado en el progresivo aumento de pacientes en las salas de espera de los establecimientos de salud públicos que cuentan con este servicio.

^{1/} Características sociodemográficas de la población indígena. INE 2003.

Diagnostico Situacional de la Salud Oral en Bolivia

El enfoque multifactorial permite visualizar la necesidad de un abordaje multidisciplinario e intersectorial para encontrar soluciones viables a la situación de la salud oral en Bolivia.

1.1. Aspectos demográficos, económicos y sociales.

Situación Demográfica

La población boliviana, de acuerdo al último Censo Nacional de población y vivienda realizado el 2001, es de 8,274,325 habitantes^{2/}, presentando una tasa de crecimiento intercensal de 2.74% y una densidad de población de 7.56 habitantes /km².

El 62.43% de la población reside en el área urbana (5,165,882 habitantes) y el 37.57% en el área rural (3,108,443 habitantes). El 50.16% son mujeres y el 49.84% son hombres.

La población indígena alcanza a 4,133,138 personas (49.95%), siendo el porcentaje más alto registrado en el departamento de Potosí, donde cerca del 81% de la población es indígena, mientras que en Pando son menos del 14%. Las precarias condiciones de vida y los elevados niveles de pobreza que presenta esta población, han obligado a muchos a dejar su lugar de origen en busca de nuevas oportunidades y mejores condiciones de vida; del total de esta población, el 44.94% residen en el área urbana y el 55.06% en el área rural^{3/}.

Según el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, la población de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) es de 2,271,955 lo cual significa que cinco de cada diez mujeres están en capacidad de procrear. La tasa global de fecundidad es de 3.8 hijos por mujer, siendo en el área rural mayor (5.5 hijos / mujer) que en el área urbana (3.1 hijos / mujer)^{4/}.

Situación Económica y Social

La tasa de crecimiento de la economía durante estos dos últimos años fue de 2.45%, sin embargo la tendencia es a reducirse, esperando para este año una tasa de crecimiento no mayor al 2.15%.

A la base de las nuevas medidas económicas, está la realidad de que más de la mitad de la población (58.6%) equivalente a 4,695,464 personas viven en la pobreza, residentes en viviendas que no reúnen las condiciones apropiadas, carecen o presentan inadecuación de servicios de agua y saneamiento básico, utilizan combustibles no adecuados, tienen bajos niveles de educación y manifiestan inadecuada atención en salud^{5/}.

El ingreso económico mensual de los hogares per capita es de Bs. 380.40, con lo cual éstos, escasamente pueden acceder a la canasta familiar básica^{6/}.

La tasa de desempleo abierta en el área urbana es de 8.50; la población desocupada alcanza a 224,403 personas^{7/}; en general existe una tendencia al desempleo, aumento del trabajo informal y de la actividad delincinencial.

^{2/} Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Censo 2001.

^{3/} Características sociodemográficas de la población indígena. INE 2003.

^{4/} Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003. Informe preliminar.

^{5/} Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Censo 2001.

^{6/} INE. Censo 2001.

^{7/} Datos preliminares 2002. INE

El idioma oficial del país es el castellano. Cerca del 88% de la población de 6 años o más de edad, habla este idioma. Los idiomas o lenguas indígenas quechua y aymará, seguidos del guaraní, son los principales idiomas en los que aprendieron a hablar la población indígena. La práctica de una lengua indígena es uno de los aspectos más importantes relacionado con la transmisión de la cultura; en este sentido, si bien la población indígena que habla castellano representa un porcentaje alto, los que hablan algún idioma nativo alcanzan al 95%. Los resultados del Censo 2001 permiten observar que existen tres idiomas o lenguas predominantes que son habladas por la población indígena: el 68.92% habla el idioma castellano, el 55.19% quechua y el 36.90% aymará; el resto de los idiomas o lenguas son hablados por apenas el 2% de la población indígena^{8/}.

De acuerdo a datos del INE, el 13% (seiscientos setenta mil setenta y cinco personas) de la población de 15 años y más no sabe leer ni escribir, siendo mujeres la mayoría de analfabetas. La tasa de analfabetismo es de 13.28 (%). La tasa de asistencia escolar de la población de 6 a 19 años es de 79.71 (%).

1.2. Estado de Salud

1.2.1. Alimentación, nutrición y salud

La dieta del boliviano varía de acuerdo a la región: en las regiones orientales y del valle, se caracteriza por el consumo frecuente de granos básicos como arroz, maíz, carne, raíces y de productos como azúcar, grasas (aceite o mantecas), café y derivados del trigo (pan, pastas, galletas); en las regiones altiplánicas se caracteriza por el consumo de papa, chuño y demás carbohidratos que forma parte obligada de la canasta familiar, también se consume mucho pescado y productos como fideos, arroz, quinua y muy poca verdura; el aporte proteico es muy bajo en relación a los demás alimentos consumidos. La población en general tiende a consumir cantidades excesivas de carbohidratos.

Desde el punto de vista de la Salud Pública, se debería hacer una mayor promoción en contra del excesivo consumo de azúcares altamente refinados, en forma de bebidas azucaradas y caramelos, pues tienden a desplazar otros alimentos nutritivos esenciales.

En Salud Oral, la ingestión excesiva de carbohidratos fermentables provoca una formación rápida de ácidos lo cual acelera el proceso de caries, y más aún si existe la ingestión de grandes cantidades de azúcares refinados durante largos periodos de tiempo como ocurre en los niños en edad escolar, quienes habitualmente consumen considerables cantidades de caramelos entre comidas, como se demuestra al hacer la anamnesis de la historia clínica del paciente en el consultorio. En realidad, no es tanto la cantidad total de azúcares consumidos durante el día lo que importa sino la frecuencia del consumo (número de veces). Por lo tanto, la caries debe ser tratada no sólo por medio de una correcta restauración, sino realizando una corrección de la dieta cuando el análisis nutricional revele una ingestión excesiva de carbohidratos.

La lactancia materna para el recién nacido, proporciona los nutrientes necesarios para su adecuado crecimiento y desarrollo, protege contra la enfermedad y aumenta la expectativa de vida. En Bolivia, se recomienda que las niñas y niños sean alimentados

^{8/} Características sociodemográficas de la población indígena. INE 2003.

Diagnostico Situacional de la Salud Oral en Bolivia

exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, introduciendo a partir de entonces una adecuada alimentación complementaria, manteniendo la lactancia materna por lo menos 2 años. Sin embargo, en el país solo el 17% de los niños de 6 a 7 meses reciben lactancia exclusiva^{9/}.

Aunque la práctica de la lactancia es bastante extendida entre las madres embarazadas, los resultados obtenidos por la ENDSA^{10/} evidencian que la complementación con otro tipo de alimentos se inicia muy tempranamente, lo cual disminuye los beneficios inmunitarios y nutricionales de la leche materna para el niño amamantado. Este factor influye negativamente en el crecimiento y desarrollo de los tejidos orales en particular, y del organismo en su conjunto, exponiendo al riesgo de enfermedades bucodentales al 84.6% de la niñez boliviana.

El total de niños con desnutrición crónica es del 27%, el 8% considerada como severa. El porcentaje más elevado con desnutrición crónica (33%) se concentra en las edades de 12 a 23 meses^{11/}.

Existen más niños con desnutrición crónica en el área rural (37%) que en el área urbana (19%); se destacan los departamentos de Potosí y Chuquisaca con 42% y 37% respectivamente. Entre las madres sin ningún nivel educativo se detectó un 44% de niños con desnutrición crónica y un 14% con desnutrición global^{12/}.

En Bolivia, el 51% de las niñas/os (605,306 niñas/os) menores de 5 años presentan algún grado de anemia, dividida igualmente entre anemia leve y moderada, lo cual equivale a que la mitad de esta población está expuesta al riesgo de enfermar y/o morir, y a tener un bajo rendimiento escolar. Las mayores prevalencias de anemia se presentan en niños menores de 2 años (entre el 70 y el 90%). Entre los hijos de madres muy jóvenes (15 a 19 años), el nivel de anemia alcanza el 73%. En Tarija y Santa Cruz alrededor del 40% de las niñas/os padecen de anemia, en comparación del 60% en La Paz y el 68% en Potosí^{13/}.

1.2.2. Mortalidad

Es importante conocer la esperanza de vida al nacer para establecer un indicador en comparación con la mortalidad a través del tiempo. Para el quinquenio 2000-2005^{14/} se ha estimado que la esperanza de vida al nacer es de 64 años, la cual es cercana al promedio que alcanzó la región de América Latina a comienzos del decenio de 1980 (65 años); situación que evidencia que los riesgos de muerte en Bolivia son, en promedio, significativamente más altos respecto al resto de los países de la región.

Por otra parte, según esta estimación la esperanza de vida de las mujeres es de 66 años, mientras que la de los hombres es de 62 años lo cual significa que la población femenina tiene un margen de aproximadamente 4 años más de vida. La esperanza de vida más baja se registró en Potosí, la cual es de 57.78 años; y la más alta en Tarija con 66.83 años^{15/}.

^{9/} Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Año:2003. (Informe preliminar)

^{10/} Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Año:2003. (Informe preliminar)

^{11/} ENDSA 2003. Informe preliminar.

^{12/} ENDSA 2003. Informe preliminar.

^{13/} ENDSA 2003. Informe preliminar.

^{14/} Características sociodemográficas de la población en Bolivia. INE: 2003.

^{15/} Bolivia: características sociodemográficas de la población. INE 2003.

La tasa bruta de mortalidad anual estimada para el año 2000 fue de 9 muertes por cada 1000 habitantes, con una proyección para el quinquenio 2000-2005 de 8.2 muertes por cada 1000 habitantes.

1.2.2.1 Mortalidad General

Aún no se ha logrado desarrollar en Bolivia un sistema de registro de estadísticas vitales, por lo que no es posible determinar con certeza la estructura de la mortalidad.

Se considera que en todo el país el subregistro de la mortalidad general alcanza a 63%. Esto se atribuye, sobre todo, a las características de las inhumaciones en los cementerios rurales donde casi nunca son registrados, según la Dirección Nacional de Registro Civil.

En un estudio sobre la mortalidad general realizado en el año 2000¹⁶, tomando como fuente de información 21 cementerios, para determinar los grandes grupos de causas de muerte según la lista 6/67 de la OPS (CIE-10), se señala que las enfermedades del sistema circulatorio causaron el 30.3% de las defunciones, las enfermedades transmisibles 12.0%, las causas externas 10.7%, las neoplasias el 8.7%, las afecciones originadas en el periodo perinatal 5.4%, todas las demás causas 22.2%, y los signos y síntomas mal definidos el 10.8%.

De acuerdo a datos registrados por el INE¹⁷ el año 2000, la tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades transmisibles fue de 122.6 X 100,000 habitantes; por enfermedades neoplásicas 73.5 X 100,000 habitantes; por enfermedades del aparato circulatorio 370.3 X 100,000 habitantes; y por causas externas 109.7 X 100,000 habitantes.

La razón de mortalidad materna registrada el año 2001¹⁸, fue de 230 X 100 000 nacidos vivos. Las defunciones registradas el 2002 por: homicidios, suicidios y accidentes de vehículo suman un total de 1482 muertes.

1.2.2.2. Mortalidad Infantil

De acuerdo con las tasas de mortalidad por edad, se observa que los niños son los más afectados por los riesgos de muerte debido a que son más sensibles a los cambios en las condiciones de vida, por esta razón se considera que la mortalidad infantil en particular, constituye un indicador básico y sintético del estado general de la salud y por tanto de las condiciones de vida de la población.

La mortalidad infantil es uno de los principales indicadores de desarrollo económico y social de un país o región, comprende las defunciones en dos grupos etáreos: la neonatal (de 0 a 28 días) y la post natal (de 29 días a 11 meses cumplidos, menor de un año); la mortalidad en la niñez son las muertes ocurridas de los 12 a los 59 meses (menor de 5 años).

La tasa de mortalidad infantil para el quinquenio 1999-2003 se estima en 54 por mil nacidos vivos¹⁹; la tasa de mortalidad neonatal se estima en 27 por mil nacidos vivos; la tasa de

¹⁶ /La salud en las Américas. OPS. Edición de 2002.

¹⁷ /Indicadores básicos de Salud 2003. INE - Bolivia.

¹⁸ / ENDSA 2003. Informe preliminar.

Diagnostico Situacional de la Salud Oral en Bolivia

mortalidad en la niñez (niños menores de 5 años) asciende a 75 por mil nacidos vivos. La mortalidad infantil es de 67 por mil nacidos vivos en el área rural, y de 44 por mil nacidos vivos en el área urbana.

La tasa de mortalidad infantil de Bolivia cuadruplica a la de los países industrializados (13 por mil nacidos vivos)^{20/}. A nivel departamental, Oruro y Potosí presentan las tasas más altas de mortalidad infantil (88 y 72 por mil nacidos vivos, respectivamente), en comparación con Tarija (29 por mil nacidos vivos) o Beni/Pando (33 por mil nacidos vivos).

Se pudo evidenciar que el nivel de instrucción de la madre, la región geográfica, el lugar de residencia y el grado de marginación de los municipios, son factores condicionantes de la mortalidad de la población menor de 5 años: el riesgo de muerte es 2 veces más alto cuando la madre carece de instrucción (87 por mil nacidos vivos) que cuando tiene instrucción media o superior (33 por mil nacidos vivos)^{21/}.

Aproximadamente el 40% de las muertes de menores de 5 años corresponden a niños menores de 1 mes, el 37% a los de 1 a 11 meses y el 23% a niños de 1 a 4 años^{22/}.

Las causas principales de mortalidad en niños menores de 5 años son: el 36% por diarrea, el 20% por neumonía, el 16% por causas perinatales sobre todo por trastornos respiratorios que se presentan durante este periodo, el 3% por enfermedades inmunoprevenibles y un 25% por otras causas.

En ambos grupos de la población esta mortalidad es prevenible ya que están relacionadas a la desnutrición de la madre y el niño, problemas medio ambientales, culturales; y a la falta de control efectivo del embarazo, parto, crecimiento y desarrollo del niño.

1.2.3. Morbilidad

Las principales enfermedades de las cuales padece la población boliviana son, entre otras: las infecciones respiratorias agudas (IRAS), el parasitismo intestinal, diarrea, enfermedades de la piel e infecciones de vías urinarias. De ellas las IRAS son la primera causa a cualquier edad, en el año 2000 fueron atendidos 1,502,221 casos^{23/} ; en general son estados patológicos que están relacionados con la calidad del aire, condiciones de hacinamiento en que vive la mayoría de la población, acceso a agua potable de calidad, condiciones de saneamiento ambiental , situación nutricional y socio económica.

Debido a la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, al aumento de enfermedades crónicas transmisibles y a la incidencia de enfermedades transmitidas por vectores, el perfil epidemiológico del país se considera transicional. La tasa de morbilidad general, según datos preliminares del 2001^{24/}, fue de 16.11%.

^{19/} Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2003 (informe preliminar)

^{20/} Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

^{21/} Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2003 (informe preliminar)

^{22/} La salud en las Américas. OPS. Edición de 2002.

^{23/} La salud de las Américas. OPS. Edición de 2002.

^{24/} INE. Indicadores sociales. 2001.

Respecto a aquéllas enfermedades que influyen de manera directa en la salud mental de la población, se tiene que, según datos de 1994²⁵, del total de la población el 53% de los adolescentes de 18 a 24 años ha empezado a consumir bebidas alcohólicas; el 43% de la población rural de 12 a 17 años se ha iniciado en el consumo de alcohol. En relación a la iniciación en el consumo de tabaco, el 46% lo hace a la edad de 12 a 17 años, y el 48% a la edad de 18 a 24 años. El grupo de edad con mayor riesgo de consumir drogas estupefacientes es el de 12 a 18 años, sin embargo el 4.2% de los consumidores de otro tipo de drogas se han iniciado entre los 5 y 11 años de edad. Se estima que el 69% de los abortos se registran en muchachas de 14 a 19 años.

Dentro de las enfermedades transmitidas por vectores, en el año 2002²⁶ se han reportado 14,276 casos de malaria, el índice parasitario anual (IPA) fue de 4.1 X 1000 habitantes, y se registró que el 40% de la población se encontraba en riesgo de contraer la malaria.

Con respecto a la enfermedad de Chagas, durante 1998 y 1999 se señaló una incidencia de 17,5% de infección tripanosómica²⁷; la prevalencia de esta infección en la población que reside en áreas endémicas se estima en 40%.

En cuanto al dengue, el año 2002 se reportaron 274 casos del tipo de dengue clásico. La leishmaniasis, cuya distribución geográfica corresponde a zonas rurales tropicales y subtropicales del país, reportó el 2000 un total de 1,735 casos.

Dentro de las enfermedades crónicas transmisibles que se presentan, tenemos a la tuberculosis; el año 2002²⁸ se diagnosticaron 9,661 casos nuevos: el 85% correspondían a tuberculosis pulmonar, el 71% a tuberculosis pulmonar BAAR+, el 14% a tuberculosis BAAR- y el 15% a tuberculosis extrapulmonar.

Entre 1985 y 2000²⁹ se registraron en Bolivia 605 casos de SIDA, aproximadamente el 70% de los casos son de sexo masculino y los grupos de edad más afectados son de 25 a 34 años (40%), de 35 a 44 años (25%) y de 15 a 24 años (18%). La tasa de incidencia anual de esta enfermedad, el año 2002³⁰ fue de 23 X 1,000,000 de habitantes; la razón hombre / mujer fue de 8:2.

Dentro de las enfermedades de transmisión sexual, sólo se cuentan con datos de 1999³¹, que indican que la tasa de incidencia de la gonorrea se estimó en 74 X 100,000 habitantes; la tasa de incidencia de la sífilis en 55 X 100,000 habitantes; y la tasa de hepatitis B en 5 X 100,000 habitantes.

1.2.3.1. Morbilidad en Salud Oral

La situación en salud oral, no aparece registrada en el perfil epidemiológico del Ministerio de Salud y Deportes desde el año 1995³², la información existente es limitada, sin embargo los

²⁵/ La salud de las Américas. OPS. Edición de 2002.

²⁶/ Indicadores Básicos de salud 2003. INE – Bolivia.

²⁷/ La Salud de las Américas. OPS. Edición de 2002.

²⁸/ Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

²⁹/ La Salud de las Américas. OPS. Edición de 2002.

³⁰/ Indicadores Básicos de Salud 2003. INE – Bolivia.

³¹/ La Salud en las Américas. OPS. Edición de 2002.

³²/ Programa de Fluoración de la sal en Bolivia. Secretaría Nacional de Salud. OPS/OMS. UNICEF. 1997.

Diagnostico Situacional de la Salud Oral en Bolivia

datos evidentes revelan la amplitud y severidad del problema que sufre la mayoría de la población boliviana.

Estos datos indican que:

- El 95% de la población padece de caries dental
- La prevalencia de caries no tratadas alcanza al 84.6% en niños(as) a los 12 años de edad.
- El Índice CPOD-12 (dientes cariados /perdidos /obturados para niños de 12 años) es de 6.68, considerado como muy alto³³/.

Las infecciones microbianas, incluyendo las causadas por bacterias, virus y hongos, son la causa principal de las enfermedades orales más prevalentes. Como ejemplos tenemos: la caries dental, enfermedad periodontal, herpes labial y candidiasis.

La etiología y la patogenia de las enfermedades y desórdenes que afectan a la cavidad bucal y a las estructuras craneofaciales son multifactoriales y complejas, incluyendo una interrelación entre factores genéticos, ambientales y del comportamiento.

Son muchas las patologías congénitas y heredadas que afectan al complejo craneofacial que provocan muchas veces desfiguraciones e incapacidades en varios órganos y sistemas, y que afectan a millones de niños en todo el mundo.

No se puede conceptuar por tanto, como sana a la persona que presenta una patología bucal. Los padecimientos más frecuentes en Salud Oral son la caries y la enfermedad periodontal; la primera afecta provocando la pérdida de varios órganos dentarios, sintomatología dolorosa y, en muchos casos, complicaciones infecciosas que adquieren gravedad en la población desnutrida caracterizada por sus defensas orgánicas disminuidas. La segunda, si bien no tiene la magnitud de la primera, puede causar la pérdida de dientes sanos en la edad adulta.

En Bolivia, casi todos han padecido la enfermedad oral más común, la caries dental.

La caries dental es la enfermedad crónica más común en la infancia –5 veces más común que el resfrío y 7 veces más común que la fiebre³⁴/.

Es una enfermedad infectocontagiosa, progresiva que si no se atiende debidamente puede dar lugar a la pérdida de los órganos dentarios; en el caso de dientes temporarios puede llegar a la pérdida prematura provocando alteraciones significativas en la erupción de los dientes permanentes, la posición, la oclusión y por tanto en la función de la ATM (articulación temporo mandibular).

En niños(as) menores de 5 años, la caries más frecuente sin duda es la caries rampante o “de biberón” que se caracteriza por la especificidad de las superficies dentarias involucradas y la progresión rápida de la lesión cariosa en superficies de baja susceptibilidad. Las manifestaciones de este tipo de caries pueden ir más allá del dolor e infección del órgano dentario: pueden afectar la salud general del niño(a); el potencial para el aumento de la producción de glucocorticoides en respuesta al dolor, la disminución de la secreción de la hormona de crecimiento como respuesta a las alteraciones de los patrones de sueño y el aumento general de la relación metabólica durante el curso de la infección, pueden conspirar en el retardo del crecimiento y desarrollo normal del niño(a) con este tipo de patología.

Entre los factores causales del alto índice de caries que afecta a los bolivianos, se tienen, entre otros: la desnutrición, la falta de higiene bucal o deficiencia de la misma, el uso

³³/ Anexos: Cuadro 1. Índice CPOD, por grupo étnico, región y estrato socioeconómico. 1995

³⁴/ La salud oral en América. Departamento de salud de los EEUU.

prolongado del biberón, los hábitos alimenticios, que unidos a la falta de educación en salud oral constituyen en esencia el elemento multifactorial que provoca la caries dental.

A menos que se realice un tratamiento oportuno de restauración, la lesión cariosa seguirá destruyendo el diente y con el tiempo causará dolor, infección aguda y requerirá de un tratamiento costoso. Sin embargo, mediante un intervención temprana la caries dental puede prevenirse o tratarse a un costo mucho más reducido.

Sin duda alguna, las enfermedades orales afectan a las personas durante toda la vida, reconociendo que existen ciertos núcleos de población que sufren problemas de salud oral de forma realmente desproporcionada, como lo son aquellos grupos que viven en zonas de extrema pobreza, caracterizados por presentar desnutrición severa y mala alimentación.

Nuevas investigaciones^{35/} apuntan a asociaciones entre infecciones crónicas a nivel oral y enfermedades del corazón, el pulmón, los riñones, poco peso natal y prematuridad. Las alteraciones que afectan de forma severa a la cara y a la expresión facial, como los defectos congénitos, los traumatismos craneofaciales y las enfermedades neoplásicas, son más comunes en los jóvenes que en los adultos. La mayoría de los adultos sin embargo, muestran signos de enfermedad periodontal (gingivitis o periodontitis); las personas con diabetes u otros desórdenes sistémicos tienen un mayor riesgo de presentar enfermedad periodontal.

Los síntomas clínicos de infecciones virales, como el herpes labial o las úlceras orales, son bastante comunes en personas adultas. Los pacientes inmunocomprometidos, como los VIH+ o los transplantados tienen un mayor riesgo de padecer afectaciones orales como la candidiasis, gingivoestomatitis herpética aguda, gingivitis ulceronecrotizante aguda, entre muchas otras. Además, tienen un mayor riesgo de padecer una patología sistémica a partir de una infección oral, al igual que los pacientes que se encuentran hospitalizados.

El hábito de fumar, el exceso de consumo de alcohol y las prácticas dietéticas inapropiadas contribuyen a la aparición de muchas enfermedades y desórdenes. En particular, el hábito de fumar es un factor de riesgo para el cáncer oral y faríngeo, la patología periodontal, la candidiasis y la caries dental, entre otras enfermedades.

Los datos departamentales y nacionales para muchas enfermedades orales y craneofaciales de algunos grupos de la población boliviana, son prácticamente inexistentes. Es necesaria más investigación para desarrollar mejores medidas sobre salud y enfermedad, para explicar las diferencias entre los grupos de población, y para desarrollar intervenciones dirigidas a la eliminación de disparidades.

1.3. Seguridad Social

1.3.1. Seguro Universal Materno Infantil

El 21 de Noviembre de 2002 como parte de la estrategia boliviana de reducción a la pobreza, se promulga la ley No. 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con el propósito de reducir los índices de morbimortalidad materna e infantil.

Ha sido implementado en todo el territorio nacional a partir del 1 de Enero del 2003, con carácter universal, integral y gratuito para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad de corto plazo.

^{35/} Instituto Nacional de investigación odontológica y craneofacial. EEUU.

Diagnostico Situacional de la Salud Oral en Bolivia

Asegura y otorga prestaciones de salud integral a madres hasta los seis meses después del parto, así como a niños y niñas desde su nacimiento hasta los cinco años de edad.

La implementación del SUMI se realiza por medio de las redes de servicios de salud conformadas por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención (de acuerdo a la complejidad) y los Directorios Locales de Salud (DILOS), como la máxima autoridad en la gestión local de cada municipio.

1.3.1.1. Componente odontológico dentro del SUMI

Debido al desafío impuesto por las crecientes necesidades odontológicas y la responsabilidad social de la población, y habiendo demostrado la importante relación que existe entre la salud bucal y la calidad de vida, es que se incorpora por primera vez en Bolivia, dentro de un sistema de aseguramiento público, el componente odontológico conformado por prestaciones tanto para la madre como para el menor de cinco años; aplicadas dentro de un contexto de tratamiento integral del paciente en el que tanto las acciones preventivas como las restauradoras desempeñan importantes papeles.

Actualmente se cuentan con 60 prestaciones odontológicas en el SUMI, que involucran la mayor parte de las patologías bucales, quedando excluidas prácticamente la ortodoncia y la prótesis dental.

Para el año 2003 la población beneficiaria del SUMI estuvo constituida por: 1,210,611 niños (as) menores de 5 años, y 326,173 mujeres embarazadas^{36/} a quienes se otorgaron un total de 8,376,268 prestaciones^{37/} de las cuales 226,702 corresponden a prestaciones de consulta y tratamiento odontológico.

Las atenciones odontológicas más frecuentes fueron^{38/} :

1. Consulta odontológica del niño: 56,554 niños atendidos
2. Caries de dentina: 45,757 piezas dentarias tratadas
3. Fluorurizaciones tópicas: 19,988 niños fluorurizados
4. Exodoncias: 16,058 piezas extraídas
5. Caries de esmalte: 15,124 piezas dentarias tratadas

De todas las prestaciones odontológicas realizadas, 75% fueron realizadas en el primer nivel de atención, 18% en los hospitales de segundo nivel y 5.9% en los hospitales de tercer nivel^{39/}.

De acuerdo al ámbito geográfico, el 44% de las prestaciones fueron realizadas en el área urbana y el 55% en el área rural^{40/}.

El beneficio del SUMI observable durante el año 2003, en lo que a atención odontológica se refiere, está dado por la eliminación de la barrera económica y la facilidad de acceso a los servicios de salud en una gran parte de los departamentos del país; esto se ve manifestado

^{36/} Sistema Nacional de Información en salud. Grupos etéreos para salud. Año 2001

^{37/} Sistema Nacional de Información y Monitoreo del SUMI

^{38/} Anexos: Gráfico 1. Prestaciones odontológicas madre – niño, más frecuentes. SUMI 2003

^{39/} Anexos: Gráfico 2. Atenciones odontológicas del SUMI, por nivel de atención

^{40/} Anexos: Gráfico 3. Prestaciones odontológicas del SUMI, por ámbito y departamento.

en la atención especial de 19,988 fluorurizaciones, 4,219 sellados de fosas y fisuras, y 5,248 pulpotomías; todos ellos absolutamente gratuitos.

1.3.2. Cajas de salud

El seguro médico es un fuerte predictor del acceso al tratamiento odontológico. Los niños no asegurados tienen 3,5 veces menos posibilidades de recibir tratamientos que los asegurados. Los niños de familias sin seguro odontológico tienen 3 veces más necesidades de tratamiento que los niños con seguro público o privado^{41/}.

En Bolivia, de acuerdo a datos obtenidos del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)^{42/}, actualmente se cuenta con 10 cajas y seguros de salud que ofrecen dentro de sus servicios la atención odontológica. La población que cubre cada una de ellas es la siguiente:

	INSTITUCION	No. AFILIADOS
1	Caja Nacional de Salud	1,879,554
2	Caja Petrolera de Salud	111,811
3	Caja Bancaria Estatal de Salud	4,933
4	Caja de Salud de la Banca Privada	30,007
5	Caja de Salud de Caminos	25,396
6	Caja de salud CORDES	28,061
7	Seguros Sociales Universitarios	94,373
8	Seguros Delegados (de COTEL)	2,804
9	Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL)	73,607
10	Seguro de Salud SINEC	4,964
TOTAL		2,255,510

Haciendo un total de 2,255,510 afiliados, que sumados al total de la población beneficiaria del SUMI (1,536,784 personas), resulta que el 45.83% de la población boliviana se encuentra protegida por un seguro de salud^{43/}. Más de 3 millones de niños y adultos no tienen un seguro dental, lo cual significa una proporción 3,5 veces mayor que los que disponen de seguro médico.

Por cada niño con seguro odontológico, hay 3,6 niños que no disponen de dicho seguro. Las disparidades en la salud se distribuyen entre toda la población de los diferentes grupos de edad, y de condición social y económica.

1.3. Principales problemas que determinan la Salud Oral

1.3.1. Económico sociales

^{41/} Instituto Nacional de investigación odontológica y craneofacial. EEUU.

^{42/} INASES en cifras. Año 2001

^{43/} Anexos: Cuadro 2. Seguridad social: Cobertura de la población por departamentos. 2001

Diagnostico Situacional de la Salud Oral en Bolivia

- El desempleo y los bajos salarios, que limitan el acceso a la educación, alimentación y a la atención sanitaria que en el caso de las patologías bucales implica costos de tratamiento muy elevados.
- La condición de pobreza en la cual sobreviven el 58.6% de la población (4,695,464 personas), que dificulta el encontrar alternativas para eliminar las diferencias de clases sociales y por tanto coadyuva a que los factores no deseables para la salud bucodental predominen en la población.
- Los bajos niveles de escolaridad y el analfabetismo (670,075 personas de la población de 15 años y más no sabe leer ni escribir)^{44/}, que no permiten que esta población tenga accesibilidad a una suficiente información que ayude a prevenir el apareamiento de las patologías bucales.
- El destino de los ingresos familiares al consumo de alimentos de bajo valor nutricional y de alto contenido cariogénico (azúcares refinadas, alimentos pegajosos, gaseosas), que afectan a la salud oral y al organismo en su conjunto y que eliminan de la dieta las fuentes nutritivas como las de vitamina C (limones, naranjas, etc.) por ejemplo, y por tanto condicionan a una baja resistencia de los tejidos periodontales y a la instalación de enfermedades en los tejidos bucales de la población que vive en la pobreza.

1.3.2. Biológicos, psicológicos y culturales

- La alimentación de la mayoría de los(as) bolivianos(as), que se basa en carbohidratos de bajo valor nutricional, lo cual no proporciona los nutrientes suficientes (calcio, flúor, vitaminas A, C, etc.) que fortalezcan los tejidos bucales; así mismo la dieta deficiente en fibra que no proporciona los elementos de arrastre mecánico que contribuyen a la higiene bucal.
- La morbilidad prevalente en el país, estados debilitantes que disminuyen o condicionan el requerimiento nutricional necesario para el adecuado desarrollo de los tejidos de la cavidad oral.
- El elevado estrés de vida que repercute en el apareamiento y agravamiento de los problemas estomatológicos (bruxismo, peridontopatías, etc.)
- Las diferentes patologías bucales y sus tratamientos, que pueden disminuir la autoestima y la propia imagen personal, además, pueden interferir en las funciones vitales como la respiración, la alimentación, la deglución, y el habla, así como actividades diarias como las laborales, educativas y familiares.
- La falta de comprensión de lo multiétnico y pluricultural, que influye en el momento de realizar la educación e información en salud oral ya que no se toma en cuenta que existen múltiples lenguas y tradiciones culturales que caracterizan a la diversidad boliviana, y a la cual se debe llegar con mayor incidencia.
- La falta de articulación de los conocimientos eficaces de las medicinas tradicional y moderna para el mejoramiento de la calidad de la salud oral en la población, tomando

^{44/} Bolivia: Características sociodemográficas de la población. INE 2003.

en cuenta que es la única alternativa para aliviar las enfermedades de miles de bolivianos, principalmente en el área rural.

- La discriminación en la prestación de los servicios odontológicos, al no existir accesibilidad geográfica, económica ni cultural; esta última debido a la escasez de personal indígena capacitado en su realidad.
- El conjunto de estos problemas ha conformado una cultura pobre en salud oral, en particular por la gran pérdida de piezas dentarias y por consecuencia de la estética facial, que ve la solución en la prótesis dental.

1.3.3. Institucionales (Ministerio de Salud y Deportes)

- El no reconocimiento real de la caries dental y los problemas periodontales como problemas de salud pública, pese a las graves consecuencias funcionales, estéticas y de autoestima que producen a toda la población.
- La limitada capacidad e importancia que se da a la ejecución de programas de prevención de la caries como el de la Fluoruración de la sal, por no ser una prioridad dentro de las políticas de salud del gobierno, ya que la caries dental no es causa de mortalidad; pero que, sin embargo, de acuerdo a la OMS, la fluoruración de la sal es la estrategia más prometedora para mejorar la salud oral de millones de personas y es el factor clave para cambiar el perfil epidemiológico de la salud oral en un periodo relativamente corto^{45/}.
- La falta de incorporación del odontólogo al equipo multidisciplinario de salud, reflejada en la ausencia del manejo de la íterconsulta por parte del médico que al parecer desconoce que la cavidad bucal forma parte del organismo y que un examen detallado de la cavidad oral puede detectar signos de deficiencias nutricionales, así como infecciones microbianas, desórdenes inmunitarios, traumatismos e incluso algún tipo de cáncer. Por tanto, el profesional odontólogo puede determinar el diagnóstico inicial de diversas enfermedades que afectan de manera sistémica a todo el organismo.
- Las pocas oportunidades de capacitación, entrenamiento y educación que se le da al personal de salud oral (odontólogos), que debe integrarse a las estrategias de salud sin un conocimiento correcto de las mismas.

De acuerdo a todo lo anteriormente expuesto, se tiene el siguiente cuadro que resume los principales problemas que determinan la salud oral de la población boliviana:

^{45/} OPS/OMS. Documento CE 120/12

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE DETERMINAN LA SALUD ORAL

ECONÓMICO SOCIALES

- ☀ El desempleo y los bajos salarios
- ☀ La condición de pobreza
- ☀ Bajos niveles de escolaridad, y el analfabetismo
- ☀ Destino de los ingresos familiares al consumo de alimentos poco nutritivos

BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y CULTURALES

- ☀ Alimentación rica en carbohidratos de bajo valor nutricional
- ☀ Morbilidad prevalente en el país
- ☀ Elevado estrés de vida
- ☀ Patologías bucales que disminuyen la autoestima y la imagen personal
- ☀ Falta de comprensión de lo multiétnico y pluricultural al realizar la información en salud oral
- ☀ Falta de articulación entre la medicina moderna y la tradicional
- ☀ Discriminación en la prestación de servicios odontológicos
- ☀ Cultura pobre en salud oral

INSTITUCIONALES

- ☀ Limitada capacidad de ejecución de programas de prevención en salud oral
- ☀ Limitada capacidad de ejecución de programas de prevención en salud oral
- ☀ Falta de incorporación del odontólogo al equipo multidisciplinario de salud
- ☀ Falta de reconocimiento de enfermedades bucales como problemas de salud pública
- ☀ Pocas oportunidades de capacitación y entrenamiento al personal de salud oral

Situación de los Servicios de Salud Oral

Apartado II

2.1. Organización de los Servicios de Salud Oral

Bolivia es un país que presenta graves limitaciones en su capacidad para recopilar y analizar datos pertinentes sobre salud oral que puedan usarse para la planificación o la evaluación de los servicios odontológicos. El Ministerio de Salud y Deportes no cuenta con normas actualizadas para la atención en salud oral, y la regulación sanitaria a cargo de las Jefaturas departamentales de salud de cada departamento prácticamente se reduce a aspectos formales de inscripción y limitación del ejercicio profesional. Sin embargo en este último año se ha podido observar la realización de campañas de promoción y prevención en salud oral en algunos departamentos del país, actividades realmente productivas y beneficiosas para la población pero que se han visto limitadas por la falta de apoyo económico del MSD.

La responsabilidad directa de la salud oral, está a cargo del Programa Nacional de Salud Oral, la cual planifica, norma y gerencia a su homóloga en las jefaturas departamentales de Odontología; está subordinada a la Dirección de desarrollo de servicios de salud. Su configuración organizativa corresponde al de una burocracia mecánica, caracterizada por el centralismo, verticalismo, complejidad y exclusión en la toma de decisiones. La coordinación intrasectorial es un proceso que recién se inicia y está marcado tanto por limitantes técnicas (capacidad gerencial) como logísticas (problemas de comunicación, transporte, etc.) por lo cual cada jefatura de odontología actúa de manera independiente sin supervisión alguna del Programa de salud oral.

La prestación de servicios de salud se realizan en establecimientos organizados de acuerdo al grado de complejidad, en tres niveles de atención:

Primer Nivel. Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria e internación de tránsito. Este nivel de atención está conformado por: brigadas móviles de salud, puestos de salud y centros de salud; se constituye en la puerta de entrada al sistema de atención en salud.

Segundo Nivel. Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. Este nivel de atención está conformado por los hospitales básicos.

Tercer Nivel. Corresponde a la consulta ambulatoria de especialidad; internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades; servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Está conformado por los hospitales generales e institutos especializados.

En Odontología la prestación de servicios se realiza siguiendo este modelo de atención, sin embargo no existe la capacidad resolutoria adecuada en el segundo y tercer nivel de atención en muchos de los establecimientos de salud del país, por lo que la referencia y contrarreferencia no se lleva a cabo.

2.2. Prestación de los Servicios de Salud Oral

La prevalencia de enfermedades orales es mayor entre las poblaciones marginadas, en especial las que tienen bajos ingresos y poca instrucción, o están aisladas geográficamente. A esto se suma la atención tardía, si es que acaso la reciben debido a las grandes distancias que existen entre los centros de salud y las poblaciones del área rural, además de la situación de que no todos los establecimientos de salud cuentan con un odontólogo.

Los recursos para la prestación de servicios de atención en salud oral son limitados, y la atención curativa está restringida a quienes tienen la capacidad para pagarla o a los que tienen acceso a servicios del seguro social, o del SUMI.

A pesar de existir actualmente un gran número de odontólogos, la mayoría de la población no recibe atención adecuada ni eficaz. En Bolivia, tanto los profesionales como el Estado, se preocupan más por las áreas de tratamiento y las técnicas curativas, que por los programas colectivos de prevención o de salud bucal.

Todos estos factores, aliados a las deficiencias financieras del país, dificultan la obtención de modelos de atención y recursos materiales para una actividad odontológica auto sustentable y, como consecuencia, aparecen las caries y las dificultades de controlar enfermedades que son fácilmente prevenibles.

Por otra parte, la falta de educación en salud oral que existe en la población, impide el conocimiento y entendimiento de la importancia de la misma dentro del concepto de mejoría de la calidad de la salud en general.

2.2.1. Factores de Oferta

El Ministerio de Salud y Deportes, se estructura en tres niveles: central, departamental y provincial. El nivel central tiene una función esencialmente normativa. Nueve oficinas departamentales dirigen los servicios y controlan las áreas de salud a nivel provincial.

La oferta de servicios de salud oral del MSD, se realiza básicamente mediante 2 instancias:

Los SEDES (Servicios Departamentales de Salud) y los gobiernos municipales, a través de todos los establecimientos de salud públicos que los conforman; y
El programa EXTENSA (Programa Nacional de Extensión de Cobertura en Salud) mediante sus brigadas móviles distribuidas en todo el país, en el área rural.

Los establecimientos de salud pertenecientes a los municipios, ofrecen los servicios de odontología a precios económicos y accesibles para la población en general; además atienden lo que es el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que involucra a los niños (as) menores de cinco años y a las mujeres embarazadas hasta seis meses posteriores al parto.

La atención odontológica es primaria con un perfil de tipo preventivo en las áreas de diagnóstico, periodoncia, operatoria dental, endodoncia y cirugía bucal. Los tratamientos que normalmente se realizan son: obturaciones, exodoncias simples, fluorurizaciones, pulpotomías, entre otras; también se realizan tratamientos quirúrgicos complejos (exodoncias de piezas dentarias retenidas) y cirugía maxilofacial en hospitales de tercer nivel. Sin embargo, pese al enorme esfuerzo realizado por los odontólogos del MSD, se desconoce el impacto real que tienen estas atenciones ya que los únicos tratamientos registrados por el Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) son tan sólo las obturaciones y exodoncias.

Además, no existe la atención por nivel de atención ya que la mayoría de los hospitales de referencia no cuentan con equipamiento ni con profesionales especialistas que puedan resolver las patologías bucales complejas que muchas veces se presentan; por tanto el sistema de referencia no funciona en Odontología.

El odontólogo, además de realizar atenciones curativas y de rehabilitación, también realiza acciones de prevención y promoción en salud oral, dentro de las cuales se pueden mencionar: las aplicaciones tópicas de flúor, la aplicación de selladores de fosas y fisuras, la educación en salud oral mediante temas importantes como el control de placa bacteriana por medio de correctas técnicas de cepillado, hábitos alimenticios adecuados, y el uso diario de pastas dentales que contengan flúor, además del autocuidado y la autoresponsabilidad que se implantan en cada uno de los pacientes que acuden al consultorio así como en aquellos grupos de la población a los cuales se llega mediante las charlas educativas que el odontólogo y/o los internos realizan dentro y fuera del establecimiento de salud.

La segunda instancia es el programa EXTENSA^{46/}, que fue creado con el propósito de ampliar las coberturas de atención a comunidades rurales, dispersas, alejadas y con difícil acceso geográfico, donde no existen servicios regulares de salud.

Sus acciones se encuentran focalizadas en municipios y comunidades caracterizados por sus niveles de pobreza, poca accesibilidad, alta dispersión poblacional y por su composición mayoritariamente indígena, originaria y campesina.

Este programa se incorpora al Sistema Nacional de Salud mediante equipos móviles de salud conformados por personal profesional multidisciplinario: médico, odontólogo, enfermera, técnico en vectores y chofer. Este equipo incluye además, al asistente local de salud, recurso humano elegido por la comunidad y responsable de realizar acciones orientadas fundamentalmente a la prevención y promoción de salud, superando las diferencias culturales y articulando las necesidades de la población con la oferta de servicios del sistema.

El odontólogo por su parte, desarrolla acciones preventivo promocionales y asistenciales con el objetivo de contribuir a mejorar la salud oral de la población que vive en las comunidades rurales del país.

Dentro de las atenciones odontológicas curativas que realizan, este año se está incorporando la técnica PRAT o TRA (tratamiento restaurativo atraumático) basada en la remoción de caries mediante instrumentos de mano (curetas) y restaurando las piezas dentarias con ionómero de vidrio, material que se caracteriza por su adherencia a la superficie dental y porque libera flúor. Es una perfecta alternativa de tratamiento preventivo dirigido a la rehabilitación de pacientes

^{46/} Programa Nacional de Extensión de Cobertura en Salud. Proyecto Reforma de Salud.

afectados por la caries dental que no tienen acceso a un establecimiento de salud y que por tanto los dientes cariados terminan siendo extraídos tempranamente.

Actualmente este programa cuenta con un total de 59 brigadas de salud, distribuidas en los 9 departamentos del país, con las cuales llegan a más de 2000 comunidades. La población programática de EXTENSA a nivel nacional es de 361,943 habitantes^{47/}.

2.2.2. Factores de Demanda.

Los servicios de atención odontológica en el país, ya sean públicos o privados, se prestan en respuesta a las actitudes o las percepciones de los usuarios potenciales, así como a su poder adquisitivo. La atención odontológica solo es accesible en ciertas zonas del país y favorece, en el caso del SUMI por ejemplo, a ciertos grupos de la población; una gran parte no tiene acceso al tratamiento dental y a la prevención en materia comunitaria, esto debido a que no se cuenta con información ni mecanismos para organizar y racionalizar la demanda de la atención odontológica.

El sistema público de salud de Bolivia, no contempla la atención integral en salud oral, tan sólo contempla tratamientos como extracciones, obturaciones y fluorizaciones, en función de la edad de los pacientes. Estos tratamientos son insuficientes para una correcta salud oral que aporten al paciente, no sólo una mejor funcionalidad de su boca, sino mayores beneficios para su salud general. Por otra parte, en muchos casos, la necesidad de prótesis es imperiosa, ya que no quedan piezas dentarias conservables para mantener esta funcionalidad.

Todo esto obliga al acceso a una atención odontológica privada, de elevados costos para el paciente que, en el caso de países como Bolivia, la economía familiar no puede permitirse.

Así mismo, la cultura preventiva del país, en lo relativo a salud oral, es escasa, no existe esfuerzo alguno por parte de las autoridades para que la población, fundamentalmente los niños, adquieran hábitos higiénicos y alimenticios.

Existen organizaciones no gubernamentales, fundaciones, parroquias y otras, que prestan atención odontológica gratuita o de muy bajos costos, a personas necesitadas y sin recursos, siendo siempre, tratamientos específicos, desprovistos de acción preventiva y educativa. Por esta razón es que han sido y son recursos muy poco aprovechados ya que “si se cura una caries pero no se da importancia a la parte formativa, esta persona, en poco tiempo desarrollará más caries, y nada se habrá hecho para mejorar la salud oral de la misma”.

En relación a la demanda de atención en salud oral, de enero a diciembre de 2003 hubo un total de 1,732,071 consultas odontológicas^{48/}. De éstas, 1,179,484 consultas fueron realizadas en el área urbana y 552,587 en el área rural^{49/}. No se tiene el registro del número de consultas odontológicas de acuerdo a grupos etáreos.

En general, no se tienen datos sobre la morbilidad oral presente en la población ni tampoco sobre los tratamientos estomatológicos realizados. Del total de consultas odontológicas registradas, 1,098,057 corresponden a consultas nuevas y 634,014 corresponden a consultas

^{47/} Anexos: Cuadro 4. Población nacional EXTENSA, brigadas y comunidades, según departamentos.

^{48/} Sistema Nacional de Información en Salud SNIS. 2003

^{49/} Anexos: Gráfico 4. Consultas odontológicas por ámbito y departamento. Año 2003

repetidas, sin distinción de paciente o pieza dentaria. No se tienen datos de aquéllas consultas realizadas por primera vez por el paciente.

Tampoco se tiene información sobre cuántos pacientes iniciaron un tratamiento y lo terminaron, información realmente valiosa ya que generalmente muchos de los pacientes no regresan para la conclusión del tratamiento, lo que revelaría un alto porcentaje de subutilización de recursos y materiales ya que si no hay continuidad en el tratamiento iniciado, la pieza dentaria es susceptible a complicaciones mucho más severas, por tanto si el paciente vuelve después de un tiempo, se debe volver a iniciar el tratamiento.

De acuerdo a la población programática del Ministerio de Salud y Deportes, en Odontología se debe cubrir el 100% (8,274,325 personas)^{50/} de la población boliviana.

Actualmente no se tienen datos sobre la cobertura estimada en salud oral de acuerdo a la población total atendida. La única información que se tiene, es la otorgada por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), que muestra datos sobre número de consultas nuevas y repetidas, así como el número de obturaciones y exodoncias pero que son registradas por pieza dentaria y no así por paciente.

Tampoco se tienen datos sobre el número de consultas odontológicas/ habitante/ año, siendo lo recomendable una consulta/ habitante cada seis meses.

2.2.2.1. Perfil de intervención: Tratamientos realizados.

El análisis de los tratamientos realizados en salud oral por los establecimientos del Ministerio de Salud y Deportes, indica que los 2 tratamientos de mayor aplicación en la población general son las obturaciones (27.54%) y las exodoncias (23%)^{51/} configurando un perfil de atención preventiva baja con un fuerte componente curativo y un bajo componente conservador.

Del total de las prestaciones odontológicas otorgadas por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) el año 2003, el 57% fueron realizadas en niños menores de 5 años, y el 43% a mujeres embarazadas hasta 6 meses posteriores al parto^{52/}.

En el caso de los tratamientos brindados a la población infantil menor de 5 años a través del SUMI, los 5 más aplicados fueron^{53/} :

Consulta Odontológica del niño (43.79%)
Fluorurización tópica (23.63%)
Caries de dentina (23.62%)
Caries de esmalte (7.80%)
Exodoncia (6.21%)

Para la población materna hasta los 6 meses posteriores al parto, entre la oferta de servicios odontológicos por medio del SUMI, los 5 de mayor aplicación fueron^{54/} :

^{50/} Sistema Nacional de Información en Salud SNIS. 2003

^{51/} Anexos: Gráfico 5. Atenciones odontológicas más frecuentes por departamento y ámbito.

^{52/} Sistema Nacional de información y monitoreo del SUMI

^{53/} Anexo s: Gráfico 6. Prestaciones odontológicas más frecuentes en el menor de 5 años

^{54/} Anexos: Gráfico 7. Prestaciones odontológicas más frecuentes en la mujer embarazada.

Consulta odontológica de la madre (23.05%)
Caries de dentina (15.63%)
Exodoncia (8.23%)
Profilaxis (6.03%)
Absceso periapical agudo (4%)

Estos datos son relativos ya que la información del primer semestre del 2003, fue registrada como odontología madre – niño y a partir del segundo semestre recién se empezó a registrar de manera independiente^{55/}.

Con respecto a las charlas educativas que el odontólogo ofrece a la población, no se cuenta con ninguna información sobre la cantidad de personas que acuden a las mismas. Estas charlas están dadas generalmente por el odontólogo, por los internos que están realizando su Servicio Social Rural Obligatorio, o por los internos que están optando por el trabajo dirigido como modalidad de egreso de la universidad.

Por su parte, de acuerdo a datos de agosto del 2003, el programa EXTENSA reportó un total de 37,551 prestaciones odontológicas brindadas en 837 comunidades rurales del país.

Según grupos etáreos, mediante este programa se brindaron:

10,079 prestaciones a niños(as) menores de 5 años
2,210 prestaciones a mujeres embarazadas
25,762 prestaciones a niños(as) mayores de 5 años

2.3. Calidad de Atención

No existe control de la calidad de atención, aunque hay esfuerzos aislados en algunos departamentos del país que obedecen más al profesionalismo del personal, que a directrices del nivel central del MSD. La falta de normas y protocolos en salud oral, así como la limitada capacidad supervisora del Programa Nacional de Salud Oral debido al reducido número de personal que lo conforman, explica en gran parte este problema.

La regulación sanitaria es muy débil. Las normas de atención tienen una o dos décadas de antigüedad y nunca se emitieron normas para regular la práctica de los profesionales odontólogos y promover su capacitación. La falta de profesionales especializados en los establecimientos de 2 y 3 nivel de atención, provoca la molestia no sólo de la población sino también de aquellos odontólogos generales que trabajan en establecimientos de salud de 1 nivel y que, ante esta deficiencia no pueden referir a los pacientes y se ven, por tanto, obligados a solucionar patologías complicadas sin contar con la capacidad resolutive adecuada.

Las quejas de la población con respecto a la atención odontológica se refieren generalmente a dolor al anestesiar, obturaciones que no perduran, dolor a la extracción y fractura de piezas dentarias a la hora de la exodoncias con la consecuente molestia de restos radiculares, o problemas de alveolitis. Esta información es relativa, ya que no existen datos registrados al respecto debido a que los establecimientos de salud no aplican encuestas de satisfacción del usuario.

^{55/} Anexos: Gráfico 8. Prestaciones odontológicas. SUMI - Bolivia 2003.

No se puede mejorar la calidad de los servicios si éstos no se orientan hacia la demanda, esto significa promover el autocuidado de la salud oral y reconocer que el paciente tiene derechos y debe ser tratado con dignidad y humanidad; significa además que la calidad de la atención está centrada en la medición del desempeño, los resultados de los servicios y en la satisfacción del usuario.

2.4. Participación Social

En los diferentes establecimientos de salud se realizan charlas educativas, dirigidas a diferentes grupos de la población, sin embargo el contenido de éstas está limitado a aspectos de educación en salud y no a la planificación y organización en materia de salud oral. No existen promotores en salud que puedan brindar atención en educación en salud oral a la población en general, a nivel de comunidad.

No se conoce el impacto que tienen en la población estas charlas impartidas generalmente por las auxiliares de enfermería que, por tener un bajo contenido de salud oral en su formación y en las tareas asignadas, no hace o es escasa su labor en este aspecto.

Por su parte, los profesionales odontólogos por medio de los internos, están tratando de aumentar el número y frecuencia de estas charlas saliendo hacia la comunidad y llegando a gran parte de la población.

2.5. Recursos Humanos

Según datos obtenidos del Sistema de Registro Profesional (SIREPRO) del Ministerio de Salud y Deportes^{56/}, desde el año 1980 a la fecha se han registrado un total de 6,024 odontólogos a nivel nacional; no se cuenta con datos del registro de odontólogos realizado por año. Aun si se contara con esta información, este dato es bastante relativo si se toma en cuenta que no todos los odontólogos graduados se registran, además existe un gran número de profesionales que si bien están registrados, no están ejerciendo la profesión, y otro grupo que se encuentra en el exterior del país realizando cursos de postgrado y/o ejerciendo la profesión. Además, se debe considerar que la mayoría de los odontólogos se dedica al ejercicio privado, siendo el área urbana el lugar donde existe un mayor número de consultorios odontológicos registrados.

Por tanto, tomando en cuenta el número de odontólogos que trabaja en los establecimientos de salud del MSD y los que trabajan en las cajas de salud, que hacen un total de 735, se establece una razón de 8.88 odontólogos(as) por cada 100,000 habitantes.

No existe coordinación entre instituciones formadoras y empleadoras de odontólogos para poder orientar la producción de profesionales; hay 4 universidades públicas y otras 4 privadas formando odontólogos(os), que se basan en programas de estudios que hacen hincapié en las intervenciones curativas y rehabilitadoras, ofreciendo muy poco en Odontología Sanitaria.

La enseñanza en las universidades se orienta principalmente a preparar profesionales para el ejercicio privado. El resultado es una escasez de programas organizados de prevención y una gran limitación en la cobertura de servicios de salud oral.

Las Directivas Universitarias son responsables ante generaciones de graduados y ante la comunidad, de la adecuada preparación del odontólogo. De acuerdo con estudios epidemiológicos internacionales, relacionados con la prevención y promoción, la incidencia de

^{56/} Dirección de Gestión y Capacitación de Recursos Humanos. MSD.

las lesiones del aparato estomatológico serán diferentes en el futuro, de donde se deduce que la preparación del odontólogo actual debe ser hecha teniendo en cuenta tal fenómeno. Dentro del sistema de seguridad social^{57/} existen 312 odontólogos prestando sus servicios, 214 trabajan medio tiempo (3 horas / día) y 98 tiempo completo (6 horas / día)^{58/}. Con un promedio de 0.1 odontólogo por 1000 personas afiliadas.

El MSD por su parte, dispone de 312 ítems para odontólogos^{59/} que están distribuidos de la siguiente manera: 1 odontólogo (a) supervisor (a) a nivel nacional, 9 odontólogos (as) supervisores departamentales que cumplen la función de jefes departamentales de odontología, y 302 odontólogos (as) de área distribuidos en una parte de aquellos establecimientos que cuentan con el servicio de Odontología; haciendo un total de 312 odontólogos (as) remunerados por el TGN (tesoro general de la nación). De éstos, sólo 9 odontólogos tiene especialidad y prestan sus servicios profesionales en 4 establecimientos de tercer nivel del país.

En relación al número de ítems que existe para médicos (1,999), para enfermeras (1,067) y para auxiliares de enfermería (2,958), la cantidad de odontólogos con ítem dentro del MSD es realmente desproporcionada^{60/}.

De acuerdo al análisis realizado^{61/}, existen 423 profesionales odontólogos prestando sus servicios en todo el país a nivel de los establecimientos de salud públicos. Según el tipo de contrato que tienen, se encuentran distribuidos de la siguiente manera^{62/} :

Ítem del Ministerio de salud (**TGN**), 302 odontólogos (as).

Contrato **HIPIC**, 18 odontólogos (as). Es decir que el ítem que tienen no corresponde al de un odontólogo sino al de auxiliares de enfermería, chóferes, etc.

Contrato **PAI**, 2 odontólogos (as).

Contrato a **riesgo compartido**, 56 odontólogos (as). Este tipo de contrato consiste en que del total recaudado por las atenciones odontológicas, un porcentaje sea para el odontólogo (a) y un porcentaje para el establecimiento de salud.

Otros contratos, 18 odontólogos (as). Estos, son realizados por instituciones como: la alcaldía municipal, iglesia católica, ONG's.

Ad honorem, 12 odontólogos (as) que trabajan sin remuneración alguna.

Servicio Social Rural Obligatorio, 19 odontólogos (as) que están realizando este servicio.

De acuerdo a la carga horaria que cumplen, 243 odontólogos trabajan a medio tiempo, y 180 a tiempo completo.

^{57/} Instituto Nacional de Seguros de Salud: INASES. 2001

^{58/} Anexos: Cuadro 3. Número de odontólogos por caja y seguro de salud. 2001

^{59/} Formulario de registro y diseño de consultorios odontológicos. Pág. 69

^{60/} Anexos: Gráfico 9. Recursos Humanos del MSD, según cargo. Año 2001 - SNIS

^{61/} Base de Datos: Formulario de registro de diseño y equipamiento odontológico. Pág. 69

^{62/} Anexos: Gráfico 10. Odontólogos de acuerdo al tipo de contrato

No todos son remunerados de acuerdo a la carga horaria que determina el contrato; los que trabajan en el área rural y están con medio tiempo generalmente trabajan tiempo completo ya que no tienen otra actividad como la consulta privada o el poder trabajar en alguna otra institución particular.

Del total de odontólogos que cuentan con ítem del MSD, 195 tiene ítem de medio tiempo y 106 cuentan con ítem de tiempo completo^{63/}.

De acuerdo al enfoque de género, 207 profesionales son del sexo femenino y 216 son del sexo masculino.

Actualmente existen 71 establecimientos de salud que cuentan con el ambiente para el consultorio odontológico y muchos con el equipamiento parcial del mismo, pero NO cuentan con el recurso humano necesario^{64/}. Por este motivo es que, en el área rural en particular, 1 odontólogo tiene que hacerse cargo de 2 o hasta 3 establecimientos de salud de comunidades cercanas y hacer turnos durante la semana para poder cumplir con la población y brindar la atención odontológica correspondiente. Dentro de estos establecimientos, el 76% se encuentra parcialmente equipado, y un 24% sólo cuenta con la infraestructura requerida^{65/}.

2.6. Infraestructura

El sistema de seguridad social del país cuenta con un total de 300 establecimientos de salud^{66/}, distribuidos de la siguiente manera:

INSTITUCIÓN		ESTABLECIMIENTOS
1	Caja Nacional de Salud	150
2	Caja Petrolera de Salud	40
3	Caja Bancaria Estatal de Salud	1
4	Caja de Salud de la Banca Privada	11
5	Caja de Salud de Caminos	27
6	Caja de Salud CORDES	21
7	Seguros Sociales Universitarios	17
8	Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL)	28
9	Seguros delegados (COTEL)	3
10	Seguro de Salud SINEC	2
TOTAL		300

El MSD dispone de un total de 2,587 establecimientos de salud en todo el país^{67/}, de los cuales, 420 (16.23% del total) cuentan con servicio de odontología. Estos a su vez se distribuyen, de acuerdo al nivel de atención, en^{68/} : 2382 establecimientos de salud que

^{63/} Anexos: Gráfico 11. Odontólogos con ítem según carga horaria.

^{64/} Anexos: Gráfico 12. Establecimientos de salud que no cuentan con odontólogo, según departamentos

^{65/} Base de Datos: Formulario de registro de diseño y equipamiento odontológico. Pág. 69

^{66/} Instituto Nacional de Seguros de Salud: INASES. 2001

^{67/} Sistema Nacional de Información en Salud SNIS. 2003

^{68/} Anexos: Gráfico 13. Establecimientos de salud en general en relación con los que cuentan con el servicio de odontología, por nivel de atención. Gráfico 14. Ídem, por departamentos.

pertenecen al Primer nivel de atención. De los cuales, el 15% cuentan con servicio de Odontología. 141 establecimientos que pertenecen al Segundo nivel de atención. De éstos, 39% cuenta con el servicio de Odontología. 64 establecimientos que pertenecen al Tercer nivel de atención. De éstos, el 16% cuentan con el servicio de Odontología. En el país sólo 4 establecimientos de tercer nivel cuentan con especialistas en maxilofacial: 2 se encuentran en La Paz y 2 en Santa Cruz.

La mayoría de los consultorios odontológicos se concentran en los departamentos de Cochabamba (95), La Paz (90) y Santa Cruz (81).

El 37.38% de los establecimientos de salud que cuentan con Odontología se encuentra en el área urbana y el 62.85% en el área rural⁶⁹.

Tomando como base los conceptos y definiciones establecidos en la programación físico funcional de la “Guía Nacional de Diseño y Construcción de establecimientos de salud de primer y segundo nivel”⁷⁰, en la cual se establecen los criterios más aconsejables en relación a las superficies mínimas requeridas, los criterios de organización espacial, las recomendaciones sobre estructuras y acabados, las necesidades de equipamiento, el mobiliario y las instalaciones a incorporar, de acuerdo al nivel de atención, es que se elaboró una parte del instrumento denominado “Registro de diseño y equipamiento de consultorios odontológicos en establecimientos de salud”⁷¹, el cual fue llenado por cada uno de los odontólogos que desempeñan sus funciones en los establecimientos de salud del sector público de todo el país.

Según la Guía Nacional de Diseño y Construcción de establecimientos de salud de primer y segundo nivel, estos son las características que debe tener un consultorio odontológico en cuanto a infraestructura se refiere:

Dimensiones: Deberá tener una superficie útil aproximada de 16.00 m².

Estructura y acabados: Los pisos y muros deben ser fácilmente lavables; los pisos deben ser resistentes al tráfico intenso. Las puertas serán lisas y contarán con chapas resistentes al uso intensivo.

Instalación sanitaria:

Agua potable. Se deberá prever instalación de agua fría y caliente para el lavamanos. Así mismo, la instalación de agua fría y caliente para la unidad dental.

Desagües y alcantarillado sanitario. La conexión de desagües deberá ser directa a la bajante sanitaria especial o a una cámara de inspección de la red de alcantarillado especial. La unidad dental, artefactos y rejilla de piso se conectarán a una caja interceptora y ésta, a la bajante sanitaria. En el área de consultorio se deberá instalar una rejilla de piso para facilitar la limpieza y escurrimiento de posibles rebalses de agua.

Instalación eléctrica:

⁶⁹/ Anexos: Gráfico 15. Distribución de establecimientos de salud con Odontología, por departamento y ámbito geográfico

⁷⁰/ Unidad de Grupo técnico de regulación y calidad

⁷¹/ Anexos: Ver Formulario de registro y diseño de consultorios odontológicos. Pág. 69

Iluminación. Se recomienda 400 lux para este ambiente y 2000 lux para la iluminación localizada de la cavidad bucal.

Tomacorrientes. Como mínimo necesario, deberá existir 5 tomacorrientes con posibilidad de conexión a tierra, schuko o similar.

Circuitos especiales. Debe contar con tableros de distribución con una toma para el equipo dental.

Alimentación de emergencia. La iluminación del ambiente y del equipo dental deberán estar conectadas al servicio de emergencia del establecimiento, mediante dos lámparas auto energizadas (mínimo).

Instalaciones especiales: En el caso de aquellas regiones donde el clima es frío, el consultorio deberá contar con radiadores ubicados en zonas con mayor pérdida de calor. En el caso de regiones con clima cálido, se deberá contar con un aparato de ventilación de techo para la recirculación de aire.

En base a estos requisitos, y de acuerdo a los datos registrados en los formularios de registro de diseño y equipamiento de consultorios odontológicos, se han obtenido los siguientes resultados: De los 426 consultorios odontológicos que existen en los establecimientos de salud del país, sólo el 11% cuentan con todas las características de infraestructura recomendadas para brindar una atención adecuada a los pacientes⁷².

El 39.6% cuenta con las dimensiones adecuadas, el 54.6% presenta la estructura y acabados recomendados, el 29.34% cuenta con instalación eléctrica y el 69.48% cuenta con instalación sanitaria.

Se han reportado casos en los cuales el consultorio odontológico comparte el ambiente con el área de enfermería, de laboratorio y en algunos casos se encuentra en el mismo ambiente que la sala de reuniones o charlas del establecimiento de salud.

2.7. Equipamiento

La calidad en los servicios de salud es un concepto relacionado estrechamente con la prestación de servicios, tanto desde el punto de vista de recursos humanos como de su estructura y procedimientos.

En Odontología, la calidad del servicio depende en gran parte del equipamiento del consultorio odontológico y del estado en el que se encuentren los equipos y aparatos que forman parte del mismo, ya que hay reconocidos problemas de mantenimiento y la vida media de los equipos es muy inferior a la esperada. Así también, el instrumental odontológico juega un papel importante en la realización de los diferentes tratamientos que serán aplicados.

Por tanto, el consultorio odontológico, para poder brindar servicios que cubran estándares de calidad en salud oral, debe contar con los siguientes equipos y aparatos:

⁷²/ Anexos: Gráfico16. Consultorios odontológicos con infraestructura adecuada.

Equipo dental completo: El cual debe estar conformado por la unidad dental, el módulo dental, el hemosuctor y el eyector de saliva.

Compresora dental: Debe ser relativamente silenciosa. Si se encuentra en el interior del ambiente, debe estar cubierta por una caja protectora de ruido y una rejilla de ventilación hacia el exterior. Tiene que tener 80 libras de presión para no dañar el equipo dental ni las puntas terminales.

Esterilizador: Lo recomendable es que sea del tipo Pupinel (a seco), y sea exclusivo para el servicio de Odontología.

Lámpara de luz halógena.

Unidad radiógena dental completa: la cual estará conformada por el Aparato de Rx, el mandil de protección de plomo para el profesional o bien la mampara rodante de plomo, el mandil de protección para el paciente, la caja de revelado manual y ganchos para las películas radiográficas. Como norma de bioseguridad, es indispensable que se cuente con todos estos elementos para realizar las tomas radiográficas, y obtenerlas rápidamente.

Unidad de Rx Panorámica: Este equipo debe contar con un ambiente aparte, y necesariamente debe estar ubicado en un establecimiento de segundo o tercer nivel de atención.

De todos los consultorios odontológicos registrados, sólo el 20% cuenta con el equipamiento necesario para ofrecer una atención odontológica adecuada, segura e integral a la población.

El 15.4%, no cuenta con equipamiento alguno; por lo que el 64.6% de los consultorios se encuentra parcialmente equipado^{73/}.

En Bolivia, no existe un registro fiable de los equipos odontológicos disponibles en los establecimientos de salud públicos. Sin embargo, mediante la base de datos obtenida a través de la presente investigación, se ha podido obtener la siguiente información:

2.7.1. Equipo dental completo.

Del total de consultorios odontológicos existentes, el 24% cuenta con un equipo dental completo^{74/}. De estos equipos, el 45.54% se encuentran en mal estado debido principalmente a la falta de mantenimiento adecuado que requieren para su correcto funcionamiento. Existen equipos que no recibieron mantenimiento desde hace 12 años, y otros que desde el momento de su instalación jamás fueron revisados.

El 24%, son equipos obsoletos que están prácticamente sin funcionamiento debido a su antigüedad. Se ha reportado la existencia de equipos que datan del año 1912, otros equipos cuyo mecanismo de acción es a pedal, y otros que fueron donaciones realizadas hace 20 años atrás, de equipos a medio uso que ya no pueden ser reparados.

^{73/} Anexos: Gráfico 17. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo a las condiciones de equipamiento.

^{74/} Anexos: Gráfico 18. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo a las condiciones de conformación del equipo dental.

El 7.47% de los equipos dentales son nuevos, los cuales fueron adquiridos el año 2003, en su mayoría mediante donaciones realizadas por organismos no gubernamentales. Sin embargo, de estos equipos, el 37.5% no han sido instalados y por tanto no están siendo utilizados de manera íntegra, siendo esto un gran perjuicio para el odontólogo y la población que debe ser atendida.

En algunos de los establecimientos de salud, el odontólogo lleva su propio equipo dental para poder cumplir con las atenciones odontológicas correspondientes; esto cubre el 9.34% de los equipos dentales existentes en los consultorios^{75/}.

Por tanto, solamente el 25% de los equipos dentales activos funcionalmente pertenecen a los establecimientos de salud respectivos.

2.7.2. Compresora dental.

La producción y transmisión del aire comprimido constituye un factor importante dentro de los aparatos requeridos en el consultorio odontológico, por tanto debe ser considerado en toda su magnitud ya que el consumo de aire es vital para el funcionamiento de la pieza de mano, micromotor, jeringa de aire, hemosuctor, suctor de saliva y el mismo equipo dental.

La compresora dental debe ser potente y silenciosa. Si se encuentra en el interior del ambiente, debe estar cubierta por una caja protectora de ruido y una rejilla de ventilación hacia el exterior; pero en lo posible debe estar ubicada fuera del consultorio.

En la producción de aire se debe tener en cuenta el volumen o caudal de aire que se consume por minuto, y la presión en libras por pulgada. Debe tener 80 libras de presión para no dañar el equipo dental ni las puntas terminales.

Se han registrado 339 compresoras dentales es decir, que el 79.57% de los consultorios odontológicos cuenta con compresora. De éstas, un 5% se encuentran en mal estado debido posiblemente a la falta de mantenimiento.

El 3% de las compresoras no corresponden a las utilizadas para equipos odontológicos, son más bien de tipo industrial y por tanto no cumplen con las especificaciones técnicas indicadas para su utilización en equipos odontológicos; por otro lado son bastante ruidosas pudiendo provocar con el tiempo problemas de tipo auditivo en el profesional que trabaja constantemente en ese ambiente^{76/}. Ninguna de ellas cuenta con la caja protectora de ruido, y la mayoría se encuentra dentro del mismo consultorio.

Esterilizador.

La esterilización es uno de los fundamentos de la atención odontológica ya que toda intervención realizada dentro de la cavidad bucal exige que todos los elementos relacionados con el tratamiento a ser realizado, estén completamente asépticos como un principio básico de bioseguridad.

^{75/} Anexos: Gráfico 19. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo a las condiciones del equipo dental.

^{76/} Anexos: Gráfico 20. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo a las condiciones del aparato compresor de aire.

Para cumplir con este importante principio, es indispensable que todo consultorio odontológico cuente con una esterilizador de tipo pupinel para la esterilización continua de los instrumentales metálicos.

En el caso de los consultorios odontológicos que forman parte de los establecimientos de salud del Sistema público, el 69% cuenta con esterilizador; de los cuales el 2% se encuentra en mal estado.

Un 31% de los consultorios no cuenta con este aparato^{77/}, y realiza la esterilización del instrumental mediante agentes químicos, o por ebullición, métodos que no son los recomendables para una correcta esterilización; en algunos casos deben llevar el instrumental al área de enfermería para que sean esterilizados con todo el instrumental del establecimiento, pero generalmente no se cuenta con el suficiente instrumental como para poder esterilizarlo una sola vez; en Odontología la esterilización del instrumental debe ser constante por la cantidad de pacientes que se atiende durante el día.

Lámpara de luz halógena.

Actualmente, la lámpara de luz halógena se ha convertido en uno de los aparatos indispensables dentro de la práctica odontológica debido a la gran variedad de materiales dentales que requieren de esta luz para su polimerización y consolidación.

En Bolivia, el 36.6% de los consultorios públicos cuenta con este aparato, de los cuales un 2% se encuentran en mal estado, debido principalmente al tiempo de vida del aparato, y en particular del foco que emite la luz halógena.

Unidad radiógena dental completa.

Cuando se cuenta con la unidad radiógena dental dentro del consultorio, adquiere una mayor importancia el aspecto de bioseguridad. Los rayos X son rayos ionizantes; en nuestro organismo, la acción ionizante influye especialmente en los cromosomas (ruptura con pérdida, o recombinaciones anormales), cuyos efectos se manifiestan durante la división celular, causando la evolución anormal o la muerte de la célula.

Durante el funcionamiento del aparato de rayos X, la radiación ionizante se manifiesta de las siguientes formas: primaria (la que emite el foco del aparato), secundaria (emitida por los objetos alcanzados por los rayos primarios) y la radiación por escape (que escapa de la cabeza del aparato cuando existen fallas).

Cuando la cantidad de rayos X absorbida por el paciente o por el profesional sobrepasa ciertos límites, su efecto sobre el organismo puede ser de alto riesgo, pudiendo manifestarse de las siguientes formas: anemia, esterilidad, abortos, leucemia, etc.

Por tanto, se debe realizar un manejo racional de los rayos X mediante medios físicos de protección como: la reducción del tiempo de exposición, el aumento de la distancia foco – piel, el uso del chaleco de plomo por el paciente y el profesional, y/o la utilización de la mampara rodante de plomo; todo esto va permitir al profesional odontólogo actuar dentro de límites prácticamente inocuos.

^{77/} Anexos: Gráfico 21. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo a las condiciones de esterilización.

De todos los consultorios registrados, el 38% cuentan con el aparato de Rx dental. De éstos, el 52% cumple con las condiciones mínimas requeridas para el manejo de este aparato, tanto de bioseguridad como para el correcto procesamiento de las películas radiográficas. Un 10% de estos aparatos se encuentran en mal estado^{78/}.

Unidad de Rx Panorámica.

La radiografía panorámica es un registro continuo de todas las piezas dentarias y estructuras inmediatas; se la obtiene mediante procedimientos que son inseparables de su aparatología específica, y se los divide en procedimientos estáticos y cinemáticos.

En el caso de consultorios odontológicos de especialidad, que se encuentren ubicados en establecimientos de segundo o tercer nivel de atención, es importante contar con la unidad de Rx Panorámica para complementar diagnósticos de aquellos casos de traumatismos craneofaciales, enfermedades como la osteomielitis y muchas otras en las cuales es necesario realizar un examen complementario de este tipo.

En la actualidad, sólo el 13% de los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención, cuentan con este aparato.

Instrumental.

Las diferentes especialidades odontológicas que se realizan en los consultorios de los establecimientos de salud públicos, requieren de un instrumental especializado para cada una de ellas.

No todos cuentan con el instrumental para cada especialidad, apenas el 5% de los consultorios odontológicos cuentan con todo el instrumental necesario para realizar los tratamientos correspondientes a : Periodoncia, Endodoncia, Operatoria dental y Cirugía bucal.

De todo el instrumental registrado, el 2% se encuentra en mal estado, posiblemente por el tiempo de uso que tienen^{79/}. El 13.3% de los consultorios realiza las atenciones odontológicas con el instrumental propio del odontólogo^{80/}; muchos de los profesionales deben utilizar su propio instrumental cuando el establecimiento no cuenta con el mismo, con el propósito de cubrir las necesidades de la población.

Instrumental de Periodoncia.

La Periodoncia juega un papel importante en el ejercicio de la Odontología. La enfermedad periodontal es la causa principal de la pérdida de las piezas dentarias en los adultos; antiguamente la Periodoncia era un conglomerado de técnicas terapéuticas que tenían como objetivo tratar de salvar aquellas piezas dentarias cuya enfermedad periodontal era avanzada. Actualmente, el objetivo principal está dirigido a la prevención de la enfermedad periodontal, evitando así en el paciente la pérdida innecesaria de los tejidos de soporte del diente.

^{78/} Anexos: Gráfico 22. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo a las condiciones de la unidad radiógena dental.

^{79/} Anexos: Gráfico 23. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo a las condiciones del instrumental.

^{80/} Anexos: Gráfico 24. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo a la dotación de instrumental odontológico.

No hay forma de gingivitis o enfermedad periodontal en la cual la eliminación de los irritantes locales y la prevención de su residiva, no reduzca la gravedad de la enfermedad, aminore la rapidez del proceso destructivo y prolongue la función de los dientes naturales. Para realizar cualquier tipo de tratamiento periodontal que cumpla con lo anteriormente mencionado, se requiere de instrumentos periodontales.

Este tipo de instrumental está diseñado para finalidades específicas, como la eliminación de cálculos, curetaje de la encía o remoción del tejido enfermo. Al primer examen, la cantidad de instrumental que hay para finalidades similares induce a confusiones.

Sin embargo, con experiencia se selecciona un juego relativamente pequeño que satisface todas las necesidades, como lo son: el periodontómetro (sonda periodontal), un juego de curetas periodontales (de raspaje y curetaje) o en su defecto un mango con su juego respectivo de puntas periodontales.

De todos los consultorios registrados a nivel nacional, el 30% cuenta con este instrumental^{81/}. El 70% no cuenta con el instrumental necesario para realizar este tipo de tratamiento, y por tanto debe ser el odontólogo quien lleve su propio instrumental para poder realizarlo.

Instrumental de Endodoncia.

Cuando se habla de Endodoncia, debemos recordar que es aquella especialidad que trata la patología de la pulpa dental y de los tejidos perirradiculares de las piezas dentarias. El ejercicio del tratamiento endodóntico es un ambiente clínico integrado muy de cerca con todas las disciplinas de la salud.

Es muy frecuente realizar un tratamiento endodóntico en la práctica odontológica, gracias al alto porcentaje de éxito que permiten obtener las técnicas comúnmente empleadas, los materiales y el conocimiento biológico de las estructuras tratadas.

La preparación biomecánica del sistema de canales radiculares, la desinfección de los mismos y su total obturación obteniendo un adecuado sellado apical, constituyen factores indispensables para el éxito de todo tratamiento endodóntico.

Al considerar los instrumentos endodónticos, se debe resaltar que en los servicios de Odontología públicos solamente se cuenta con el instrumental de endodoncia básico necesario, el cual está conformado por: un juego de tiranervios, un juego de limas Hedstrom de 25mm (15 – 40), un juego de ensanchadores Reamers de 25 mm (15 – 40), un juego de sondas lisas, un juego de lentulos, una caja metálica para esterilizar el instrumental endodóntico y un condensador de conos de gutapercha.

Debido a la complejidad de este tipo de tratamiento, se debe contar minimamente con todo lo antes mencionado para su correcto desarrollo. De todo los consultorios odontológicos, el 27% cuenta con este instrumental^{82/}.

^{81/} Anexos: Gráfico 25. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo al tipo de instrumental disponible.

^{82/} Anexos: Gráfico 25. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo al tipo de instrumental disponible.

Instrumental de Operatoria dental.

La operatoria dental es una disciplina odontológica que se dedica específicamente a la restauración de aquellas piezas dentarias que se ven afectadas por procesos patológicos, traumáticos, defectos congénitos, alteraciones estéticas, deficiencias funcionales u otras causas que puedan alterar su función dentro del aparato masticatorio; de esta manera contribuye además, a prevenir la iniciación de futuras lesiones.

Este tipo de tratamiento, es en esencia, mucho más complejo de lo que se cree, pues se debe recordar que las piezas dentarias están ubicadas dentro de un aparato masticatorio que posee características únicas y especiales, sumergidas en un medio bucal sumamente agresivo, alimentadas por una red vascular profusa y lábil, e inervadas por un sistema nervioso cuya exquisita capacidad para la transmisión de estímulos es bien conocida.

La preparación de cavidades y el desgaste o tallado de las piezas dentarias con fines terapéuticos, estéticos o preventivos, tropieza con el gran inconveniente de la enorme dureza de los tejidos calcificados (esmalte, dentina, cemento).

Es por este motivo, que en operatoria dental se necesitan instrumentos de forma y tamaño diversos, especialmente diseñados, al igual que equipos o aparatos que sirven para que aquellos instrumentos cumplan con su función específica.

Dentro de la clasificación dada por el Dr. Julio Barrancos Mooney⁸³/, tenemos:

Instrumental activo : cucharitas de dentina, fresas de diamante, fresas de carburo, discos de acero; y los aparatos que las activan: pieza de mano de alta velocidad, micromotor y contraángulo. En total: 7.

Instrumental complementario : portamatriz, abreboca, perforador de goma dique, portaclamps, arco de Young, clamps, vasos dappen, loseta de vidrio, pera de goma, bandeja metálica, cambiador de fresas, cepillo limpia fresas, caja metálica para esterilizar fresas, tambor metálico para algodón, mechero metálico. En total: 15.

Instrumental para obturaciones : porta amalgama simple, mortero y pilón, atacador de amalgama, bruñidor, atacador de cemento, espátula de cemento, dicalero, talladores para resina, tallador de Franckl para amalgama, porta amalgama bipolar. En total: 10.

Instrumental protésico : espátula bipolar para cera, espátula para yeso, cubetas metálicas perforadas, taza de goma. En total: 4.

De acuerdo a esta lista, que sólo se refiere al instrumental básico necesario y que suman un total de 36 instrumentos, se pudo determinar que tan sólo el 15.4% de los consultorios odontológicos cuenta con este tipo de instrumental⁸⁴.

El 84.6% restante, no cuenta con el mínimo requerido, por tanto existe una gran limitante para que no se puedan realizar los tratamientos curativos respectivos; aunque en algunos casos esta deficiencia es reparada con el instrumental propio del odontólogo o del interno.

⁸³/ Operatoria Dental: atlas, técnica y clínica.

⁸⁴/ Anexos: Gráfico 25. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo al tipo de instrumental disponible.

Instrumental de diagnóstico.

El instrumental de diagnóstico forma parte también del instrumental de operatoria dental. Este tipo de instrumental es utilizado para realizar la exploración y revisión de la cavidad bucal, y así poder determinar el diagnóstico clínico de las diferentes patologías bucales que se pueden observar.

Está conformado por: espejo bucal, sonda exploradora y pinza para algodón; se debe contar con un mínimo de seis juegos de este tipo de instrumental ya que es el que se utiliza en todos los pacientes que ingresan a la consulta odontológica. De los consultorios registrados, sólo el 17% cuenta con los 6 juegos requeridos⁸⁵.

Instrumental de Cirugía bucal.

En Odontología, una intervención quirúrgica se propone abrir la encía, llegar hasta el hueso para practicar una ventana en él y por la misma eliminar la causa o motivo de la intervención (una pieza dentaria, un tumor, un proceso patológico).

La inmensa mayoría de las intervenciones quirúrgicas bucales, se practican dentro de la boca y por vía bucal; para poder ser realizadas se requiere de instrumental quirúrgico especializado que a continuación se nombra:

Instrumental para anestesia local: Jeringa Carpule.

Instrumental para sección de tejidos blandos: sindesmótomo, mango de bisturí Bard Parker (No. 3), tijeras quirúrgicas rectas, tijeras quirúrgicas curvas, tijeras de Neumann, pinza Kocher, legra, separadores de Farabeuf.

Instrumental para sección de tejidos duros: gubia pequeña, gubia grande, fresas quirúrgicas redondas de carburo, fresas quirúrgicas fisuras de carburo, lima bipolar para hueso.

Instrumental para extracción de piezas dentarias: fórceps para piezas anterosuperiores, fórceps para premolar superior, fórceps para molar superior derecho, fórceps para molar superior izquierdo, fórceps en bayoneta, fórceps para piezas anteroinferiores, fórceps para premolar inferior, fórceps pico de loro (molares inferiores), fórceps pediátrico para piezas anteroinferiores, fórceps pediátrico para molar inferior, fórceps pediátrico para molar superior, fórceps pediátrico para piezas anterosuperiores, elevador recto, elevador Kraye izquierdo, elevador Kraye derecho, elevador angular izquierdo de Winter, elevador angular derecho de Winter, fórceps para molares superiores doble uñeta, fórceps para terceros molares (derecho – izquierdo).

Instrumental para limpieza del alveolo: cucharetas para alveolo.

Instrumental para sutura: agujas de sutura, portaaguja tipo Mayo, portaaguja tipo Mathiu.

⁸⁵/ Anexos: Gráfico 25. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo al tipo de instrumental disponible.

De acuerdo al instrumental básico mencionado, se pudo determinar que el 43% de los consultorios odontológicos cuenta con este tipo de instrumental^{86/}. El 57% restante, no cuenta con el mismo, pero esto es subsanado con el instrumental del odontólogo o del interno que lleva su propio instrumental para realizar los diferentes tratamientos quirúrgicos.

En el caso de aquellos consultorios de tercer nivel que cuentan con la especialidad de Cirugía Maxilofacial, solamente un consultorio cuenta con el instrumental especializado que se requiere, en los otros, el odontólogo es quien debe llevar el instrumental necesario.

Material Educativo.

La Salud Oral orientada de manera preventiva, es un sinónimo de buena Odontología. El adoptar este tipo de filosofía, es comprender y tratar al paciente como una entidad biopsicosocial íntegra; para cumplir con este propósito, es preciso brindar al paciente la educación y la motivación necesarias para mantener su propia salud, la de su familia y la de los miembros de su comunidad.

Es por esta razón que el odontólogo debe entregar gran parte de su tiempo a la promoción y prevención de la salud oral mediante charlas educativas a los diferentes grupos de la población: mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, niños en edad escolar, maestros, padres de familia, adolescentes; llegando a ellos mediante diferentes materiales para la educación en salud oral, dentro de los cuales tenemos:

Rotafolio. Es una cartilla grande que contiene diferentes hojas ilustrativas y explicativas referentes, en este caso, a la salud oral.

Macromodelos. Son modelos gigantes de la cavidad bucal con todas las piezas dentarias, y de un cepillo dental. Se utilizan para explicar de manera demostrativa las técnicas de cepillado correctas para cada edad.

Material de difusión. Se refiere a todo aquel material que contenga información básica sobre los cuidados de la salud bucal, y que pueda ser distribuido a toda la población. (trípticos, folletos, afiches, etc.)

Cuadros educativos. Son cuadros que muestran ilustraciones referidas a todo lo relacionado con la salud oral. Se encuentran en las paredes del consultorio odontológico, y es una manera de llegar a los pacientes mientras se las está realizando la atención correspondiente.

De los consultorios odontológicos que se han registrado, solamente el 18% cuentan con este tipo de material^{87/}. De éstos, el 52% están en el área urbana, y el 48% en el área rural. Sin embargo, se ha registrado que una gran mayoría de odontólogos elabora su propio material para poder realizar este tipo de actividad^{88/}.

Insumos y medicamentos.

^{86/} Anexos: Gráfico 25. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo al tipo de instrumental disponible.

^{87/} Anexos: Gráfico 27. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo a la presencia de material educativo.

^{88/} Anexos: Gráfico 26. Distribución de consultorios odontológicos de acuerdo a la disposición de material educativo, por departamento y ámbito geográfico.

En el mercado farmacéutico boliviano existen 8,293 medicamentos registrados legalmente, de los cuales se comercializan 5,518 (66.5%). El 27% de ellos son medicamentos esenciales y el 21% se comercializan con nombre genérico es decir, que por cada producto genérico se distribuyen en el mercado cuatro variedades comerciales⁸⁹.

Actualmente funcionan 210 empresas dedicadas a la producción, importación, distribución o comercialización de medicamentos, pero sólo 99 de ellas venden medicamentos esenciales. De los 20 medicamentos de mayor venta, solamente 7 son medicamentos esenciales.

Por otra parte, los precios de los medicamentos no están controlados y generalmente quedan fuera de los estratos más pobres. El país cuenta con un esquema de suministro conocido como Central Nacional de Abastecimiento (CEAS), que adquiere en el mercado internacional medicamentos a bajo precio y los distribuye y comercializa en el sector público bajo modalidades como fondos rotatorios y compras con fondos propios.

En la actualidad, se cuenta además con el Sistema Nacional Único de Suministros (SNUS), el cual se establece como marco normativo para la administración logística, armonizada e integral, que garantiza la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos, insumos médicos y odontológicos, así como reactivos, en el sistema nacional de salud. Es el instrumento diseñado para garantizar el suministro de medicamentos e insumos adecuados a la solidaridad social y subsidio.

El SNUS es el que le da la sostenibilidad al SUMI; debe garantizar el acceso a medicamentos e insumos sanitarios esenciales, de calidad, al precio más favorable y con capacidad de situarlos en el lugar y momento oportunos.

La lista de medicamentos del SUMI está conformada por 224 medicamentos que forman parte de la lista nacional de medicamentos esenciales⁹⁰, además de 153 insumos médicos y odontológicos.

Las instancias operativas del SNUS están constituidas por las farmacias institucionales municipales, hospitalarias y boticas comunales, encargadas de la gestión de medicamentos, insumos y reactivos en los establecimientos de salud de todo el país.

Dentro lo referente a la prescripción odontológica de medicamentos, no existe un control adecuado de la receta odontológica.

Síntesis de los principales problemas de los servicios de salud oral.

No hay normatización de los servicios odontológicos. El control y regulación en el área de salud oral por parte del Programa Nacional de salud Oral es limitado; la labor de los colegios y sociedades de Odontología es fundamentalmente a nivel de actividades socio culturales, las actividades científicas son esporádicas, y aunque en el pasado año se ha hecho un esfuerzo por coordinar con el MSD, los resultados son incipientes.

La gestión del Programa Nacional de Salud Oral del MSD ha sufrido modificaciones que minimizan su papel, caracterizada por un proceso de toma de decisiones centralista, verticalista y excluyente, con una disposición de recursos humanos insuficientes, a la vez que con serias

⁸⁹/ OMS: La salud de las Américas. 2002.

⁹⁰/ Sistema Nacional Único de Suministros. 2003

Manual de Normas en Salud Oral

deficiencias en cuanto a recursos infraestructurales (locales) y materiales (computadoras, mobiliario, etc).

Bajos niveles de coordinación intrasectorial (nivel central – departamental – municipalidad). Cada jefatura departamental realiza sus funciones y actividades de manera independiente, no existiendo supervisión de las mismas por el nivel central.

La cobertura pública de tratamientos dentales en adultos es mínima y los programas para niños no han alcanzado al total de beneficiarios posibles.

La falta de efectividad de programas de prevención como el de fluoruración de la sal, por lo cual la mayoría de la población no tiene acceso al consumo de sal yodo fluorada; y si bien algunas salineras la comercializan no hay el control de calidad adecuado por parte del MSD.

Los recursos humanos son insuficientes, existen muy pocos profesionales que cuentan con una especialidad y que están trabajando en hospitales de segundo y tercer nivel de atención; la producción de recursos humanos en salud oral es desordenada; y no hay o se desconoce la existencia de promotores de salud oral.

Existe además una falta de profesionales de la salud pública disponibles que estén capacitados en temas de salud oral.

El equipamiento, instrumental y materiales son insuficientes, se encuentran deteriorados y muchos son de baja calidad, en algunos casos son obsoletos, exponiendo a riesgo a la población, debido a lo anterior y a la pobreza técnica en materia de bioseguridad.

No existen medidas de promoción en salud oral por parte del MSD; pese a que las enfermedades dentales comunes son prevenibles, no todos los miembros de la sociedad están informados sobre ello, y no son capaces de autoproporcionarse este tipo de información. Los materiales educativos son escasos y no cubren las necesidades de promoción en salud oral de la población.

Los presupuestos nacional y departamental para salud oral, son muy limitados, sobre todo para la recolección de datos epidemiológicos y de control de calidad de los servicios odontológicos. Estos datos son esenciales para la realización de las

investigaciones en el campo de los servicios de salud, para generar hipótesis, para la planificación y evaluación de programas y para identificar a los problemas de salud oral emergentes.

Existe una limitada oferta de servicios, y no hay control de calidad.

Hay un enorme subregistro de la morbilidad en salud oral debido en parte a inadecuados instrumentos de recopilación de datos (fichas de paciente, historia clínica odontológica, etc.). No existen indicadores de salud oral determinados, para medir la producción de servicios odontológicos.

No hay investigación en salud oral, ni innovaciones en cuanto a modelos de atención. Además los recursos estatales son limitados en cuanto a personal, equipamiento e infraestructura disponibles para desarrollar programas de salud oral.

La capacidad de la salud pública para mejorar la salud oral es débil y no está integrada con otros programas de salud públicos. Se dedica muy poco tiempo a la educación de los profesionales en salud en las materias relacionadas con la salud oral y sus enfermedades.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL	
1	No existe normatización de los servicios odontológicos
2	La gestión del Programa Nacional de salud Oral está minimizada
3	Bajos niveles de coordinación intrasectorial
4	Coberturas bajas
5	Falta de efectividad de programas de prevención
6	Recursos humanos insuficientes
7	Equipamiento, instrumental y materiales deteriorados e insuficientes
8	No hay medidas de promoción en salud oral
9	Insuficiente inversión en salud oral
10	Limitada oferta de servicios
11	Inadecuados instrumentos para recolección de datos
12	No existe investigación en salud oral
13	Falta de integración con otros programas de salud

Propuesta de Modelo de Atención en salud oral, en el sistema de salud

Apartado III

Justificación.

El nuevo modelo de gestión que está en vigencia para todo el Sistema Nacional de Salud de Bolivia, involucra a todos los establecimientos públicos y de la seguridad social de corto plazo; iglesia; instituciones privadas con y sin fines de lucro y terapeutas de la medicina tradicional; todos regulados por el MSD.

El Sistema Nacional de Salud establece cuatro ámbitos de gestión:






Nacional, correspondiente al MSD

Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la prefectura

Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS)




Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo

El Ministerio de Salud y Deportes es el órgano rector y normativo de la gestión en salud a nivel nacional. Dentro de las funciones que debe cumplir están^{91/} :

-  Formular las políticas del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de seguridad social a corto plazo.
-  Formular políticas, supervisar y evaluar la ejecución de programas de prevención y control de enfermedades.
-  Formular políticas y ejecutar programas de promoción de la salud con participación activa de la población.
-  Formular políticas y ejecutar programas de alimentos y nutrición.
-  Reglamentar, supervisar y fiscalizar el funcionamiento de los

^{91/} MSD. Módulo de inducción: SUMI. 2003.

SEDES para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.

-  Coordinar, apoyar y orientar, técnicamente, a los Municipios en el desarrollo y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento de salud.
-  Coordinar acciones técnicas y económicas con la cooperación internacional en el área de la salud.
-  Promover la salud física y mental de toda la población

El Programa Nacional de Salud Oral, dependiente del MSD, teóricamente debería cumplir con todas estas funciones pero en la práctica no se han podido cumplir con muchas de éstas ya que el modelo de gestión en salud oral se caracteriza por un proceso de toma de decisiones bastante excluyente, con una baja capacidad de gestión y aislado o descoordinado de otros programas de salud, así como de iniciativas en salud oral propias de la sociedad civil.

El modelo de atención en salud oral presenta un bajo perfil preventivo, con un componente curativo alto y sin capacidad restaurativa, de baja y limitada cobertura ante una demanda creciente de la atención odontológica por parte de la población en general. Cuenta con una disposición de recursos financieros, humanos e infraestructura ineficientes, lo cual repercute en un pobre e inadecuado equipamiento, que se torna en una amenaza para la salud de los(as) pacientes, y en consecuencia en una dudosa calidad de atención.

Se requiere más información para mejorar la salud oral de Bolivia así como para eliminar las disparidades sanitarias. La investigación en salud oral a nivel institucional es inexistente, la capacidad de innovación tecnológica tiene baja relevancia; no se dispone de datos adecuados sobre la salud, la enfermedad, las prácticas sanitarias y los tratamientos realizados a la población en su conjunto ni a los diferentes segmentos, incluyendo las minorías raciales y étnicas, las poblaciones rurales, los discapacitados, los más jóvenes o los ancianos; los datos a nivel departamental o nacional esenciales para la planificación y evaluación de programas, son raros o no están disponibles y reflejan la limitada capacidad de la infraestructura existente para la salud oral en el país. Finalmente, la medición de los resultados de la salud o la enfermedad también son necesarios; existen aún más necesidades y los datos sobre la salud oral por sí mismos no existen. Todas estas deficiencias mantienen en el retraso el desarrollo en materia de salud oral en Bolivia.

La información disponible, pese a los esfuerzos del Programa de Salud oral, es escasa e incompleta, basada en un limitado listado de indicadores cuantitativos, que no permite medir el impacto real de las actividades realizadas, ya que las enormes cifras de consultas y tratamientos sólo reflejan el notable esfuerzo del personal que las realiza y muy parcialmente otros indicadores de interés, como los indicadores epidemiológicos y los indicadores de evaluación de actividades de atención. Tal situación se traduce en una visión poco precisa e insegura de lo que ocurre en salud oral.

El modelo actual de salud oral está separado del nuevo modelo de gestión que tiene el MSD y no corresponde al perfil demográfico y epidemiológico transicional del país. En Odontología, no se tiene conocimiento sobre aspectos tales como los patrones de utilización de los servicios, las barreras de acceso, las prácticas y conductas en salud oral, las creencias y preferencias culturales, etc. Los factores sociales, económicos y culturales, así como los cambios demográficos, afectan a la utilización y administración de servicios de salud y a su uso, y además al cuidado propio de las personas.

Aunque la mayoría de las enfermedades bucales no representen amenaza para la vida, ellas son un problema de salud pública. La predominancia, la gran demanda de recursos públicos para los tratamientos y su impacto en la sociedad, en lo que se refiere al dolor, incomodidad, limitaciones funcionales y sociales, tienen enérgicos efectos en el estilo de vida.

La razón dentista / habitante (8.88 odontólogos por 100,000 habitantes), provoca una preocupación respecto a la capacidad de los recursos humanos para enfrentarse a las demandas crecientes de la sociedad y poder proveer los tratamientos odontológicos requeridos de forma eficiente. Existe además una falta de profesionales sanitarios de la salud pública disponibles, que estén capacitados en temas de salud oral. Como resultado, los programas de prevención de enfermedad existentes no se están llevando a cabo en muchas comunidades, provocando vacíos en la prevención y en los servicios de salud que afectan a las poblaciones más necesitadas de la nación. Además, el recorte en el presupuesto general de la nación ha reducido el personal odontológico tanto en el ámbito administrativo como asistencial, y ha reducido la promoción de la salud oral y los esfuerzos de prevención de la enfermedad.

Por otra parte, se dedica muy poco tiempo a la educación de los profesionales en salud (médicos, enfermeras, auxiliares, y otros) en las materias relacionadas con la salud oral y sus enfermedades. Esto influye en gran parte para que exista una falta de coordinación entre programas así como un escaso trabajo multidisciplinario en los establecimientos de salud. El tener profesionales sanitarios bien informados asegurará que el público que utiliza el sistema de salud se beneficie de servicios multidisciplinarios y de un tratamiento integral.

El MSD en los últimos años ha realizado esfuerzos para fortalecer programas y aumentar coberturas, pero prácticamente se ha olvidado de salud oral, que sin duda presenta problemas necesarios de superar, entre ellos:

- Bajo perfil preventivo
- Bajas coberturas
- Limitada oferta de servicios
- Inequidad en la atención
- Inaccesibilidad a los servicios
- Insuficiente cantidad de recursos humanos
- Inexistente control de calidad de las atenciones odontológicas
- Falta de capacidad resolutive de los servicios odontológicos de referencia
- Insuficiente inversión en salud oral
- Mínimo y deteriorado equipamiento e instrumental
- Falta de integración de los prestadores de servicios de salud oral

3.1.1. Importancia de la Salud Oral.

El amplio significado de *salud oral* es paralelo al amplio significado de *salud*. En 1948 la Organización Mundial de la Salud aumentó la definición de salud a “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Se deriva por tanto, que la salud oral y la salud general no deben ser interpretadas como entidades diferenciadas^{92/}.

Gozar de salud oral es un complemento fundamental para alcanzar la salud integral de la persona, una ausente o limitada salud oral interfiere directamente en el proceso digestivo y en consecuencia afecta a todo el organismo, un adecuado diagnóstico de salud oral detecta temprana o tardíamente patologías mortales, pudiendo prevenirlas o limitar su daño.

Entendiendo que la boca refleja el estado de salud general y de bienestar, el desconocimiento de los problemas de salud oral puede conllevar a un dolor y sufrimiento innecesario, provocar complicaciones muy graves en el estado de bienestar del individuo así como ocasionar costos sociales y financieros que disminuyen de forma significativa la calidad de vida y que sobrecargan a la sociedad en su conjunto.

Los hábitos de vida que afectan a la salud general como el hábito de fumar, la ingesta excesiva de alcohol y los malos hábitos alimentarios también afectan a la salud oral y craneofacial. Estos hábitos individuales están asociados a un mayor riesgo de defectos congénitos, cáncer oral y faríngeo, enfermedad periodontal, caries y candidiasis, entre otros problemas de salud oral.

Las afecciones orales contribuyen a disminuir la habilidad para comer, masticar y tragar alimentos; limita la elección de la comida; y provoca por tanto una nutrición inadecuada. Algunas de estas afecciones incluyen la pérdida de dientes, la función salival disminuida, los problemas que cursan con dolor orofacial como los desórdenes temporomandibulares, las alteraciones en el gusto y las limitaciones funcionales de las prótesis restaurativas^{93/}.

Las molestias y dolores originados en la cavidad oral, afectan a la salud durante toda la vida, su oportuna eliminación devuelve la tranquilidad y dignidad a quien las padece; las pérdidas dentarias prematuras afectan la estética y vulneran la autoestima y en consecuencia la salud mental de las personas.

La salud oral está relacionada con el bienestar y la calidad de vida desde el punto de vista funcional, psicosocial y económico. La dieta, la nutrición, el sueño, el estatus psicológico, la interacción social, la escuela y el trabajo se ven afectados por una salud oral deteriorada.

Las enfermedades orales y craneofaciales y su tratamiento representan una carga para la sociedad en forma de días o años de trabajo perdidos. Las patologías dentales agudas provocan una serie de problemas para los trabajadores incluyendo una restricción de la actividad, días en cama, pérdida de trabajo y pérdida de días de escuela para los niños. Además, algunas patologías como el cáncer oral o faríngeo provocan una muerte prematura que puede ser medida por los años de vida perdidos^{94/}.

Los valores culturales influyen la salud oral y el bienestar, y juegan un papel importante en la utilización de prácticas curativas y en la adopción de normas aceptables de salud oral y facial.

^{92/} Declaración de Berlín para la salud y servicios odontológicos.

^{93/} Departamento de salud y servicios humanos de los EEUU.

^{94/} Instituto nacional para la investigación oral y craneofacial de los Estados Unidos.

Por tanto, la salud oral es un componente crítico de la salud y debe ser incluido en el diseño de programas comunitarios y en la planificación de servicios. Dada la extensión y severidad de los problemas de salud oral, un incremento racionalizado y calificado de las atenciones odontológicas, contribuye indudablemente a un mejoramiento de la salud pública.

3.2. Descripción del Modelo de Atención en Salud Oral: Una base de partida para actuar.

El modelo de atención en salud oral propuesto es integral, con énfasis en la promoción y prevención, estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes curativo y restaurativo y una relación de complemento con la atención médica; además busca articularse a los demás sectores del desarrollo (social, económico y medio ambiental) a fin de contribuir al desarrollo humano para mejorar la calidad de vida y eliminar las disparidades sanitarias facilitando la colaboración entre los individuos, los profesionales en salud, las comunidades y los políticos en todos los niveles de la sociedad para sacar el máximo partido de las iniciativas existentes.

La atención en salud oral debe estar dirigida a impactar a la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables y con discapacidades de todo tipo, además debe estar basada en el principio de la atención de calidad y ser accesible a todos; el énfasis de las intervenciones debe estar puesto en acciones educativas en salud oral integral y de apoyo a controlar la morbilidad oral más común: la caries dental, para lo cual se deben adoptar algunas reglas básicas como la distribución de alimentos baratos y nutritivos, el control de la propaganda de productos nocivos a la salud oral, el acceso a la información, a la recreación y a las actividades físicas, así como la promoción de una nutrición adecuada e higiene bucodental correcta.

La investigación en salud oral debe ser continua y los sistemas de vigilancia epidemiológica y de información gerencial deben ser estables y partir de la comunidad.

La epidemiología es la herramienta más importante para el desarrollo y evaluación de los planes y programas de salud bucal, por tanto se deben elaborar nuevos indicadores de salud oral que permitan facilitar el procesamiento de datos y de esa manera tener conocimiento sobre la salud oral en los grupos de riesgo de la población; a partir de esto, se podrán planificar actividades de supervisión y evaluación de la calidad de la atención odontológica y de los servicios de salud que cuenten con Odontología.

Pero, para que un programa de salud bucal alcance sus objetivos, es fundamental que la comunidad se comprometa con él, entendiendo su importancia como parte integrante y activa del proceso social, económico y cultural para la promoción de la salud bucal, dentro del concepto de mejoría de la calidad de la salud general. No se podrá llegar a buen resultado sin que primero pase por una etapa de adaptación a los requerimientos de las comunidades necesitadas a las que se orienta el programa.

Los servicios y campañas de salud oral deberán ser modificados de acuerdo a las necesidades específicas de cada comunidad. Esto exige revisiones constantes de las bases científicas para los métodos de educación oral, tales como: entrenamiento y formación profesional, historia de las enfermedades bucales, patología bucal, estrategias de prevención, tratamiento, control de infecciones, métodos de investigación y ciencias sociales para salud bucal y programas comunitarios.

La salud está directamente relacionada a los problemas sociales. La participación y la integración de las comunidades es fundamental. Dos principios básicos de la atención primaria

de la salud deben tenerse en cuenta, en casi todos los programas de salud oral colectivos, para que se obtengan soluciones durables: la participación de la comunidad y la cooperación e integración multisectorial. Tomar estas medidas evitará que los esfuerzos se transformen en simples paliativos, reafirmando estructuras injustas perpetuadas por servicios de mala calidad, que no enfrentan los problemas como el desempleo, alto costo de vida y falta de vivienda.

La integración y el tratamiento de factores de riesgo comunes, deben ser la pieza fundamental para las actividades de promoción en salud; las medidas de prevención deberán ser simples y efectivas y no contradecirse unas con otras, ni confundir a la comunidad.

La cobertura del modelo propuesto es creciente y, partiendo de aumentar su propio esfuerzo, se apoya en la intersectorialidad y en las redes locales de salud oral, que deben ser conformadas de acuerdo a las redes de salud establecidas en cada departamento. La gestión del modelo debe ser descentralizada y de responsabilidad compartida, la gerencia institucional debe ser participativa como garantía de adecuación del modelo a las necesidades del entorno.

Los servicios de salud oral se deben prestar continuamente en los establecimientos de salud y en la comunidad apoyado por personal comunitario debidamente entrenado y supervisado, disponiendo de tecnología apropiada a un costo sostenible para la familia y la comunidad.

Existe una gran preocupación por el control de la calidad de los servicios y la práctica profesional. Se debe realizar de manera periódica una medición del desempeño para tener un diagnóstico operativo de las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de la salud pública, entendida en su más amplio concepto, esto es incluyendo las capacidades humanas y las instalaciones y equipamiento necesarios para su buen desempeño^{95/}, de esta manera se podrá conseguir un mejoramiento continuo de la calidad en salud oral.

Los recursos humanos del modelo comprenden personal académico alto y medio, combinado con personal comunal profesional y voluntario que responda en su formación al perfil epidemiológico y demográfico local. La formación profesional debe ser continuamente reforzada mediante programas de capacitación para profesionales en salud oral, en temas referentes a enfermedades que tiene mayor incidencia en la región donde se encuentran desempeñando sus funciones, así como también sobre aquellas enfermedades sistémicas que influyen en la salud bucal como: la diabetes, enfermedades cardíacas, SIDA, niños con síndrome de Down y muchas otras; esto con el objetivo de crear un enfoque integral de salud y así introducir la práctica profesional multidisciplinaria.

El desarrollo de los recursos humanos debe responder a una planificación que eleve su profesionalismo, calidez y capacidad adquisitiva. Entre el odontólogo(a), personal auxiliar y los pacientes se establece una relación de igualdad y colaboración, buscando que la población asuma la responsabilidad que le compete su propio proceso de salud – enfermedad.

Los insumos necesarios deben responder a una planificación y normas de calidad, tener un adecuado almacenamiento, control de vigencia (fecha de vencimiento) y estar en correlación con la capacidad de atención odontológica que se otorga, en observancia de normas de bioseguridad que vuelvan confiable la práctica odontológica mejorando de esta manera la calidad de atención.

^{95/} La salud en las Américas. 2002. Volumen I

Los obstáculos para tener acceso a la salud oral incluyen la inaccesibilidad a los tratamientos, ya sea por la falta de un seguro de salud o por un bajo poder adquisitivo, y el transporte o la flexibilidad laboral para atender las necesidades en salud personales o familiares^{96/}.

Se deben cumplir tres condiciones para que la extensión de la protección en salud opere como garantía en la práctica^{97/}:

Acceso a los servicios, es decir que exista la oferta necesaria para la provisión de servicios y que las personas puedan acceder física y económicamente a ellos.

Seguridad financiera del hogar, es decir que el financiamiento de los servicios no amenace la estabilidad económica de las familias ni las posibilidades de desarrollo de sus miembros.

Dignidad en la atención, es decir que se provea una atención de calidad, respetando las características raciales, culturales y económicas de los usuarios, definidas mediante un proceso de diálogo social.

La falla en el cumplimiento de alguna de estas tres dimensiones determina alguna forma de exclusión en salud.

El acceso a los sistemas sanitarios determina importantes diferencias. En el acceso a los servicios sanitarios subyace un conjunto de factores como la existencia de una información al público, la existencia de programas que sean culturalmente competentes y la existencia de recursos para rembolsar los tratamientos. Entre otros factores, la disponibilidad de seguros aumenta el acceso a los tratamientos. Las actividades preventivas, como los protectores bucales y los selladores de fisuras, existen pero no son utilizados de forma uniforme y deberían ser reforzados.

La reducción de disparidades requiere una amplia gama de acercamientos a las poblaciones de alto riesgo para determinadas patologías orales e involucra la mejora del acceso a los servicios existentes.

El financiamiento del modelo es esencialmente subsidiario con un componente solidario comunal e interinstitucional.

Resumiendo, disposición, acceso, responsabilidad, instalaciones, receptividad y costo, son elementos fundamentales que tienen que tenerse en cuenta para la mejoría de los servicios de salud oral.

3.3. Principios.

El modelo de atención en salud oral integral en el sistema nacional de salud se orienta por los siguientes principios:

Intersectorialidad: coordinación con los otros sectores del desarrollo a fin de lograr el pleno desarrollo humano.

^{96/} Declaración de Berlín para la salud y los servicios odontológicos

^{97/} La salud en las Américas. 2002. Volumen I.

Integralidad de atención: se hace cargo de todos los problemas de salud de la persona, más allá del motivo de consulta que ocasionó el contacto con el personal odontológico. Combinando acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y mantenimiento de la salud, con énfasis en el componente preventivo de la atención en salud.

Accesibilidad: geográfica, económica, funcional, sociocultural y tecnológica.

Equidad: servicios de atención en salud oral en relación a las necesidades de los usuarios.

Derecho a la salud oral: como principio constitucional que confiere obligaciones y derechos a la persona, sociedad e instituciones.

Continuidad de atención: se hace cargo de todo el episodio de la enfermedad o programa de prevención y no sólo de la primera consulta.

Calidad: cumplimiento de estándares técnicos y satisfacción del usuario.

Calidez humana: trata a las personas de manera que respondan a sus expectativas en términos de dignidad y respeto.

Participación: participación técnica y social con garantía de un modelo en constante renovación y adaptación a las necesidades y realidades de la población.

Eficacia de atención: brinda un tratamiento científicamente comprobado.

Simplificación de técnicas: buscando aumentar cobertura, disminuyendo costos y manteniendo la calidad de atención.

3.4. Objetivos.

3.4.1. Objetivo General.

El objetivo principal es aumentar el nivel de salud oral de la población programática del MSD, en el marco del sistema nacional de salud a desarrollar en los próximos 5 años (2005 – 2009), mediante la aplicación de estrategias básicas para la promoción, prevención y la factibilidad de los servicios odontológicos de tratamiento integral.

3.4.2. Objetivos Específicos.

- ◆ Aumentar la cobertura
- ◆ Aumentar la accesibilidad a los servicios de salud oral
- ◆ Mejorar o implementar los sistemas de vigilancia epidemiológica en salud oral y los sistemas de información.
- ◆ Incorporar mayor cantidad de recursos humanos para los establecimientos de salud que cuentan con el servicio de Odontología.

- ◆ Elaborar normas y procedimientos en salud oral
- ◆ Mejorar la capacidad resolutoria de los hospitales de referencia
- ◆ Evaluar la calidad de la atención odontológica y de los servicios de salud
- ◆ Mejorar el equipamiento e instrumental de los consultorios odontológicos
- ◆ Lograr la integración de todos los prestadores de servicios en salud oral

3.5. Población programática.

La población programática del MSD esta constituida por toda la población boliviana (8,254,325 habitantes), priorizando a sus grupos de riesgo sin excluir de la atención al resto de población vulnerable.

En Odontología, la población programática es la misma en cuanto a promoción y prevención se refiere; en el caso de la aplicación de tratamientos estomatológicos se debe tomar a la población a partir de 1 año, edad en la cual ya se presenta la erupción de las piezas dentarias temporarias.

Sin embargo, se debe considerar la posibilidad de tomar como población programática a aquella que no se encuentre contemplada dentro de la población atendida por la seguridad social (2,255,510 personas afiliadas)⁹⁸, por tanto se tendría una población programática de 5,998,815 personas dividida de acuerdo a los siguientes grupos etáreos: niños de 1 a 5 años, niños de 5 a 14 años, personas de 15 a 64 años y personas de 65 y más años.

3.6. Estrategias.

Todas las estrategias de salud bucal deben estar integradas a los programas de prevención que, a su vez, deben estar inseridos dentro del contexto de salud, aumentados por los niveles de calidad de vida. Los aspectos más importantes de la prevención son: la efectividad, la simplicidad, el bajo costo y la disponibilidad.

Las estrategias del modelo de atención en salud oral propuesto son:

Integración intrainstitucional de los servicios de salud oral, tanto en el nivel central con las departamentales y de éstas con el conjunto de entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud del país.

Coordinación interinstitucional con otros actores a nivel local, ya sean instancias gubernamentales o no gubernamentales.

Control y regulación de la calidad de la atención en salud oral tanto a nivel central como local en los sistemas sanitarios.

Financiamiento, esencialmente subsidiario y solidario establecido en base a criterios de perfil epidemiológico, prioridades de salud del país, población de responsabilidad programática, programación anual operativa y costo de servicios.

⁹⁸/ Instituto Nacional de seguros de salud. 2001.

Estrategia de estímulo y promoción al voluntariado comunal en salud oral, la cual puede contemplar carnetización del personal comunitario, atención obligatoria de la referencia hecha por el promotor, atención en salud oral y general al promotor(a), a su padre, madre, cónyuge e hijos, apoyo ocasional programado en especie (alimentos, ropa, calzado, implementos de salud oral) y otros.

Programa integral de salud oral familiar, dividido en 8 subprogramas de alcance nacional:

- Subprograma de atención en salud oral infantil y a la niñez
- Subprograma de atención en salud oral al adolescente
- Subprograma de atención en salud oral a la mujer y a la madre
- Subprograma de atención en salud oral al adulto mayor
- Subprograma de atención en salud oral a discapacitados(as)
- Subprograma de atención en salud oral a niños especiales
- Subprograma de atención en salud oral al paciente internado con enfermedad sistémica
- Subprograma de atención en salud oral al paciente ambulatorio con enfermedad sistémica

El programa tiene un enfoque integral con énfasis en lo preventivo y es complementario a la atención médica, su nivel de resolución comienza en la comunidad en un proceso de complejidad creciente.

La oferta actual de servicios de salud oral del MSD extenderá su cobertura, mediante el desarrollo de los programas de atención integral y el SUMI. La atención será brindada por niveles de complejidad y debe estar a cargo del personal del MSD, de las comunidades y de otras instituciones sin fines de lucro.

La gerencia del modelo es participativa incluyendo técnicos y a la población en todas las etapas de la planeación y ejecución de las actividades de salud oral.

Informe periódico sencillo y comprensible dirigido a la población acerca de la situación de la salud oral.

Capacitación y educación continua a todo el personal de salud oral, formación de personal técnico medio, y capacitación, acompañamiento y reconocimiento al personal comunitario en salud oral.

Investigación institucional en distintas temáticas de la salud, levantar en particular el índice CPO (cariados, perdidos, obturados) como base para reconocer la dimensión del problema de salud oral y como parámetro obligado para establecer el impacto de las intervenciones. Realización permanente de estudios de percepción acerca de la calidad de atención.

Diseño de la hoja de vigilancia epidemiológica en salud oral. Se debe incluir en el sistema de vigilancia epidemiológica nacional la morbi – mortalidad dentaria en el perfil epidemiológico del país.

3.7. Oferta de servicios.

La oferta de servicios debe ser redefinida para aumentar la capacidad resolutive de la atención odontológica, mejorar la atención hospitalaria, elevar la eficiencia en uso de los recursos, promover la complementación público privada e integrar el nivel primario de atención con los otros niveles.

La prestación actual de servicios debe ser actualizada al perfil transicional predominante, el perfil promocional y preventivo de las prestaciones actuales debe ser gradualmente elevado, con el propósito de aumentar la cobertura, limitar el daño y racionalizar de mejor manera la inversión en salud oral.

Además debe contemplarse el apoyo asistencial del MSD a comunidades o instituciones que tengan instalados servicios de salud oral en lugares remotos.

Los servicios actuales en las áreas de diagnóstico, educación en salud oral, periodoncia, operatoria, endodoncia, y cirugía bucal que se prestan prioritariamente a niños, mujeres embarazadas y adultos, deben ser ampliados a niños(as) especiales, a los(as) adolescentes, adultos mayores y población discapacitada, de acuerdo a su morbilidad prevalente.

Pese a que los teóricos han propuesto una variedad de modelos para los determinantes de salud, existe un consenso general en que la biología individual, el entorno físico y socioeconómico, el comportamiento personal, el tipo de vida, y la organización de los servicios de salud son los factores principales que determinan con su interrelación el nivel de salud oral alcanzado por una persona. Estos factores interactúan durante toda la vida y determinan la salud de los individuos, grupos de población y comunidades.

Las atenciones odontológicas se deben realizar de acuerdo al nivel de atención del establecimiento, o sea de acuerdo a su poder resolutive^{99/} :

1 NIVEL DE ATENCIÓN	2 NIVEL DE ATENCION	3 NIVEL DE ATENCIÓN
Atención odontológica preventiva y curativa	Atención odontológica preventiva, curativa y de rehabilitación	Atención odontológica integral, de interconsulta e intra hospitalaria
Exodoncias	Exodoncias	Exodoncias

^{99/} Unidad de grupo técnico de regulación y calidad. Guía de evaluación para la acreditación de hospitales.

-	Cirugía bucal menor (piezas retenidas)	Cirugía bucal menor, mediana y mayor
Endodoncias unirradiculares	Endodoncias unirradiculares y multirradiculares	Endodoncias unirradiculares y multirradiculares
-	-	Atención a niños especiales con anestesia general
-	-	Atención en Infectología, Traumatología, Patología y malformaciones
Atención de emergencias odontológicas estomatológicas	Atención de emergencias odontológicas estomatológicas	Atención de emergencias odontológicas estomatológicas
Pulpotomías	Pulpotomías	Pulpotomías
Obturaciones	Obturaciones	Obturaciones
Drenaje de abscesos intraorales	Drenaje de abscesos intra y extraorales	Drenaje de abscesos intra y extraorales
Periodoncia	Periodoncia	Periodoncia
Aplicación tópica de Flúor	Aplicación tópica de Flúor	Aplicación tópica de Flúor
Sellantes de fosas y fisuras	Sellantes de fosas y fisuras	Sellantes de fosas y fisuras
Educación en Salud Oral	Educación en Salud Oral	Educación en Salud Oral

3.8. Recursos necesarios.

Recursos humanos.

Los recursos humanos necesarios para disponer de una mínima capacidad de atención a la demanda en salud oral están constituidos por un equipo local integrado por:

Manual de Normas en Salud Oral

Promotor(a) comunal en salud oral, con funciones de organización, promoción y educación en salud oral a la vez que brinda atención de diagnóstico, nutrición, técnicas de higiene, referencia y vigilancia epidemiológica a nivel comunal.

Interno(a) del Servicio Social Rural Obligatorio, con funciones de brindar atención en educación en salud oral a la población en general, profilaxis a niños(as) y adultos, detartraje a adolescentes, madres, adultos y discapacitados, exodoncias sencillas a niños y sellado de fosas y fisuras a niños y adolescentes, a nivel de establecimiento de salud y comunidad. El trabajo realizado por el interno debe ser supervisado por el odontólogo.

Odontóloga(o) con responsabilidades de capacitar y acompañar al personal comunitario, y realizar tratamientos específicos como diagnóstico, tratamiento periodontal completo, obturación, pulpotomías, endodoncias, exodoncias simples y complicadas a nivel de centro de salud.

Cirujano maxilofacial, con responsabilidad de capacitar a personal institucional y comunitario en diagnóstico y manejo de candidatos a cirugía oral y el apoyo ambulatorio post intervención de este tipo de paciente, a la vez que realizar las intervenciones de cirugía oral a nivel hospitalario.

Odontopediatra, con responsabilidad de atender en un segundo y/o tercer nivel a niños referidos del primer nivel de atención; además debe tener la responsabilidad de capacitar al personal institucional y comunitario en el diagnóstico y tratamiento de niños en base a las diferentes características clínicas que presenten.

Supervisor(a), aplicando un enfoque de supervisión capacitante que apoya la resolución de los problemas gerenciales y de gestión, determina necesidades de capacitación y educación permanente e interviene directamente en este proceso de desarrollo de los recursos humanos, determina necesidades de abastecimiento e infraestructura y detecta la calidad de atención en salud oral.

El trabajo profesional no debe detenerse en los dientes; es preciso desarrollar un trabajo global. La sugerencia básica es que, antes de todo, los profesionales autónomos complementen los servicios de salud pública.

Como el problema de la mala distribución del personal cualificado es una realidad en la mayoría de los países, deberán existir incentivos para que los profesionales atiendan en las zonas rurales y en las comunidades necesitadas. Deberán recibir entrenamiento adecuado, condiciones de trabajo y sueldos dignos.

Se debe tener especial atención en aquellos odontólogos que prestan sus servicios en el área rural, ya que muchos de ellos cuentan sólo con ítem de medio tiempo. Estos profesionales deben tener el ítem de tiempo completo ya que atienden prácticamente todo el día, además de salir hacia otras poblaciones cercanas y realizar tratamientos de desfocalización, promoción y prevención en salud oral.

De acuerdo al estudio realizado se necesitan un mínimo de 125 plazas nuevas, con lo cual se lograría contar con 1 odontólogo(a) por establecimiento de salud que cuente con el servicio de Odontología, 1 supervisor(a) por departamento, 2 supervisores(as) a nivel nacional, y 1 coordinador(a) nacional de salud oral.

Además debería considerarse la posibilidad inmediata de proporcionar una auxiliar de enfermería por consultorio odontológico, esto debido a que el profesional debe realizar procedimientos adicionales a la atención odontológica de cada paciente (lavado del instrumental, limpieza del ambiente, esterilización del instrumental, etc.), lo cual le demanda

gran parte de su tiempo que podría ser invertido en la atención de un mayor número de pacientes que acuden al establecimiento de salud.

La conformación de un equipo odontológico a nivel departamental, para la realización de programas sociales es muy necesario si se quiere lograr tener un mayor alcance de acción en salud oral sobre cada región del país, tanto desde el punto de vista promocional, preventivo como también asistencial; este equipo debe considerar todas las características demográficas y socioeconómicas de la región para establecer los medios más adecuados y promover la salud oral en esa población.

La planificación, el entrenamiento y la educación, del personal de salud bucal, deben integrar las estrategias de salud. El entrenamiento debe ser amplio, para que la atención odontológica esté en relación directa con la salud en general y relacionado además, con los planes nacionales de salud bucal.

El papel de los profesionales en la salud oral es de una importancia fundamental, tanto en la prestación directa de servicios como en la aportación de los elementos necesarios para el desarrollo y aplicación de estrategias y programas de salud pública.

Además del papel, imprescindible de los profesionales del área de salud bucodental (odontólogos, estomatólogos e higienistas) hay que tener en cuenta la de otros miembros del equipo básico de Atención Primaria como el Pediatra, Médico de Familia, Enfermería para trabajar de forma multidisciplinaria durante la atención odontológica.

3.8.2. Equipamiento.

De acuerdo a la Guía de evaluación para la acreditación de Hospitales¹⁰⁰, el consultorio odontológico debe reunir las siguientes características, según el nivel de atención al que corresponda:

1 NIVEL: CENTRO DE SALUD	2 NIVEL: HOSPITAL BÁSICO DE APOYO	3 NIVEL: HOSPITAL GENERAL O DE ESPECIALIDADES
Cuenta con un consultorio odontológico	Cuenta con dos consultorios odontológicos	Cuenta con dos o más consultorios odontológicos
Atención odontológica con profesional a medio tiempo y tiempo completo	Atención odontológica con profesional (es) a tiempo completo	Atención odontológica con profesional (es) de especialidad a tiempo completo
-	-	Apoyo por parte del personal de enfermería
Protocolos de atención	Protocolos de atención	Protocolos de atención

¹⁰⁰/ Unidad de grupo técnico de regulación y calidad.

Materiales bioseguridad	de	Materiales bioseguridad	de	Materiales de bioseguridad
Equipo odontológico completo		Equipo odontológico completo		Equipo odontológico completo
Equipo de Rx dental		Equipo de Rx dental		Equipo de Rx dental
-		-		Equipo de Rx Panorámico
Instrumental diagnóstico	de	Instrumental diagnóstico	de	Instrumental de diagnóstico
Instrumental Operatoria dental básico	de	Instrumental Operatoria completo	de dental	Instrumental de Operatoria dental completo
Instrumental Endodoncia	de	Instrumental Endodoncia	de	Instrumental de Endodoncia
Instrumental Periodoncia	de	Instrumental Periodoncia	de	Instrumental de Periodoncia
Instrumental quirúrgico básico		Instrumental quirúrgico completo		Instrumental quirúrgico completo
-		-		Instrumental especializado de Maxilo facial

La adquisición de equipos estará sujeta a normas de calidad y deberá contar con el adecuado mantenimiento de manera periódica para que el tiempo de vida de los equipos se alargue. En lo inmediato urge realizar una inspección y revisión de todos los equipos dentales para determinar su correcto funcionamiento; además es imprescindible disponer de equipo adecuado de esterilización en una gran parte de los establecimientos de salud.

Tomando en cuenta de que un considerable número de consultorios cuenta con la unidad radiógena dental, es recomendable que se verifiquen las condiciones en las cuales estos equipos están funcionando.

3.8.3. Instrumental y materiales.

La adquisición del instrumental odontológico básico es de vital importancia para la realización de los tratamientos que se ofrecen en los establecimientos de salud que cuentan con Odontología. Es requisito indispensable que esta adquisición también deba estar sujeta a normas de calidad y adecuado mantenimiento.

En lo inmediato hay que triplicar las cantidades existentes, ya que un gran número de consultorios no cuenta con el instrumental mínimo necesario^{101/}, y algunos funcionan porque el odontólogo pone a disposición su propio instrumental.

Por otra parte, los consultorios deben ser provistos de materiales dentales de tal forma que no exista deficiencia de los mismos ya que son un factor importante para que se puedan realizar los tratamientos con eficacia.

3.8.4. Medicamentos.

Es necesario formular un cuadro básico actualizado de medicamentos de uso en salud oral y su adquisición debe ser canalizada a nivel central.

En este sentido, también se deben realizar programas de capacitación y actualización de medicamentos esenciales a los profesionales odontólogos para que no se llegue a la prescripción indiscriminada mediante la receta odontológica.

3.8.5. Financiamiento.

La inversión en salud oral es prioritaria y debe pasar a ser considerada como tercera prioridad después de salud mental, el monto necesario en lo inmediato debe ser al menos triplicado.

3.9. Organización.

La organización del modelo de atención en salud oral integral en el sistema nacional de salud, se orienta por los siguientes conceptos^{102/} :

Nuevo modelo de gestión: Es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el MSD.

Ministerio de salud y Deportes (MSD): Es el órgano rector y normativo de la gestión en salud a nivel nacional; formula estrategias, políticas, planes y programas nacionales y dicta las normas para el Sistema Nacional de Salud.

Servicio departamental de salud (SEDES): Es el articulador de las políticas nacionales y de la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión en salud en el departamento y es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial de acuerdo al nuevo modelo de gestión.

Gobierno municipal: es la instancia operativa básica, constituida por un conjunto de establecimientos que deben ser complementarios entre sí, en la identificación y resolución de los problemas en salud de su población de responsabilidad programática en su área de influencia territorial. Es el responsable de la administración de las cuentas municipales de salud a través de la gestión compartida del DILOS.

Directorio local de salud (DILOS): constituye la máxima autoridad en la gestión compartida con participación popular en salud, para el cumplimiento de la política nacional de salud, implantación del SUMI y aplicación de programas priorizados por el municipio.

^{101/} Anexos: Gráfico

^{102/} MSD. Modelo de inducción del modelo de gestión. Julio, 2003.

Redes de Salud: conformadas por establecimientos del sector público, de la seguridad social de corto plazo y otros que hayan firmado algún convenio con el MSD. Cada red debe estar conformada por establecimientos de salud pertenecientes a los 3 niveles de atención de tal manera que cada una tenga un centro de referencia en el nivel superior.

Redes Sociales: constituidas por organizaciones territoriales de base y un conjunto de personas que representan a la sociedad civil organizada en el ámbito urbano y rural de acuerdo a sus usos y costumbres reconociendo prioritariamente el derecho de las mujeres campesinas, indígenas y originarias.

En base a todos estos conceptos se desarrolla el modelo de atención en salud oral propuesto que tiene como base trabajar de manera coordinada entre todas las instituciones que conforman el nuevo modelo de gestión y que prestan servicios de salud oral, con el fin de unificar las acciones para llegar a una misma meta: mejorar y conservar la salud oral de la población boliviana.

Se organiza de la siguiente manera:

Programa Nacional de Salud Oral. Es la instancia normativa de la gestión en salud oral a nivel nacional. Debe formular las políticas, planes estrategias y programas además de dictar las normas en salud oral para el Sistema Nacional de salud.

Jefatura departamental de Odontología. Perteneciente al SEDES, coordina y supervisa la gestión en salud oral en el departamento y es el encargado de hacer cumplir la política en salud oral y las normas odontológicas de orden público en su jurisdicción.

Directorio Local de salud. Debe estar conformado además, por un odontólogo representante del municipio quien debe estar encargado de promover y gestionar programas y proyectos de cooperación técnica y financiera para la provisión de servicios de salud oral en el marco de regulaciones y convenios en vigencia; elaborar, suscribir y evaluar compromisos de gestión en salud oral con el gerente de red; evaluar la situación de la salud oral, la red de servicios, la ejecución de programas, el SUMI y la calidad de atención; gestionar los recursos físicos, financieros y humanos para el área de odontología de la red de servicios de salud, promoviendo en los establecimientos la aplicación del modelo de atención en salud oral para mejorar la calidad y eficiencia en la producción de servicios odontológicos; y apoyar en las diferentes funciones que el DILOS debe cumplir.

Redes de Salud. Se deben conformar las redes de salud oral mediante establecimientos de salud que cuenten con el servicio de Odontología, pertenecientes a los 3 niveles de atención de tal manera que cada una tenga un centro de referencia en el nivel superior.

Cambios en la percepción de la salud y la enfermedad oral como un componente de la salud general.

Muchas veces, las personas, los políticos y los profesionales en salud pueden considerar a la salud oral y a la necesidad de tratamiento odontológico como menos importante que otras necesidades sanitarias, por tanto se debe expresar la necesidad de aumentar el conocimiento de su importancia y mejorar la información sanitaria¹⁰³. Se debe tener especial atención en la

¹⁰³/ La salud en América. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

prevención y en el “creando salud” en lugar del “restaurando salud” que es lo que se quiere lograr en salud oral.

 ***El cambio de la percepción pública.***

Muchas personas consideran los signos y síntomas orales como menos importantes que otros indicadores de la enfermedad general. Como resultado, muchas personas pueden evitar o posponer un tratamiento necesario y por lo tanto exacerbar el problema. Si queremos aumentar la capacidad del país para mejorar la salud oral y reducir las disparidades sanitarias, necesitamos conseguir que el público entienda el significado de la salud oral y la relación de la boca con el resto del cuerpo. Estos mensajes deben tener en cuenta las múltiples lenguas y tradiciones culturales que caracterizan la diversidad boliviana.

 ***Cambiar las percepciones de los políticos.***

Los políticos informados a nivel local, departamental o nacional son muy importantes para asegurar la inclusión de los servicios de salud oral en la promoción de la salud y en los programas de prevención de la enfermedad, en los sistemas de atención y en las listas de presupuesto. Para la creación de una política pública efectiva de mejora de la salud oral es esencial aumentar la apreciación y el valor de la salud oral entre los gobernantes. Cualquier medio posible debería ser utilizado para informar a los políticos –de forma informal a través de sus organizaciones y afiliaciones y de forma formal a través de sus centros oficiales- si se quiere una política de salud oral racional y se quieren desarrollar unos programas efectivos.

 ***Cambiar las percepciones de los profesionales en salud.***

Se dedica muy poco tiempo a la educación de los profesionales sanitarios no dentales en las materias relacionadas con la salud oral y sus enfermedades sin considerar que todos los profesionales en salud deben contribuir en la mejora de la salud oral. Esto se puede conseguir de diferentes maneras tales como, incluir un examen oral como parte del reconocimiento médico general, aconsejando a los pacientes en temas relacionados con la dieta o con la deshabituación en el hábito de fumar, y refiriendo a los pacientes a odontólogos previo a la realización de tratamientos médicos o quirúrgicos que puedan dañar los tejidos orales, como la quimioterapia oncológica o la radiación de cabeza y cuello; es indispensable incluir la atención odontológica dentro del control prenatal de la mujer embarazada para orientar a la futura madre sobre los cuidados de la salud oral de ella y del bebé. Los profesionales sanitarios deben estar capacitados, motivados y preparados para la colaboración con el fin de ofrecer el tratamiento médico óptimo para sus pacientes. El tener profesionales sanitarios bien informados asegurará que el público que utiliza el sistema de salud se beneficie de servicios multidisciplinarios y de un tratamiento realmente integral.

Pese a que las enfermedades dentales comunes son prevenibles, no todos los miembros de la sociedad están informados sobre ello, y mucho menos serán capaces de autoproporcionarse las medidas de promoción de la salud oral. De manera parecida, no todos los proveedores sanitarios se percatan de la necesidad de los servicios odontológicos para la mejora de la salud oral. Además, como ya se mencionó anteriormente, la salud oral no está integrada en muchos de los programas de atención. Todo esto también afecta a la utilización y administración de servicios de salud y a su uso, y además al cuidado propio de las personas.

Medidas preventivas seguras y efectivas para mejorar la salud oral y prevenir la enfermedad.

Es necesario conocer cual es el significado de la promoción y mantenimiento de la salud oral y el bienestar, tanto para la persona como para los profesionales en salud. Para la persona conlleva cuidar de sí mismo de forma apropiada y adoptar conductas sanas. Para el profesional en salud significa incorporar el conocimiento actual a partir de la base científica para actualizar la prevención y el diagnóstico, la valoración y control del riesgo y el tratamiento de patologías y alteraciones orales.

La prevención primaria de muchas patologías orales, dentales y craneofaciales es posible con una dieta, nutrición, higiene y hábitos promotores de salud correctos, incluyendo la correcta utilización de servicios de asistencia.

Las medidas preventivas en salud oral aplicables en el país incluyen:

Programa de fluoruración de la sal. Es una medida segura y efectiva para la prevención de la caries tanto en niños como en adultos. La fluoruración de la sal beneficia a todos los miembros de una comunidad indistintamente de su condición social o económica. Es el factor clave para cambiar el perfil epidemiológico de la salud oral del país en un periodo relativamente corto.

Programa de enjuagues bucales semanales en escuelas de todo el país. Este programa está diseñado para niños de 6 años en adelante, y consiste en realizar enjuagues semanales con fluoruro de sodio al 0.2%; este método es uno de los más aceptados en la actualidad dentro de lo que a campañas en salud oral se refiere. Su aplicación a mostrado una reducción del 30 a 35% de caries¹⁰⁴. El odontostomatólogo debe trabajar en la promoción de la salud bucodental de los escolares, asesorando y formando a los profesores en todas las actividades de salud oral; además debe dar información periódica de la salud oral de la escuela.

Programa de promoción, prevención y atención integral en salud oral, a niños de 1 a 6 años pertenecientes al proyecto PAN¹⁰⁵. Tomando en cuenta todos los centros infantiles que lo conforman: familiares, en el que se atienden a 15 niños(as); y comunitarios, que atienden entre 25 y 100 niños(as). En coordinación constante con los padres de familia y las educadoras responsables de cada centro.

Campañas masivas de información sobre las patologías bucales más frecuentes, sus características y las mejores formas de prevenirlas; también sobre aquellos hábitos dañinos para la salud oral; y la información complementada con todos medios disponibles para prevenir las enfermedades bucales.

Medidas profesionales e individuales, como la consulta odontológica periódica, el uso de enjuagues fluorurados, geles, dentífricos, suplementos de flúor o la aplicación de sellados de fisuras, que son medidas preventivas adicionales frente a la caries dental. Prevenir la gingivitis mediante una correcta higiene oral personal mediante una técnica de cepillado correcta y la utilización del hilo de seda.

¹⁰⁴/ Odontología preventiva en acción 1991. Katz, Mc Donald, Stooney.

¹⁰⁵/ Programa de atención a niñas y niños menores de 6 años

Promoción, educación y prevención (IEC) en Servicios de Odontología

Apartado IV

4.1. La educación odontológica es un instrumento para mejorar el nivel de salud bucal de la población, el mantenimiento y la preservación de la misma se realiza mediante la información, comunicación, educación, promoción y prevención de patologías bucales para la reducción de los factores que intervienen en la aparición de las mismas.

Las mencionadas estrategias serán implementadas para impulsar a una cultura de salud oral, modificando actitudes y hábitos de higiene oral, dieta anticariogénica y de cambios de comportamiento individual, grupal y familiar.

4.1.1. La prevención odontológica está destinada, en primer lugar, a la persona misma, y a todos aquellos que, en razón a su actividad, están en medida de proteger a la persona en todos los ámbitos de la vida.

La salud bucal de los individuos y de la población es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud-enfermedad; por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población. Basada en los principios de la Atención Primaria en Salud se establece desarrollar acciones de promoción y prevención que contribuyan a mejorar el estado nutricional de la población que vive en Municipios de alto riesgo para la salud y nutrición

4.1.2 Acciones para el fomento de la salud bucal:

- La educación para la salud bucal se puede realizar a través de:
 - **La comunicación interpersonal** e intermedia, que se puede realizar: en consulta, pláticas, demostraciones, videos, teatro (sociodramas) y prácticas para el autocuidado de la salud bucal.
 - **La comunicación colectiva**, que se lleva a cabo a través de medios masivos como son: radio, prensa y televisión.
- Enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral del individuo,
- Informar sobre las patologías más frecuentes, sus riesgos, su prevención y control,
- Desarrollar y formar, en su caso, hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal,
- Promover el cuidado de los tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, mediante la orientación para realizar el autoexamen bucal.

4.2. La promoción odontológica es el proceso que favorece el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud.

4.2.1 Participación social a través de:

La protección específica de las enfermedades bucales se debe orientar a la formación, instrucción y motivación de la población para realizar un adecuado control personal de placa dentobacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico con cepillo dental, auxiliares (colutorios, hilo dental y cepillos interdentales) para la higiene bucal y acudir con el dentista en forma periódica para la revisión profesional, que evite factores de riesgo.

- La promoción para motivar la participación de la comunidad, instituciones y gobierno.
- La concertación y coordinación entre las instituciones del sector salud para determinar compromisos y responsabilidades, así como el apoyo en recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de las acciones de salud bucal.
- La organización de grupos ya establecidos o de nuevos grupos, para la participación representativa de la sociedad, en acciones de beneficio a la salud bucal.
- El personal del sector salud debe promover la capacitación para el manejo de las medidas preventivas que se realizan en el espacio escolar por los maestros, padres de familia y voluntarios del sector escolar.

4.2.3. Promoción en la mujer gestante

El trabajo de un equipo multidisciplinario es fundamental para la prevención. El médico obstetra y el pediatra deberían proveer la información básica con relación a los hábitos de higiene bucal, dieta, succión y la época en que debe ser llevado al dentista, pues raramente el niño visita al dentista durante el primer año de vida, a no ser por traumatismo y enfermedades de la boca.

El embarazo es una fase ideal para el establecimiento de buenos hábitos, pues la embarazada se muestra psicológicamente receptiva para adquirir nuevos conocimientos y cambiar conductas que probablemente tendrán influencia en el desarrollo de la salud del bebé.

De esta manera, los profesores actuarían como importantes auxiliares en los métodos de prevención y, después de recibir la orientación adecuada, promoverán la educación de los padres para la salud bucal de sus hijos.

La prevención de la manifestación de la enfermedad caries debe hacerse lo más tempranamente posible, comenzando por el período de gestación, a través del uso de métodos educativos y preventivos, al igual que la participación e integración de áreas afines.

Orientación referente a los siguientes temas:

- Una buena alimentación con alto contenido energético ayudará al buen desarrollo y crecimiento de los dientes
- Orientar a la madre sobre la precaución del uso de anestesia en los tres primeros meses de embarazo.
- Evaluar las practicas de buena higiene oral
- Recomendar el aseo bucal después de cada comida y promover al cepillado nocturno.
- Informar que es posible controlar el riesgo de padecer gingivitis del embarazo con un correcto cepillado dental.
- Informar que las mujeres embarazadas que padecen enfermedades periodontales tienen probabilidad de tener bebés prematuros de bajo peso al nacer.
- Recomendar la consulta odontológica para establecer medidas preventivas y curativas si es necesario.
- Suministro de Sulfato Ferroso y Calcio

4.2.4. Protegiendo los dientes del futuro bebe

Los dientes comienzan a formarse desde la sexta semana de embarazo, para que sean resistentes, es necesario que la dieta alimenticia de la embarazada sea variada y completa en vitaminas, calcio, fosforo, proteínas

4.2.5. Cuidados preventivos del bebe

La prevención de la enfermedad de caries en bebés se inicia con la educación de los padres. Los padres generalmente no tienen acceso a las informaciones para orientarlos con relación a la salud bucal de sus hijos, excepto a través de las conversaciones con odontólogos. Otros, sin embargo, no son conscientes de la necesidad del cuidado temprano de los dientes, pues se ha observado que la mayoría de los niños ni siquiera han sido examinados por un odontólogo antes de alcanzar la edad escolar, cuando el examen dental es realizado.

La visita temprana, además de establecer una relación amigable con la introducción de los cuidados de la salud bucal de niños y padres, establece decisiones críticas y fundamentales respecto de los patrones alimenticios, complementación de flúor y programa de higiene bucal.

4.3. Patologías prevenibles

4.3.1. Caries Dental

- La protección específica **individual** contra la caries dental debe promover el control de placa dentobacteriana a través del uso de cepillo, limpieza interdental y demás auxiliares (hilo dental y colutorios).
- La protección específica **individual** contra la caries dental debe realizarse con criterio clínico según protocolo de atención.
- La protección específica **masiva** contra la caries dental debe realizarse mediante normas (programa de sal fluorada).
- La protección específica **grupala** contra la caries dental en población de riesgo biológico-social, se puede realizar preferentemente con enjuagatorios según normas y protocolos de atención.
- Aplicación de selladores de fosas y fisuras con o sin fluoruro en órganos dentarios sanos susceptibles a caries dental.
- El personal del sector salud debe orientar a la población en general y de manera prioritaria a la población escolar para disminuir dentro y fuera del espacio escolar la frecuencia en el consumo de alimentos altamente cariogénicos (dulces, gaseosas, etc.) y sustituir su consumo por el de alimentos naturales (frutas, verduras) y azúcares poco refinados de baja acción cariogénica (azúcar morena)
- Los métodos de uso clínico deben ser realizados por personal profesional o por personal auxiliar debidamente capacitado

4.3.2. Enfermedad Periodontal

Los métodos y técnicas de protección específica individual de uso clínico, se deben realizar por personal profesional en el área de la periodoncia e incluye:

1. Información sobre la enfermedad periodontal
2. Motivación para realizar el control personal de placa bacteriana
3. Instrucción sobre los métodos y técnicas de control de placa bacteriana
4. Implementación y adecuación de acciones de seguimiento de control de placa bacteriana
5. Acciones clínicas según protocolos

4.3.3. Maloclusiones

La mal oclusión es la malposición y relación inadecuada de los dientes con respecto a los maxilares.

Puede afectar a la función masticatoria, la estética facial; desarrollo del lenguaje, la caries y enfermedad periodontal.

- Es responsabilidad del estomatólogo vigilar la erupción e integridad de la primera dentición, así como la erupción de los primeros molares permanentes.
- La protección específica individual tiene como objetivo principal orientar al paciente (padre y /o responsable familiar) a un tratamiento de especialidad.

4.4. Metodología en educación, prevención y promoción

1. Medios de comunicación (Sopas Televisivos y Cuñas radiales) a cargo del Ministerio de Salud y Deportes, prefecturas y municipios
2. Material educativo y de difusión (Cartillas, trípticos, volantes, stickers, afiches)
3. Charlas
4. Demostraciones (Sociodramas, ferias de salud y campañas de educación oral)

4.4.1. Control de placa bacteriana

Actividad consistente en la aplicación de un líquido (tableta reveladora de placa bacteriana, jugo de remolacha cocida, refrescos de sobre de colores intensos u otros) sobre los dientes del paciente, con el objetivo de conocer su estado de higiene oral, según su protocolo.

4.4.2. Autoprofilaxis

Acción de educación en salud oral que consiste en enseñar a la población, la forma en que se hace un buen cepillado. La enseñanza se lleva a cabo con demostraciones donde se verifique inmediatamente si los beneficiarios cumplen las instrucciones dadas por el responsable de la actividad. El cepillado de los dientes es uno de los métodos más eficaces en la prevención de la caries dental y enfermedad periodontal.

El cepillado dental forma parte esencial del aseo diario personal que contribuye a la salud del individuo y que esta al alcance de toda la población.

4.4.3. Flúor tópico gel y colutorios

Consiste en la aplicación de flúor tópico en forma de gel o colutorios sobre las arcadas dentarias superior e inferior según protocolo.

4.4.4. Higiene y educación bucodental

- Educación masiva por medios audiovisuales (Ministerio de Salud, prefecturas y municipios)
- El cepillado dental forma parte esencial del aseo diario personal que contribuye a la salud del individuo y que esta al alcance de toda la población
- Crear condiciones favorables para que la población este en capacidad de poder cuidar sus piezas dentarias y tejidos anexos, proporcionándole principios y acciones fundamentales de higiene oral.
- Aplicación del programa de Educación Dental en niños de edad escolar (del primero al sexto grado), en forma progresiva,
- Coordinar con el Departamento respectivo del Ministerio de Educación, a fin de que la higiene bucal forme parte del plan de Estudios de las Escuelas del país.
- Motivar a los padres de familia y profesores para que tomen conciencia de la importancia de la higiene buco-dental.
- La fase previa a la ejecución del cepillado y educación dental en niños de edad escolar del país. Será el estudio epidemiológico de higiene oral en los educandos, que servirá de base para evaluaciones posteriores.
- En cada regional se seleccionaran las escuelas en las que se iniciará el programa.

- Se hará un listado de las escuelas, en el que conste el grupo etareo, sexo con marcos de referencia para la evaluación de la incidencia en una campaña posterior.
- Cada grado dispondrá de los siguientes elementos (de acuerdo a la dotación de insumos)
- Material Audiovisual para práctica y demostraciones, un espejo para todos los niños.
- El cepillado dental se efectuará diariamente en las escuelas y se recomendará a los niños, que efectúen en sus respectivos domicilios.
- Motivación y educación sobre la importancia del cepillado nocturno.

4.4.5. Dieta Cariogenica

Los alimentos llamados cariogénicos, contienen fundamentalmente carbohidratos. El más peligroso de los carbohidratos, es el azúcar común, que es el que tiene la mayor facilidad para que se formen los ácidos. Causantes de la desmineralización del esmalte.

Sistemas de información (SNIS)

Apartado V

El Sistema de información que aplica el Programa de salud Oral permite el manejo de la información básica, para el control, evaluación y toma de decisiones de las actividades en las distintas unidades de salud, donde se prestan servicios de salud oral en el país; el mismo que esta integrada al Sistema Nacional de Información del Ministerio de Salud y Deportes.

El análisis de la información estadística existente en el Sistema Nacional de Información (SNIS), permite señalar que en salud bucal, las causas más frecuentes de consulta son las caries dentales; enfermedades periodontales y sus complicaciones; alteraciones en la erupción dentaria y traumatismos dento-alveolares estos últimos infiriendo en temas relacionados con la nutrición, fonación, aspectos estéticos, y de autoestima.

5.1. Formularios

Los servicios de salud Odontológico, en sus distintas unidades operativas de atención, por norma deben utilizar los siguientes instrumentos básicos de información:

- Historia Clínica (único a nivel Nacional)
- Informe Diario de atención odontológica, (Cuaderno No.7 Consultas Odontológicas)
- Informe mensual de producción de servicios (Formulario 301)
- Cronograma local de actividades y materiales odontológicos.

5.2. Registro y control de actividades odontológicas

- La aplicación de estos formularios será de forma general obligatoria en el sistema publico y subsectores , Cajas de seguro social, ONG y otras instituciones que presten atención odontológica.
- La información será registrada mediante formularios diarios y mensuales del SNIS.
- Se realizará una Historia Clínica, informe diario y mensual único a nivel nacional.
- Mantener formato de historias clínicas institucionales que tengan los indicadores epidemiológicos CPO, ceo IHOS.
- Las regionales de odontología podrán mantener un registro de la información que consideren necesaria en su área de influencia.

5.3. Análisis y evaluación de informes

Los servicios odontológicos informarán mensualmente a su Responsable departamental de odontología respectivamente, y por intermedio del Departamento de odontología del SEDES este a su vez informara a nivel central.

La evaluación se realizará para ver el alcance de las actividades odontológicas preventivas a nivel regional y nacional, para lo cual se debe acumular la información de las nueve regionales.

Los informes del área serán analizados para luego ser remitidos a las Gerencias de Red y estas a su vez a las regionales para su evaluación en cuanto a coberturas de atención referente a la incidencia, prevalencia de enfermedades buco dentales y determinar de esta manera el avance de actividades.

El Responsable Departamental evaluará periódicamente las actividades realizadas en las redes de Salud e informará al área de Salud Oral (MSD), así mismo se deben encargar de recuperar información de atención odontológica de las Universidades privadas y Estatales para el SNIS, previa coordinación.

5.4. Sistema de supervisión

La supervisión es un proceso de capacitación permanente, de evaluación y monitoreo tanto del desempeño de los recursos humanos como del logro de las metas programáticas definidas localmente, se constituye en un eje de interacción entre los distintos niveles y población usuaria de los servicios, que podrá de este modo ejercitar su derecho cívico de controlar al sector público y demandar su derecho a la salud.

Desarrollar y probar un instrumento de :

- Evaluación integral que contemple todas las actividades propuestas por el plan.
- Reforzar los niveles regionales en cuanto a su capacidad de supervisión.
- Utilizar la información producida a través de la supervisión para detectar problemas críticos, necesidades de capacitación y/o defectos administrativos que permitan su mejoramiento oportuno.

5.5. Instrumentos de Información

5.5.1. Historia Clínica

La Historia Clínica es un documento legal en el cual se registrarán todos los datos relativos al usuario del hospital: identificación, interrogatorio, condiciones socioeconómicas, examen físico general, examen de laboratorio, radiología u otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizadas y resumen

Reunir en un solo documento toda la información necesaria para el diagnóstico, tratamiento y su evaluación.

Facilitar el control y seguimiento de los pacientes, tanto hospitalizados como ambulatorios.

Proporcionar datos para la realización de investigaciones científicas sobre problemas de salud, de la zona de influencia o para conducir investigaciones básicas y clínicas.

Se utilizará en todos los pacientes que acudan al servicio para su tratamiento como norma establecida.

El Odontólogo realizará el examen diagnóstico y plan de tratamiento respectivo.

5.5.2. Cuaderno No. 7 (SEDES) informe diario (INASES)

Cuaderno de Sistematización de las Consultas Odontológicas para Centros de Salud y Hospitales Básicos

El diseño de este cuaderno está destinado a facilitar el registro, el ordenamiento, y la organización (sistematización) mensual de los datos que surgen de las actividades odontológicas que se realizan en un establecimiento de salud.

Por otra parte, facilita el procesamiento de la información que cada fin de mes debe ser transcrita al formulario del

Informe Mensual de Producción de Servicios.

Este cuaderno es un instrumento de captación de datos de patologías bucales diagnosticadas y tratadas.

Reglas obligatorias para el buen manejo del cuaderno

- Escriba los datos del cuaderno, con letra clara y con números entendibles.
- Utilice el mismo signo () para el registro, de manera que no exista un uso indiscriminado de signos, lo cual llevaría a confusiones u otras interpretaciones al momento de procesar la información.
- Use siempre el tiqueo () para el registro, pues confirma que es el correcto, a diferencia del símbolo (X), que puede dar lugar a distintas interpretaciones.
- Si comete algún error en el registro, no tache o tarje el error, bórralo de manera que permita identificar claramente el dato correcto.
- No deje información sin registrar, porque después no dispondrá de tiempo para hacerlo o habrá olvidado gran parte de la información que no registró en su momento.
- Al finalizar el mes, usted deberá sumar más de una vez los datos de cada una de las columnas del cuaderno, que tienen las casillas de **totales** en blanco, hasta que los totales obtenidos se repitan, al menos dos veces.

Instructivo

Numero (No.)

(Columna 1)

Esta columna sirve para registrar el número que se le asigna a cada consulta realizada

Modo de registro

Asigne el número 1 a la primera consulta que realice en el mes. A las siguientes consultas se les asignará un número, de manera correlativa hasta finalizar el mes.

Puede usted usar, durante el mes, el número de hojas que necesite, manteniendo, la numeración correlativa iniciada en la primera página.

El siguiente mes deberá comenzar a numerar las atenciones, a partir del número 1.

Fecha

(Columna 2)

Se registrará la fecha en la que el paciente acude a la consulta odontológica nueva o repetida

Modo de registro

Anotar día/ mes/ año

Numero de Matricula de Asegurado

(Columna 3)

Se registrará el Código del Asegurado o Beneficiario.

Aseguramiento se refiere al seguro al que pertenece el o la paciente.

Pueden ser las siguientes:

SUMI Se registrará con el Número de la ley del SUMI 2426

SEGURO DE VEJEZ Se registrará el Número de la ley del Seguro de Vejez 1886

CAJA DE SEGURO AL QUE PERTENECE Y PACIENTES: *Se registrará a los beneficiarios de la Seguridad Social*

NUMERO DE LA HISTORIA CLINICA: Se registrará el numero de Historia Clínica de los pacientes que no sean beneficiarios del SUMI, ni del Seguro de Vejez ni de la Seguridad Social.

Modo de registro Ejemplo

No	No Matricula Aseguramiento
1	2
2	2426
3	1886
4	54689 (CNS)

Sexo

(Columna 4 y 5)

Estas columnas contemplan las variables de sexo.

Estas variables sirven para identificar el sexo del

Paciente “M” para masculino y “F” para femenino.

Modo de registro

Tiquee () en la columna 4 **(M)** si la persona atendida es hombre

Tiquee () en la columna 5 **(F)** si la persona atendida es mujer.

Apellido y Nombre

(Columna 6)

Se refiere a la identidad de la persona que ha sido atendida

Modo de Registro

Anote la identidad de la persona en el siguiente orden:

Apellido Paterno , Apellido Materno y Nombre.

Diagnóstico CIE 10

(Columna 7)

Es la Clasificación del CIE 10 del Diagnostico del Paciente.

Es el diagnóstico final al que se llega después de preguntar, examinar y analizar al paciente.

Modo de registro

Escriba en la columna 7 la clasificación del CIE 10 (Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con salud OPS/OMS) del diagnostico del paciente.

CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES

D10	<i>Tumor benigno de la boca y de la faringe</i>
D100	<i>Tumor benigno del labio</i>
D101	<i>Tumor benigno de la lengua</i>
D102	<i>Tumor benigno del piso de la boca</i>
D103	<i>Tumor benigno de otras partes y de las no especificadas de la boca</i>
D165	<i>Tumor benigno del maxilar inferior</i>
K00	<i>Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes</i>
K000	<i>Anodoncia</i>
K001	<i>Dientes supernumerarios</i>
K002	<i>Anomalías del tamaño y de la forma del diente</i>

K003	<i>Dientes moteados</i>
K004	<i>Alteraciones en la formación dentaria</i>
K005	<i>Alteraciones hereditarias de la estructura dentaria, no clasificadas en otra parte</i>
K006	<i>Alteraciones en la erupción dentaria</i>
K007	<i>Síndrome de la erupción dentaria</i>
K008	<i>Otros trastornos del desarrollo de los dientes</i>
K009	<i>Trastorno del desarrollo de los dientes, no especificado</i>
K01	<i>Dientes incluidos e impactados</i>
K010	<i>Dientes incluidos</i>
K011	<i>Dientes impactados</i>
K02	<i>Caries dental</i>
K020	<i>Caries limitada al esmalte</i>
K021	<i>Caries de la dentina</i>
K022	<i>Caries del cemento</i>
K023	<i>Caries dentaria detenida</i>
K024	<i>Odontoclasia</i>
K028	<i>Otras caries dentales</i>
K029	<i>Caries dental, no especificada</i>
K03	<i>Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes</i>
K030	<i>Atrición excesiva de los dientes</i>
K031	<i>Abrasión de los dientes</i>
K032	<i>Erosión de los dientes</i>
K033	<i>Reabsorción patológica de los dientes</i>
K034	<i>Hipercementosis</i>
K035	<i>Anquilosis dental</i>
K036	<i>Depositos [acreciones] en los dientes</i>
K037	<i>Cambios posteruptivos del color de los tejidos dentales duros</i>
K038	<i>Otras enfermedades especificadas de los tejidos duros de los dientes</i>
K039	<i>Enfermedad no especificada de los tejidos dentales duros</i>
K04	<i>Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales</i>
K040	<i>Pulpitis</i>
K041	<i>Necrosis de la pulpa</i>
K042	<i>Degeneración de la pulpa</i>
K043	<i>Formación anormal de tejido duro en la pulpa</i>
K044	<i>Periodontitis apical aguda originada en la pulpa</i>
K045	<i>Periodontitis apical crónica</i>
K046	<i>Absceso periapical con fístula</i>
K047	<i>Absceso periapical sin fístula</i>
K048	<i>Quiste radicular</i>
K049	<i>Otras enfermedades y las no especificadas de</i>

	<i>la pulpa y del tejido periapical</i>
K05	<i>Gingivitis y enfermedades periodontales</i>
K050	<i>Gingivitis aguda</i>
K051	<i>Gingivitis crónica</i>
K052	<i>Periodontitis aguda</i>
K053	<i>Periodontitis crónica</i>
K054	<i>Periodontosis</i>
K055	<i>Otras enfermedades periodontales</i>
K056	<i>Enfermedad del periodonto, no especificada</i>
K06	<i>Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula</i>
K060	<i>Retracción gingival</i>
K061	<i>Hiperplasia gingival</i>
K062	<i>Lesiones de la encía y de la zona edéntula asociadas con traumatismo</i>
K068	<i>Otros trastornos especificados de la encía y de la zona edéntula</i>
K069	<i>Trastorno no especificado de la encía y de la zona edéntula</i>
K07	<i>Anomalías dentofaciales [incluso la maloclusión]</i>
K070	<i>Anomalías evidentes del tamaño de los maxilares</i>
K071	<i>Anomalías de la relación máximo basilar</i>
K072	<i>Anomalías de la relación entre los arcos dentarios</i>
K073	<i>Anomalías de la posición del diente</i>
K074	<i>Maloclusión de tipo no especificado</i>
K075	<i>Anomalías dentofaciales funcionales</i>
K076	<i>Trastornos de la articulación témporomaxilar</i>
K078	<i>Otras anomalías dentofaciales</i>
K079	<i>Anomalía dentofacial, no especificada</i>
K08	<i>Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén</i>
K080	<i>Exfoliación de los dientes debida a causas sistémicas</i>
K081	<i>Perdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local</i>
K082	<i>Atrofia del reborde alveolar desdentado</i>
K083	<i>Raíz dental retenida</i>
K088	<i>Otras afecciones especificadas de los dientes y de sus estructuras de sostén</i>
K089	<i>Trastorno de los dientes y de sus estructuras de sostén, no especificado</i>
K09	<i>Quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte</i>
K090	<i>Quistes originados por el desarrollo de los dientes</i>
K091	<i>Quistes de las fisuras (no odontogénicos)</i>

K092	<i>Otros quistes de los maxilares</i>
K098	<i>Otros quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte</i>
K099	<i>Quiste de la región bucal, sin otra especificación</i>
K10	<i>Otras enfermedades de los maxilares</i>
K100	<i>Trastornos del desarrollo de los maxilares</i>
K101	<i>Granuloma central de células gigantes</i>
K102	<i>Afecciones inflamatorias de los maxilares</i>
K103	<i>Alveolitis del maxilar</i>
K108	<i>Otras enfermedades especificadas de los maxilares</i>
K109	<i>Enfermedad de los maxilares, no especificada</i>
K11	<i>Enfermedades de las glándulas salivales</i>
K110	<i>Atrofia de glándula salival</i>
K111	<i>Hipertrofia de glándula salival</i>
K112	<i>Sialadenitis</i>
K113	<i>Absceso de glándula salival</i>
K114	<i>Fístula de glándula salival</i>
K115	<i>Sialolitiasis</i>
K116	<i>Mucocele de glándula salival</i>
K117	<i>Alteraciones de la secreción salival</i>
K118	<i>Otras enfermedades de las glándulas salivales</i>
K119	<i>Enfermedad de glándula salival, no especificada</i>
K12	<i>Estomatitis y lesiones afines</i>
K120	<i>Estomatitis aftosa recurrente</i>
K121	<i>Otras formas de estomatitis</i>
K122	<i>Celulitis y absceso de boca</i>
K13	<i>Otras enfermedades de los labios y de la mucosa bucal</i>
K130	<i>Enfermedades de los labios</i>
K131	<i>Mordedura del labio y de la mejilla</i>
K132	<i>Leucoplasia y otras alteraciones del epitelio bucal, incluyendo la lengua</i>
K133	<i>Leucoplasia pilosa</i>
K134	<i>Granuloma y lesiones semejantes de la mucosa bucal</i>
K135	<i>Fibrosis de la submucosa bucal</i>
K136	<i>Hiperplasia irritativa de la mucosa bucal</i>
K137	<i>Otras lesiones y las no especificadas de la mucosa bucal</i>
K14	<i>Enfermedades de la lengua</i>
K140	<i>Glositis</i>
K141	<i>Lengua geográfica</i>
K142	<i>Glositis romboidea mediana</i>
K143	<i>Hipertrofia de las papilas linguales</i>
K144	<i>Atrofia de las papilas linguales</i>

K145	Lengua plegada
K146	Glosodinia
K148	Otras enfermedades de la lengua
K149	Enfermedad de la lengua, no especificada
Q38	Otras malformaciones congénitas de la lengua, de la boca y de la faringe
Q380	Malformaciones congénitas de los labios, no clasificadas en otra parte
Q381	Anquiloglosia
Q382	Macroglosia
Q383	Otras malformaciones congénitas de la lengua
Q384	Malformaciones congénitas de las glándulas y de los conductos salivales
Q385	Malformaciones congénitas del paladar, no clasificadas en otra parte
Q386	Otras malformaciones congénitas de la boca
R065	Respiración con la boca
T180	Cuerpo extraño en la boca
Z012	Examen odontológico

Primera Consulta

(Columna 8)

Se refiere a la primera vez en el año que el paciente viene a la consulta odontológica

Modo de registro

Tiquee () en la columna 8 **si** el paciente viene por primera vez al establecimiento en el año a la consulta odontológica ya sea en ese u otro establecimiento de salud.

Consulta Nueva (Tratamiento iniciado)

(Columna 9 y 10)

Esta columna se registra cuando el paciente viene por primera vez al establecimiento de salud por una patología determinada.

Modo de registro

Tiquee () en la columna 9 y 10 (Consulta Nueva) cuando el (la) paciente viene al establecimiento de salud por una patología determinada y se le inicia el tratamiento.

La columna 9 es para los pacientes menores de 5 años y la comuna 10 es para los pacientes de 5 años o más

Puede haber un paciente que consulte dos veces en el mismo mes o año por razones distintas en cuyo caso se deberá anotar como dos consultas nuevas

Si el paciente presenta más de una patología, estas deben ser registradas en la historia clínica y en el cuaderno solo se anota la patología que esta siendo tratada.

Consulta repetida (En tratamiento o terminado)

(Columna 11 y 12)

Se considera **consulta repetida**, cuando el o la paciente asiste a la consulta por una causa por la que ya fue atendida anteriormente, es decir se refiere a la continuación del tratamiento.

Modo de registro

Tiquee () en la columna 11 y 12 cada vez que el paciente sea atendido por una patología por la cual ya vino anteriormente

La columna 11 es para menores de 5 años y la columna 12 para los pacientes de 5 años o más.

Exodoncia

(Columna 13 y 14)

Se refiere a la exodoncia de la pieza correspondiente, Permanente (P) o Temporario (T)

Modo de registro

Tiquee en la columna 13 (**Exodoncia en piezas permanentes**)

Tiquee en la columna 14 (**Exodoncia en piezas temporarias**)

Acciones Curativas

Restauraciones Registrar en la casilla que corresponda a la pieza dentaria que será tratada, Permanente (P) o Temporario (T) con el material empleado (**Amalgama, Resina Fotocurable, Resina Autocurable, Ionómero**).

Modo de registro

Amalgama

(Columna 15 y 16)

Tiquee en la columna 15 (**obtención de amalgama**) si realizo obturación con amalgama

Tiquee en la columna 16 (**obtención de amalgama**) si realizo obturación con amalgama

Resina Fotocurable

(Columna 17 y 18)

Tiquee en la columna 17 (**Obtención con Resina Foto curable**) si realizo obturación con Resina Fotocurable

Tiquee en la columna 18 (**Obtención con Resina Fotocurable**) si realizo obturación con Resina Fotocurable

Resina Autocurable

(Columna 19 y 20)

Tiquee en la columna 19 (**Obtención con Resina Autocurable**) si realizo obturación con Resina Autocurable

Tiquee en la columna 20 (**Obtención con Resina Autocurable**) si realizo obturación con Resina Autocurable

Ionómero

(Columna 21 y 22)

Tiquee en la columna 21 (**Obtención de Ionómero**) si realizo obturación con Ionómero

Tiquee en la columna 22 (**Obtención de Ionómero**) si realizo obturación con Ionómero

Especialidades

Registrar a la especialidad que corresponda, según tratamiento realizado (Periodoncia, Endodoncia, Maxilo Facial, Cirugía y Rayos X).

Periodoncia

(Columna 23)

Tiquee () en la columna 23, si se realiza un tratamiento quirurgico (Detartraje, Tartrectomia, frenilectomia, gingivoplastia, gingivectomia,etc.) Detartraje

Cirugia Maxilo Facial

(Columna 24)

Se refiere a los tratamientos quirurgicos terminados (piezas dentarias retenidas y otros)

Modo de registro

Tiquee () en la columna 24, si se realizo un tratamiento quirurgico (piezas dentarias retenidas u otros reslizados) .

Endodoncia

(Columna 25 y 26)

Registrar el tratamiento unirradicular o multirradicular, o pulpotomia realizadas

Modo de registro

Tiquee en la columna 25 si se realizo un tratamiento unirradicular o multirradicular, o pulpotomias

Tiquee en la columna 26 si se realizo un tratamiento unirradicular o multirradicular, o pulpotomias

Rayos X

(Columna 27 y 28)

Anote en al columna 27 (**radiografía Ordenada**) (O), se refiere a las ordenes de radiografía que emite el odontólogo al paciente.

Anote en la columna 28 (**radiografía Despachada o realizada**) (R) se refiere al numero de radiografias realizadas o despachadas en el establecimiento (se refiere a las radiografias que se toma el odontolog y que se les realiza el proceso de revelado)

Acciones preventivas

Fluor

(Columna 29)

Se refiere a si se realiza alguna accion preventiva con fluor en las piezas dentarias sanas.

Modo de registro

Tiquee() en la columna 29 (**Fluor**) si realizó la aplicación de flúor en las piezas dentarias sanas. Se considera como un solo tratamiento de fluor si realizo la aplicación en ambas arcadas dentarias sanas (Arcada Superior e inferior)

Profilaxis

(Columna 30)

Si refiere a si se realiza algún tratamiento profiláctico (limpieza dental .control de placa bacteriana)

Modo de registro

Tiquee () en la columna 30 (**Profilaxis**) si aplicó algún tratamiento profiláctico de limpieza dental. Se considera como un solo tratamiento de profilaxis a la aplicación en ambas arcadas (Arcada Superior e inferior)

Sellantes

(Columna 31)

Tiquee () en la columna 31 (**Selladores de fosas y fisuras**) si aplico sellador en las piezas dentarias .

TRA

(Columna 32)

Tiquee () en la columna 31 (**TRA – Tratamiento restaurador atraumatico**) si aplico la técnica en las piezas dentarias.

Boleta de Referencia

(Columna 33)

Registrar el numero de boleta del paciente que ha sido trasladado del establecimiento a otro nivel de mayor resolución.

Boleta de contrareferencia

(Columna 34)

Registrar el numero de boleta del paciente que ha sido contra transferido al establecimiento de origen.

Otras acciones

(Columnas 35)

Se refiere a las distintas acciones odontológicas que se realizan a una pieza dentaria Modo de registro

Solo debe colocar las letras iniciales de acuerdo a la siguiente lista

A: Analgesia

PCA: Preparación de cavidad y Aislado

DS: Desgaste Selectivo

DA:Drenaje de Absceso

P: Pulido

RP: Retiro de puntos

OT: Obturación temporl

A: Alveolitis

➤ **Formulario 301 snis**

El registro de actividades preventivas será incluido en el formulario 301 del SNIS, Se llenará en base a los datos como parte diaria de atención a fin de obtener el concentrado mensual.

5.5.6 INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE PRODUCCION DE SERVICIOS

3.Consultas Odontológicas

1. Primera consulta
2. Nuevas en menores de cinco años
3. Repetidas en menores de cinco años
4. Nuevas en personas de cinco años y más
5. Repetidas en personas de cinco años y más
6. Restauraciones
7. Exodoncias
8. Endodoncia
9. Periodoncia
10. Cirugía Maxilo faciales
11. Acciones preventivas

INTRUCTIVO

- **Primera Consulta** se refiere a la primera vez en el año que consulta el paciente
- **Consulta nueva** es el paciente que consulta por primera vez por una patología determinada

Investigación epidemiológica

Apartado VI

Tomando como base la investigación en enfermedades Buco-Dentales las que constituyen problemas de salud pública se promoverá a la investigación Socio-Epidemiológica del proceso salud-enfermedad en el individuo, familia y comunidad, con el objetivo de identificar grupos de riesgo.

Se deberá definir prioridades en el contexto nacional y departamental además de efectuar el seguimiento monitoreo y evaluación de los programas preventivos, bajo un contexto epidemiológico metodológicamente aplicado, por lo que se realizarán levantamientos epidemiológicos de caries a nivel nacional cada 5 años, a objeto de obtener la incidencia y prevalencia de caries con criterios de calibración previa.

Los SEDES también deben realizar estudios epidemiológicos de salud oral en sus departamentos, con personal calificado y calibrado, utilizando el formulario OMS para Encuesta de Salud Oral (Refleja el Estado de la dentición ,las necesidades y urgencias de tratamiento,previa planificación. ^a (Ver Anexo)

6.1. Indicadores de salud oral

El Programa de Salud Oral para la evaluación de las actividades odontológicas dispone de varios indicadores de salud bucal que nos permiten el análisis y la interpretación de los resultados para la toma de decisión en la gestión y de esta manera mejorar la calidad de la atención en los diferentes centros de atención Odontológica dependientes del Ministerio de Salud.

Los indicadores de salud bucal son instrumentos técnicos de medida que tienen como objetivo:

- ❖ Facilitar el procesamiento de datos forma ágil, oportuna y veras.
- ❖ Permite realizar actividades de supervisión y evaluación.
- ❖ Conocer la situación de la salud Bucal en los grupos de riesgo.

6.2. Tipos de indicadores

- ❖ Epidemiológicos
- ❖ Evaluación de actividades de atención odontológica

Los indicadores deben tener las siguientes características:

- ❖ Validez Interna: Permite evaluar la eficiencia efectividad de un programa.
- ❖ Validez Externa: Permite ajustar los Objetivos propuestos
- ❖ Disponibilidad: Facilita la obtención de resultados
- ❖ Objetividad: Ser fácilmente Observable
- ❖ Cuantificable: Tener capacidad de medir el grado de avance del programa.

- ❖ **Sensibilidad:** Capacidad de captar cambios ocurridos en una situación determinada.
- ❖ **Veracidad:** Los datos obtenidos deben ser fácilmente examinados y verificados.

6.3. Prevalencia de caries

Es la presencia de personas con caries en un lugar y un tiempo determinado.

La prevalencia se obtiene de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Nº de personas con caries}}{\text{Nº de personas examinadas}} \times 100 = \% \text{ de prevalencia de caries}$$

6.4. Incidencia

Son los casos nuevos de caries en dientes o individuos afectados por caries. Cuando este aumento se produce en el lapso de un año, se denomina; Incremento Anual.

Detallamos a continuación los diferentes índices que utiliza el Programa de Salud oral los que permiten el manejo de información básica para el control y evaluación de las actividades en distintas unidades Operativas del país.

6.5. Indicadores epidemiológicos de salud bucal

Miden directamente o indirectamente el estado de salud bucal de una población determinada.

6.5.1. Índice CPOD

Mide cuantitativamente la gravedad de la lesión cariosa en las piezas definitivas. Resulta de la suma de las piezas dentales que el momento del examen se encuentran, cariadas perdidas o con extracción indicada y obturadas a causa de caries.

Promedio de CPOD:

Se obtiene de la suma total de las piezas dentales permanentes: cariadas pérdidas y obturadas dividido por el número de niños examinados, ejemplo:

Cual CPOD de 5 niños de 12 años.

Nº	Examinado	Careado	Perdido	Obturado	Total Dientes CPO	Total Dientes
1	Niño	3	0	1	4	
2	Niño	2	1	1	4	
3	Niño	1	0	0	1	
4	Niño	2	0	0	2	
5	Niño	1	2	1	4	
	TOTAL				15	

$$15/5=3$$

CPOD (Promedio)=3

Parámetros de evaluación.

Para clasificar la gravedad de la lesión cariosa en los dientes definitivos se tomara en cuenta los parámetros establecidos por la Organización Panamericana de la Salud.

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes, cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un promedio. Se consideraran solo 28 dientes. Para su mejor análisis e interpretación se debe

descomponer en cada una de sus partes y expresarse en por ciento o promedio de las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones.

El índice CPOD a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países.

El índice CPOD CPOD (EDAD 12 AÑOS)

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

6.5.2. Índice “ceo-d”

Este indicador se utiliza para medir la prevalencia e incidencia de caries en las piezas dentarias temporarias. Se expresa en promedio y se obtiene dividiendo el número total de piezas cariadas, con extracción indicada y obturadas para el número de niños examinados.

6.5.3. Índice de Higiene Oral (IHOS)

Es un índice que tiene por finalidad expresar cuantitativamente el grado de higiene oral. Este índice mide los niveles de placa bacteriana y de cálculo

PLACA.

Este indicador tiene los siguientes códigos:

0 = ausencia de placa

1 = placa hasta el tercio gingival del diente

2 = placa hasta el tercio medio del diente

3 = placa sobre el tercio medio del diente

9 = ausencia de la pieza examinada (no aplicable)

Para verificar la presencia de placa bacteriana, se realizara el examen deslizando el explorador sobre el diente, con movimientos de pluma de mesial a distal.

Se iniciara por el tercio incisal u oclusal, siguiendo el tercio medio y terminando en el tercio gingival del diente.

CALCULO.

Este indicador tiene los siguientes códigos:

0 = ausencia de calculo

1 = calculo supra gingival

2 = calculo subgingival

3 = calculo supra y subgingival.

Parametros de evaluación.

Para clasificar el nivel de placa y de cálculo (individualmente) estableceremos los siguientes parámetros:

0 = saludable

1 = leve

2 = moderado

3 = severo

6.6. Indicadores de evaluación de actividades odontológicas

Miden cualitativamente y cuantitativamente el desarrollo de un programa.

6.6.1. Indicador de cobertura

Nos permite determinar la relación entre lo programado y lo realizado.

Se expresa dividiendo el total de Consultas Nuevas al año, para la población según meta de cada grupo etareo y este valor se multiplica por 100.

Ejemplo:

Población según meta: 15.000 niños

Consultas nuevas : 1.500

$$\frac{1.500}{15.000} \times 100 = 10\%$$

6.6.2 Indicador de Productividad.

Numero de actividades clínicas producidas por unidad de recursos disponibles en un tiempo determinado.

$$\frac{\text{Total actividades clinicas realizadas}}{\text{Total Consultas}} = X$$

Quiere decir que, se han realizado menos de una actividad clínica por consulta, en esa unidad operativa.

Parámetros de Evaluación.

0 – 0.25	Bajo
0.25 – 0.5	Regular
0.6- 0.75	Bueno
0.76 - 1	Muy Bueno

6.6.3 Indicador de Rendimiento (Responsables de los SEDES Jefe Departamental de Odontología)

Es el promedio de pacientes atendidos en una unidad operativa y tiempo determinados.

El promedio de pacientes atendidos en un tiempo determinado, permite conocer el Rendimiento de las Unidades Operativas de un área de Salud y/o provincia.

Este indicador se consigue dividiendo el total de consultas (primeras mas las subsecuentes) para el numero de unidades operativas, y dividiendo para el numero de días laborables.

Ejemplo:

Total Consultas =5652

5652

202

Total Unid. Operativas= 28 -----=202 -----=10
Días Laborables= 20 28 20

Es decir, que se han atendido un promedio de 10 pacientes día en cada unidad operativa.

Parámetros de Evaluación

Se evaluará por jornada de trabajo mañana o de tarde

8 a 10 pacientes MUY BUENO

6 a 7 pacientes BUENO

5 pacientes NO SATISFACTORIO

6.6.4 Indicadores de Educación

La educación debe ser entendida como un proceso de aprendizaje de conocimientos, actitudes destrezas destinadas a facilitar los cambios voluntarios de comportamiento que conduzcan al mejoramiento y protección de la salud bucal, tanto en individuos como familias y la comunidad.

La educación en la salud bucal es un componente que tiene el propósito de estimular la comprensión y aceptación por parte de la comunidad, del valor que tienen las medidas de prevención para conservar la salud bucal.

La evaluación del componente educativo será realizada a través de encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas **CAP.**

Conocimientos

Los escolares estarán en capacidad de:

- Señalar que es la caries y la placa bacteriana
- Describir la estructura de las piezas dentarias temporales y definitivas
- Describir la técnica de cepillado dental

Actitudes

Los escolares estarán capacitados para:

- Demostrar por que se debe realizar el cepillado dental en forma correcta.
- Ser consciente que el exceso de azúcares es negativo para sus dientes.

Prácticas

Realizar el adecuado cepillado dental que permita la eliminación de la placa bacteriana observable.

Parámetros de Evaluación

Los Conocimientos y Actitudes serán evaluados en forma cualitativa, y de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Adecuado
- Regular
- Inadecuado

Las Prácticas de higiene oral serán evaluadas por observación directa, midiendo en las 6 piezas antero - superiores, nivel de placa bacteriana. En cada grado de escuela se tomara una muestra de cinco niños para realizar la evaluación.

Recursos Humanos

Apartado VII

Esta referida a la estructura orgánica y funciones del personal de salud odontológico, que asumen en los diferentes niveles de complejidad.

- ◆ **Responsable Técnico Nacional** del Programa de Salud Oral dependiente de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, quién se encargará de normar, evaluar y supervisar. El Area de Salud Oral del Ministerio de Salud y Deportes coordinara con el Consejo Nacional de Salud Oral, integrado por representantes de cada una de las siguientes instituciones : **(1)** Ministerio de Salud y Deportes, (Dirección general de servicios de salud y Dirección General de Aseguramiento) **(2)** Colegio Nacional de Odontólogos, **(3)** Universidad Boliviana, **(4)** Confederación de profesionales de Bolivia, y ONGs.
- ◆ **Responsable Departamental**, será encargado de la ejecución del programa de Salud Oral en su jurisdicción, supervisará y evaluará el trabajo de las redes. A si mismo será responsable de la planificación, organización, dirección, supervisión, control y evaluación del Programa departamental de Salud Oral.
- ◆ **Odontólogo coordinador Red**, participará activamente en la programación y ejecución, supervisará el trabajo realizado en los servicios de su jurisdicción.
- ◆ **El odontólogo Jefe de Servicio** será designado cuando el servicio de salud disponga de dos odontólogos o más.
- ◆ **El odontólogo de SSRO** es el encargado de realizar las acciones de Atención primaria en su jurisdicción asignada

7.1. ESTRUCTURA ORGANICA DE ODONTOLOGOS

Niveles de Atención

7.1.1 Odontologo especialista (Tercer nivel)

Características del cargo

1. Tener título de especialidad odontológica (Cirugía Buco - Maxilofacial).
2. Registro en colegio de odontólogos actualizado
3. Registro en la Sociedad Científica correspondiente
4. Obtención del cargo por concurso de méritos y examen de competencia
5. Ser boliviano de nacimiento

Descripción de funciones

- Efectuar labores profesionales de alta complejidad y de especialidad en el campo de la Odontología.

- Practicar intervenciones clínicas y quirúrgicas de acuerdo a su especialidad.
- Elaborar la Historia Clínica de todo paciente y hacer el seguimiento de acuerdo a su evaluación.
- Efectuar labores de difusión, promoción en el campo de su especialidad.
- Aportar información de actividades de los consultorios odontológicos y especialidades al SEDES para el correcto desarrollo del Sistema Nacional de Información y para su análisis respectivo.
- Mantener vigilancia permanente sobre las condiciones del equipo, instrumental, productos y materiales odontológicos del servicio a su cargo.
- Documenta y exponer internamente casos clínicos de interés para la profesión.
- Planificar, organizar, dirigir, supervisar, controlar y evaluar el Programa de Salud Oral del Hospital Regional.
- Capacitar y adiestrar al personal en los programas de Salud Oral en los hospitales.
- Participar en Programas de Investigación de Salud Bucal a nivel de Hospitales y servicios especializados en Estomatología.
- Atender y resolver los casos de mayor complejidad provenientes de los centros y puestos periféricos de Salud.

Supervisión recibida

- Periódica de la Jefatura Regional de Odontología.

7.1.2 Odontólogo especialista - (Segundo nivel)

Características del cargo

1. Tener título de especialidad odontológica (Periodoncia, Odontopediatria, Cirugía bucal, Endodoncia)
2. Registro en colegio de odontólogos actualizado
3. Registro en la Sociedad Científica correspondiente
4. Obtención del cargo por concurso de méritos y examen de competencia
5. Ser boliviano de nacimiento

Descripción de funciones

- Efectuar labores profesionales de especialidad en el campo de la Odontología.
- Practicar intervenciones clínicas y quirúrgicas de acuerdo a su especialidad.
- Elaborar la Historia Clínica de todo paciente y hacer el seguimiento de acuerdo a su evaluación.
- Efectuar labores de difusión, promoción en el campo de su especialidad.
- Aportar información de actividades de los consultorios odontológicos y especialidades al SEDES para el correcto desarrollo del Sistema Nacional de Información y para su análisis respectivo.
- Mantener vigilancia permanente sobre las condiciones del equipo, instrumental, productos y materiales odontológicos del servicio a su cargo.
- Documenta y exponer internamente casos clínicos de interés para la profesión.
- Planificar, organizar, dirigir, supervisar, controlar y evaluar el Programa de Salud Oral del Hospital Regional.
- Capacitar y adiestrar al personal en los programas de Salud Oral en los hospitales.
- Participar en Programas de Investigación de Salud Bucal a nivel de Hospitales y servicios especializados en Estomatología.
- Atender y resolver los casos de mayor complejidad provenientes de los centros y puestos periféricos de Salud.

Supervisión recibida

- Periódica de la Jefatura Regional de Odontología.

7.1.3. Odontólogo (Primer nivel)

Características del Cargo

1. Forma parte del equipo de Salud de la Red de Salud
2. Odontólogo de planta con Título en Provisión Nacional.
3. Matrícula profesional.
4. Registro en el Colegio de Odontólogos actualizado
6. Obtención del cargo por concurso de méritos y examen de competencia
5. Ser boliviano de nacimiento

Descripción de funciones.

- Planificar, organizar, dirigir, supervisar, controlar y evaluar el Programa de Salud Oral de la red.
- Capacitar y adiestrar al personal institucional de la Red en los Programas de Salud Oral.
- Participar en programas de Investigación de Salud Oral a nivel de la Red.
- Referir y controlar los casos de mayor complejidad de hospitales y centro de salud de área.
- Elaborar los informes de actividades odontológicas de su servicio y enviar a la Jefatura Regional de Odontología mediante el SNIS, de acuerdo a su institución.
- Ejecutar labores profesionales de la Odontología de acuerdo a normas del servicio.
- Elaborar programas de educación, promoción y prevención en Salud Oral para la Red
- Examinar, diagnosticar, registrar y elaborar la Historia Clínica de todos y cada uno de los pacientes que acuden al servicio, según protocolos.
- Mantener registro actualizado de las condiciones de los equipos e instrumental de los consultorios a su cargo.
- Supervisión recibida del Jefe Regional de odontología de Unidad Sanitaria.

Supervisión recibida

- Periódica de la Jefatura Regional de Odontología.

7.2. Niveles Jerarquicos

7.2.1. Responsable Técnico Nacional de salud oral

Características del Cargo

1. Título en Provisión Nacional de Odontólogo con estudios de Salud Pública y/o Administración en Servicios de Salud.
2. Tener una antigüedad mínima de 5 años de ejercicio profesional
3. Obtención del cargo por concurso de méritos y examen de competencia.
4. Registro en el Colegio de Odontólogos actualizado
5. Poseer conocimientos en el manejo de Paquetes Informáticos actualizados.
6. Ser boliviano de nacimiento

Supervisión recibida

- Unidad de Servicios de Salud y Calidad, y la Dirección General de Servicios de Salud.

Descripción de funciones.

- Coordinar y supervisar las actividades técnicas, operativas y administrativas del área de Salud Oral.
- Formular políticas, planes y programas así como normas para la implementación de la prevención de Salud Oral.
- Normar, coordinar y evaluar la organización y funcionamiento de la Salud Oral, responsabilizándose de promover y supervisar la ejecución sistemática, oportuna y eficiente de otras actividades de prevención.
- Apoyar en el desarrollo de los objetivos de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad
- Establecer los objetivos de gestión del Área de Salud Oral y elaboración del POA.
- Coordinar y evaluar la organización y funcionamiento del SUMI, responsabilizándose de promover y supervisar la ejecución sistemática, oportuna y eficiente de los programas nacionales de promoción y otras actividades de prevención en todo el sistema de salud.
- Aprobar la gestión de financiamiento, coordinar, supervisar y evaluar la ejecución de programas nacionales de promoción y para otras actividades de prevención así como para el control
- Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas del Programa de Salud Oral.
- Ser interlocutor oficial a nombre del Ministerio, ante instituciones públicas y privadas así como organismos de la Cooperación Internacional, para informar, concertar técnicamente y acordar acciones operativas, relacionadas con el cumplimiento de sus responsabilidades.
- Informar regularmente sobre el avance y resultados de gestión de las políticas, planes y programas a cargo de la dirección, así como de su impacto en la situación de salud del país.
- Otras funciones que le sean encomendadas por autoridades superiores del Ministerio.
- Coordinar entre unidades departamentales de Área de Salud Oral dentro del área de su competencia.
- Promover la capacitación y actualización del personal bajo su dependencia y del personal responsable de la ejecución de los programas nacionales bajo su dependencia.
- Presentar informes regulares a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad.
- Asistir a reuniones de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad

7.2.2. Responsable departamental de Odontología

Características del cargo.

1. Título en Provisión Nacional de Odontólogo con estudios de Salud Pública y/o Administración en Servicios de Salud.
2. Tener una antigüedad mínima de 5 años de ejercicio profesional
3. Obtención del cargo por concurso de méritos y examen de competencia.
4. Registro en el Colegio de Odontólogos actualizado
5. Poseer conocimientos en el manejo de Paquetes Informáticos actualizados.
6. Ser Boliviano de Nacimiento.

Supervisión recibida

- Responde ante la Jefatura de la Unidad de Red de Servicios como inmediato superior, y la Dirección Técnica del SEDES correspondiente.

Descripción de funciones.

- Participa en auditorías de recursos humanos de Odontología en las diferentes Redes de Salud, en Centros de Salud y Hospitales dependientes del Servicio Departamental de Salud.
- Participa y coordina en la elaboración de Normativas e Instrumentos que regulen la actividad general de los Odontólogos en el Departamento.
- Realiza supervisiones y evaluaciones a consultorios odontológicos, a las Redes de Salud y Centros Hospitalarios dependientes del SEDES
- Participa en programas de investigación multidisciplinario de Salud y otros a nivel de la Red de Salud.
- Participa en la otorgación de licencias de funcionamiento y de Resoluciones Administrativas de consultorios odontológicos, laboratorios de Prótesis Dental y otros.
- Realiza inspección técnica a consultorios odontológicos privados en toda la jurisdicción del Departamento.
- Participa en la elaboración del POA de la institución.
- Realiza inspección técnica a laboratorios de prótesis dental e institutos de formación técnica de personal auxiliar para el odontólogo en todo el Departamento.
- Participa en auditorías Médicas – Odontológicas.
- Participa en la certificación y Acreditación de establecimientos de salud.
- Coordina con los Colegios de Odontólogos
- Participa en el Comité de Compatibilidad, en el horario de los profesionales Odontólogos de su Departamento, de acuerdo a normas y leyes vigentes.
- Participa en la selección del personal de Odontología para su contratación, haciendo cumplir los requisitos y normas establecidas.
- Realiza Diagnostico de los Odontólogos dependientes del SEDES, para identificar necesidades y requerimiento de personal.
- Participa en todas las decisiones concernientes a Odontología, (promociones, transferencias y otros).
- Asesora a Instituciones Gubernamentales, ONG´s y otras Instituciones regionales sobre el funcionamiento y organización de los Servicios de Odontología.
- Supervisa y coordina en la presentación de Monografías e informes de los profesionales Odontólogos para la obtención de Resolución Administrativa del cumplimiento del Servicio Social Rural Obligatorio.
- Coordina y planifica la organización del curso de capacitación de Odontólogos postulantes al Servicio Social Rural Obligatorio.
- Coordina en la designación de Odontólogos para el Servicio Social de Salud Rural Obligatorio e Internado Rotatorio.
- Programa cursos, talleres, seminarios, conferencias y políticas de Salud para la retroalimentación, actualización y capacitación continua del personal Odontológico dependientes del SEDES correspondiente
- Elabora Programas destinados al incentivo del personal Odontológico, premiando el cumplimiento de sus funciones, de acuerdo a la calidad de atención y eficiencia.
- Programa y participa en acciones destinadas a evitar el ejercicio ilegal de la Odontología.
- Coordina con las Universidades estatales y privadas en lo que respecta a actividades conjuntas en el área Odontología, basándose en acuerdos y convenios vigentes.
- Coordina acciones para la aplicación de políticas de Salud, con niveles Nacionales, Agencia de cooperación, Jefaturas y/o Programas de Salud Oral, para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

- Realizar otras actividades afines delegada por la autoridad inmediata superior de acuerdo a necesidades de la institución.
- Mantener actualizado un Sistema de Registro y Archivo de las Redes Locales y Regional de Consultorios, Laboratorios Dentales.
- Coordinar entre Responsables Departamentales del Programa de Salud Oral, dentro del área de su competencia.
- Promover la capacitación y actualización del personal bajo su dependencia y del personal responsable de la ejecución de los programas nacionales bajo su dependencia.
- Presentar informes regulares al Coordinador Nacional del Programa de Salud Oral .
- Asistir a reuniones del Programa Nacional de Salud Oral

7.2.3. Responsable Regional de odontología

Características del Cargo

1. Título en Provisión Nacional de Odontólogo con estudios de Salud Pública y/o Administración en Servicios de Salud.
2. Tener una antigüedad mínima de 5 años de ejercicio profesional
3. Obtención del cargo por concurso de méritos y examen de competencia.
4. Registro en el Colegio de Odontólogos actualizado .
5. Ser Boliviano de Nacimiento.
6. Poseer conocimientos en el manejo de Paquetes Informáticos actualizados.

Supervisión recibida

- Responde ante la Jefatura de la Unidad de Red de Servicios como inmediato superior y el Responsable Departamental de Odontología.

Descripción de funciones.

- Participa en auditorías de recursos humanos de Odontología en las diferentes Redes de Salud, en Centros de Salud y Hospitales dependientes del Servicio Regional de Salud
- Realiza supervisiones y evaluaciones a consultorios odontológicos, a las Redes de Salud y Centros Hospitalarios dependientes del SEDES.
- Participa en programas de investigación multidisciplinario de Salud y otros a nivel de la Red de Salud.
- Realiza inspección técnica a consultorios odontológicos privados en toda su jurisdicción.
- Participa en la elaboración del POA de la institución.
- Realiza inspección técnica a laboratorios de prótesis dental e institutos de formación técnica de personal auxiliar para el odontólogo en su jurisdicción.
- Participa en auditorías Médicas – Odontológicas.
- Participa en la certificación y Acreditación de establecimientos de salud.
- Coordina con el Colegio de Odontólogos, SEDES, y MSD.
- Realiza Diagnostico de los Odontólogos dependientes de su regional, para identificar necesidades y requerimiento de personal.
- Participa en todas las decisiones concernientes a Odontología, (promociones, transferencias y otros).
- Coordina y asesora a Instituciones Gubernamentales, ONG´s y otras Instituciones regionales sobre el funcionamiento y organización de los Servicios de Odontología.
- Programar, cursos, talleres, seminarios, conferencias y políticas de Salud para la retroalimentación, actualización y capacitación continua del personal Odontológico dependientes de su regional.

- Elabora Programas destinados al incentivo del personal Odontológico, premiando el cumplimiento de sus funciones, de acuerdo a la calidad de atención y eficiencia.
- Programa y participa en acciones destinadas a evitar el ejercicio ilegal de la Odontología.
- Coordina acciones para la aplicación de políticas de Salud, con niveles Nacionales, Agencia de cooperación, Jefaturas y/o Programas de Salud Oral, para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.
- Realizar otras actividades afines delegada por la autoridad inmediata superior de acuerdo a necesidades de la institución.
- Mantener actualizado un Sistema de Registro y Archivo de las Redes Locales y Regional de Consultorios, Laboratorios Dentales.

7.2.4. Coordinador de Red y de Servicios

Características del Cargo

1. Título en Provisión Nacional de Odontólogo
2. Tener una antigüedad mínima de 3 años de ejercicio profesional.
3. Obtención del cargo por concurso de méritos y examen de competencia.
4. Poseer conocimientos en el manejo de Paquetes Informáticos actualizados.
5. Registro en el Colegio de Odontólogos actualizado .
6. Ser Boliviano de Nacimiento.

Supervisión recibida

- Gerencia de Red, Responsable Departamental de Odontología y/o Responsable Regional,

Descripción de funciones:

- Forma parte del equipo de la Red de Salud articulador de actividades gerenciales de la RED.
- Planifica, organiza, dirige, supervisa, controla y evalúa el Programa de Salud Oral de la Red de Salud.
- Capacita y adiestra al personal institucional de la Red en los Programas de Salud bucal y otros programas de SEDES.
- Coordinar programas de educación, promoción y prevención en Salud Oral para la Red
- Mantener registro actualizado de las condiciones de los equipos e instrumental de los consultorios a su cargo de la Red de Salud
- Recibir supervisiones, por el Responsable Departamental del SEDES. Realizar supervisiones en los centros de salud de su red.
- Hacer cumplir las normas y procedimientos que regulen el servicio profesional de Odontología de la Red.
- Presentar al Responsable Departamental de Odontología, Informes de actividades, e informe trimestral concentrado de los trabajos realizados en toda la Red.
- Participar en la elaboración en el POA de las redes.
- Coordinar con la Gerencia de la RED de Salud, DILOS, supervisores operativos.
- Asistir a reuniones, y actividades de programación, y otros, con VoBo de la Jefatura de Odontología y Jefatura de Recursos Humanos.
- Lograr tener apoyo logístico de la Gerencia de Red para efectivizar el trabajo de las áreas de la Red.
- Cumplir el Reglamento Interno del Personal del SEDES.
- Control y designación de odontólogos en los centros de salud (internado rotatorio).
- Organización del CAI de Odontología de la Red.
- Participación de los CAI s de Red y de área.

7.2.5. Odontólogo de planta (I – II – III Nivel de Atención)

Características del Cargo:

1. Título en Provisión Nacional de Odontólogo
2. Tener una antigüedad mínima de 3 años de ejercicio profesional.
3. Obtención del cargo por concurso de méritos y examen de competencia.
4. Poseer conocimientos en el manejo de Paquetes Informáticos actualizados.
5. Registro en el Colegio de Odontólogos actualizado.
6. Ser Boliviano de Nacimiento.

Supervisión recibida:

- Dependencia jerárquica del Responsable del Establecimiento y de la Gerencia de Red.

Descripción de funciones

- Realizar la atención Odontológica, preventiva y curativa a la comunidad del área designada.
- Participar en actividades de promoción y prevención.
- Revisar diariamente el funcionamiento de los equipos que estén a su cargo.
- Participar en el proceso de planificación de programas con los demás odontólogos de la Red (POA Institucional).
- Programar conjuntamente con el equipo de salud, las actividades asistenciales y preventivas.
- Controlar y realizar el seguimiento de los tratamientos odontológicos.
- Participar en los CAI, programados por el Responsable de área, y programados por la Red.
- Acatar las normas en los procedimientos odontológicos.
- Prescribir medicamentos esenciales.
- Dar información oportuna y veraz requerida por el Coordinador y/o Red.
- Participar en investigación y acción.
- Cumplir normas establecidas de tiempos de trabajo y tasas de uso.
- Referir y controlar los casos de mayor complejidad a hospitales y centros de salud de área.
- Examinar, diagnosticar, registrar y elaborar la Historia Clínica de todos y cada uno de los pacientes que acuden al Servicio.
- Elaborar el informe mensual de actividades del Programa de Salud Oral y enviar al Coordinador de Red. (Optativo)
- Supervisión recibida del Responsable Departamental del SEDES, Responsable Regional y del Coordinador de Odontología de la Red.
- Representar al Establecimiento de salud ante autoridades superiores o instituciones oficiales o privadas, para facilitar el desempeño de las actividades del Servicio de su área.
- Efectuar evaluaciones, supervisiones y calificación a los internos del internado rotatorio, y del Servicio Rural Obligatorio
- Cumplir el Reglamento Interno del SEDES

7.2.6. Odontólogo de Servicio social de salud rural obligatorio (SSRO)

Características del cargo

- Odontólogo egresado con título académico en cumplimiento del Servicio Social Rural Obligatorio.

Descripción de funciones

- Cumplimiento del S. S. R. O. para la obtención del Título en Provisión Nacional
- Realizar Actividades de Fomento, Promoción, Educación, Prevención con estrategias de Salud Pública inherentes a la Salud oral.
- Cumplir estrictamente las disposiciones legales del Reglamento del SSRO.
- Realizar capacitaciones en Educación en Salud Oral al personal de salud, plantel educativo, RPS, Clubes de Madres, Agentes Municipales y la Comunidad.
- Concluir la rotación con la presentación y defensa de la monografía y/o trabajo de investigación en el tema asignado por el Coordinador Departamental del Programa de Salud Oral o tutor designado (Docente asistencial)
- Cumplir estrictamente las disposiciones legales del reglamento del Servicio Social Rural Obligatorio (Año de Provincia).
- Participar en la Planificación, organización, dirección y coordinación de los programas de Salud Oral en puestos de Salud periféricos.
- Participar en la capacitación y adiestramiento del personal de salud, Maestros RPS y la comunidad en los programas de Salud Oral.
- Participar en Programas de Salud Oral a nivel de los puestos de salud periféricos.
- Referir y controlar los casos de mayor complejidad de los Centros de Salud del Distrito.
- Participar en la recepción de los insumos necesarios para el desarrollo de actividades de Salud Oral del área, velando por el uso adecuado de los mismos.
- Elaborar el informe mensual de actividades del programa de Salud Oral de los puestos periféricos de Salud.
- Realizar labores de la profesión en el área a que han sido asignados.
- Realizar actividades de educación, promoción, prevención y odontología asistencial en su área.
- Diagnosticar y realizar la Historia Clínica de los pacientes.
- Cumplir los programas y horarios establecidos.
- Participar en programas de Atención primaria en el área, sectores y comunidades.
- Mantener en buenas condiciones el instrumental, material y equipo a su cargo.
- Gestionar oportunamente la provisión de insumos, materiales e instrumental odontológico de su servicio.

7.3. Normas a cumplir en todos los niveles

- Constitución Política del estado
- Ley de Administración y Control Gubernamental No. 1178 (SAFCO) del 20 de julio de 1990.
- Régimen de responsabilidad por la función pública establecida en la ley 1178 y sus reglamentos.
- Ley de Organización del Poder Ejecutivo No. 1788 del 16 de Septiembre de 1997
- Decreto Supremo 24855 Reglamento a la ley de Organización del Poder Ejecutivo del 22 de Septiembre de 1997.
- Decreto Supremo 25055 del 23 de Mayo de 1998, Norma Complementaria al DS – 24855 del 22 de Septiembre de 1998.
- Código de Ética correspondiente a su área
- Código de Salud de la República de Bolivia y Disposiciones Reglamentarias RS – 0624 del 11 de Julio de 1990.Reglamentación aprobada en el Ministerio de Salud y Deportes.
- Ley 2426 Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).
- Código de Salud de la República de Bolivia y Disposiciones Reglamentarias RS – 0180 del 10 de abril 2002

Manual de Normas en Salud Oral

- Resolución Ministerial No. 0131 del 14 de marzo del 2002. aprobada en el Ministerio de Salud y Previsión Social.

Servicios odontológicos

Apartado VIII

La atención odontológica en los servicios de salud se ubica en el marco de las acciones educativas, preventivas y curativas, y será ofertada a la población protegida por cada uno de los Entes Gestores con los lineamientos establecidos en la prestación de servicios de salud que se circunscribirá a lo siguiente:

- Se utilizarán restauraciones correctas que devuelvan la anatomía y fisiología normal a las piezas dentarias.
- Se realizarán tratamientos con protectores pulpares a base de hidróxido de calcio o cualquier otro principio activo aprobado universalmente para dicha terapia.
- Se realizarán exodoncias como último recurso procurando reducir a un mínimo posible (exodoncia indicada)
- Se atenderá la emergencia en el servicio tales como: Lesiones agudas y desgarramiento de mucosa; heridas profundas de tejidos blandos, quemaduras, fracturas de alvéolo, hemorragia, etc.
- Igualmente se programarán para atender localmente o remitir a centros especializados los casos de extracciones seriadas, terceros molares, fracturas dentro- maxilares, maxiofaciales, etc.
- Se realizarán prescripciones pre y post operatorias utilizando el listado de **medicamentos esenciales del SNUS de uso odontológico**.
- El tiempo promedio transcurrido por prestación otorgada debe ser realizada en 22 minutos, esto mantendrá relación con la carga horaria del profesional (medio tiempo 8 prestaciones, tiempo completo 16 prestaciones)

8.1. Acciones odontológicas preventivas y de promoción dirigidas a la población con las siguientes acciones básicas:

- ❖ Promoción y fomento de la salud
 - ❖ Examen oral en general
 - ❖ Educación en salud oral personalizada y en grupos
 - ❖ Detección de placa bacteriana
 - ❖ Protección específica
 - ❖ Profilaxis
 - ❖ Aplicación tópica de fluor
 - ❖ Sellado de fosas y fisuras
 - ❖ TRA (tratamiento Restaurador Atraumático)
 - ❖ Toma de rayos X
- Se educará sistemáticamente a cada paciente sobre Higiene Bucal-Dental en la identificación y eliminación de la placa bacteriana, como también se instruirá sobre el uso adecuado del cepillo, hilo dental, y accesorios.

8.2. Diagnóstico

- El diagnóstico de las enfermedades bucales debe establecerse mediante la aplicación del método epidemiológico, el método clínico y los auxiliares diagnósticos cuando se juzgue necesario.
- El diagnóstico epidemiológico de las enfermedades bucales debe emplearse como base de los planes y programas institucionales de salud bucal a nivel nacional, regional y municipal (de servicio, docencia e investigación) tomando en cuenta los índices epidemiológicos de aplicación universal reconocidos por la Organización Mundial de la Salud.
- Los estudios epidemiológicos deben orientarse a la descripción y el análisis de las enfermedades bucales más importantes, considerando factores de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y oportunidad para su atención.
- Los estudios epidemiológicos deben incluir las manifestaciones clínicas de la enfermedad en sus diferentes etapas y su repercusión a estructuras adyacentes a la cavidad bucal previa planificación regional, departamental y nacional.

8.3. Atención en Odontopediatría hasta los 12 años de edad y consiste en:

- ❖ Odontología preventiva
 - ❖ Prevención a la madre gestante
 - ❖ Odontología del bebe
 - ❖ Educación y orientación a los padres de familia
 - ❖ Profilaxis en la edad escolar, topicación de fluor y sellantes
 - ❖ Tratamiento de caries
 - ❖ Restauraciones
 - ❖ Endodoncias
 - ❖ Exodoncias
- Anestesia general únicamente en hospitales de tercer nivel a niños especiales y de difícil conducta, previa junta médica-odontológica y consentimiento informado y firmado por los padres o tutores
 - Se utilizará la técnica de aplicación de fluor de acuerdo a protocolo.
 - Se realizarán acciones de Higiene y Educación Buco-Dental a nivel escolar en forma permanente hasta que se incorporen en base a la técnica del cepillado como hábito de los escolares.
 - Los responsables de la ejecución del cepillado, educación y de enjuagatorios bucales, serán los profesores de las escuelas y los odontólogos.

8.4. Tratamiento de emergencia: Se practicará en los siguientes casos:

- ❖ Odontalgias en general
- ❖ Procesos infecciosos
- ❖ Traumatismos
- ❖ Complicaciones de tratamientos
- ❖ Complicaciones post quirúrgicos

8.5. Tratamientos curativos de patologías dentarias Se practicará en los siguientes casos:

- ❖ Caries

- ❖ Procesos pulpares

Con las consiguientes restauraciones:

- ❖ Amalgama
- ❖ Resinas auto y fotopolimerizable
- ❖ Ionómeros

8.6. Endodoncia se practicarán según niveles de atención y capacidad de resolución:

- ❖ Piezas unirradiculares
- ❖ Piezas multirradiculares

8.7. Cirugía Menor:

- ❖ Exodoncias

8.8. Cirugía Maxilo Facial Mediana según niveles de atención y capacidad de resolución:

- ❖ Apicectomias
- ❖ Frenectomias
- ❖ Dientes retenidos o impactados
- ❖ Extirpación quirúrgica de granulomas, papiloma, quistes etc.

8.9. Cirugía Maxilo Facial Mayor:

- ❖ Infecciones
- ❖ Traumatología
- ❖ Oncología
- ❖ Patología de A.T.M.

8.10. Periodoncia:

Control de tejidos blandos

Tratamientos de Gingivitis, estomatitis, etc.

Tratamiento Enfermedad Periodontal

Tratamiento medicamentoso.

Tratamiento quirúrgico.

8.11 Radiología:

Radiografía peri apical

Radiografía oclusal

Radiografía Panorámica

Radiografías extraoral

Radiovisiografía.

8.12. Equipamiento e insumos odontológicos

Los requerimientos para la atención Odontológica en los servicios de salud y seguros, están desglosados en tres componentes:

- Insumos, materiales dentales y Medicamentos
- Instrumental
- Aparatos y equipos

8.12.1 Insumos y Medicamentos (Materiales Odontológicos)

Ácido grabador

Algodón

Amalgama

Adhesivo autocurable y / o fotopolimerizable
Agujas para sutura
Agujas para carpule (extracortas, cortas, largas)
Anestésicos tópicos (spray o gel)
Aplicadores desechables
Anestésico local (Lidocaina al 3% y 4%) *
Anestésico Local (Mepivacaina) *
Baberos desechables
Barbijos desechables
Bicarbonato de sodio
Campos desechables
Cariostático
Cemento de oxifosfato
Cemento quirúrgico
Conos de gutapercha (principales y accesorios)
Conos de papel absorbente
Coronas de celuloide
Cuñas interproximales
Cubetas desechables para fluor
Decalcificante (EDTA)
Desensibilizante
Desvitalizante.
Discos de papel lija
Discos de goma
Discos para pulir resinas
Discos de carborundum
Dique de goma
Eucaliptol
Eugenol
Eter alifático dietilamino etanol (DG6)
Fresas para alta velocidad de diamante, diferentes formas y tamaños
Fresas para alta velocidad de carburo, diferentes formas y tamaño
Fresas para baja velocidad de diamante, diferentes formas y tamaño
Fresas para baja velocidad de carburo, diferentes formas y tamaño
Fresas quirúrgicas diferentes formas y tamaños
Fresas endo Z
Fresas Gates Gliden
Fresas para cortar metal
Fluor gel
Formocresol
Gasa
Gomas para pulir amalgama y resina
Guantes desechables
Gutapercha en barras
Hemostático líquido
Hemostático esponja
Hidróxido de calcio fluido
Hidróxido de calcio químicamente puro
Hojas de bisturí (N^o 11 , 15)
Ionómero de vidrio (base, obturación y cementación)
Lámparas frontales

Lentes de Protección
Limadura de plata
Lubricantes para piezas de alta velocidad (Spray)
Lubricantes para piezas de baja velocidad (Spray)
Mascara facial protectora
Material de sutura (seda, vycril, catgut, etc)
Mandril para pieza de mano y contrangulo.
Matriz metálica
Mercurio
Oxido de zinc
Paramonoclorofenol alcanforado
Pulperil
Pastas o cementos para obturación de conductos reabsorvibles.
Pastas o cementos para obturación de conductos no reabsorvibles
Pasta para pulir resina
Pasta para pulir amalgama
Pasta profiláctica
Pasta iodoformada reabsorvible (alvogyl)
Papel de articular
Película radiográfica
Piedra de Arkansas
Piedras montadas para contrangulo y pieza de mano, diferentes formas y tamaños.
Piedra pómez
Puntas de aspiración desechables
Removedor de Tártaro y manchas
Resina auto y fotocurable
Seda dental
Sellantes auto y fotocurables.
Solución revelador (rayos X)
Solución fijadora (rayos X)
Tiras de celuloide
Tiras de lija
Tiras metálicas
Vaselina sólida
Yodoformo en polvo

8.12.2 Instrumental

Abrebocas oclusal
Algodonero
Arco de Young
ART II o ART AFCI (HIS)
Atacadores de cemento (grande ,mediano y pequeño)
Atacadores de amalgama (grande, mediano y pequeño)
Automatones (adulto y pediátrico)
Bandejas metálicas acanaladas para instrumental
Bandejas Plásticas para instrumental
Bruñidores de amalgama de diferentes formas y tamaños.
Cajas metálicas (grande, mediana y pequeña)
Caja endodontica
Cubetas arriñonadas

Manual de Normas en Salud Oral

Curetas bipolares para alveolo (grande, mediana y pequeña)
Curetas para dentina (grande, mediana y pequeña)
Curetas De Grace
Cuádruplex
Dicaleros
Escariadores de ambas series.
Espejos bucales (adultos y pediátricos)
Espátula de cemento
Espaciadores manuales y digitales.
Extractor de corona
Ganchos para baberos
Ganchos para placas radiográficas
Gutapercheros
Gubias
Hachuela Dental (Hatchet)
Herinas
Jeringas carpule
Juego de Clamps
Juego de Fórceps (adultos y pediátricos).
Juego de Elevadores (adultos y pediátricos).
Juego de extractores manuales de tártaro.
Lentulos
Legra
Limas K ambas series y diferentes tamaños
Limas Hedstrong ambas series y diferentes tamaños
Lima para hueso
Limpia fresas
Loseta de vidrio
Mango para espejo bucal
Mango para bisturí
Matrices plásticas
Mechero
Mortero y pilón.
Perforador de goma dique
Peras para aire y agua.
Pinza para algodón (adulto y pediátrico)
Pinza Anatómica
Pinza hemostática
Pinza de campo
Pinza de traspaso de instrumental.
Pinza diente de ratón
Porta agujas
Porta algodones
Porta amalgama
Porta fresas metálico
Porta matriz
Porta clamps
Separadores de Farabeuf
Separadores de Langenbeck
Sondas lisas
Sonda exploradora bipolar (adulto y pediátrico)

Sonda periodontal
Sonda endodóntica
Sindesmotomo recto
Sindesmotomo angular
Tallador - ART Opener (HSI)
Tambores para esterilización (grande, mediano y pequeño)
Tijeras recta para encía
Tijeras curva para encía
Tijeras para puntos
Tiranervios cortos y largos
Vasos Dappen

8.12.2 Equipamiento

Equipo dental completo (unidad de trabajo)
Compresora
Equipo de Rayos X
Radiovisiógrafo
Esterilizador a calor seco (Pupinel)
Autoclave
Aparato para profilaxis (Ultrasonido)
Caja para revelado
Negatoscopio.
Lámpara de luz halógena
Amalgamador eléctrico
Electro cauterio
Electro bisturí
Hemosuctor.
Secador de manos eléctrico.
Mandil de plomo protector para el operador
Mandil de plomo protector para paciente (adulto y pediátrico)

Equipamiento menor: accesorios

Pieza de mano de alta velocidad
Micromotor neumático
Contrángulo
Pieza de mano recta

Protocolos de atención odontológica

Apartado IX

9.1. CONSULTA ODONTOLÓGICA Z 012

Definición.-

La consulta odontológica es la entrevista del usuario con el odontólogo, para la valoración completa del estado de salud oral del usuario.

Procedimiento a seguir:

Historia clínica del paciente.

1. Anamnesis del paciente.
 - Datos personales.
 - Antecedentes familiares.
 - Antecedentes personales.
 - Enfermedad actual.
 - Consejería.
2. Exploración extraoral.

La exploración consiste en una valoración del estado general del niño.

 - La simetría las dimensiones faciales, y los tipos faciales ortodóncicos.
 - Los ojos incluyendo el aspecto del globo ocular, la esclerótica, las pupilas y las conjuntivas.
 - El color y el aspecto de la piel.
 - Las articulaciones temporomandibulares.
 - Los ganglios linfáticos cervicales, submandibulares y occipitales.
3. Exploración intraoral.
 - Tejidos blandos, incluyendo la oro faríngea y las amígdalas.
 - Higiene oral y estado periodontal.
 - Tejidos duros dentales.
 - Oclusión y relaciones ortodóncicas.

4. Prevención y orientación.

Niños de 6 a 24 meses: La primera consulta odontológica debe ser realizada a los seis meses de edad, debido a que en esa etapa se inicia la erupción dentaria decidua. Aconsejar que el niño no duerma con el biberón en la boca, recomiende la higiene bucal del niño con una gasa después de las comidas y antes de acostarse.

Niños de 2 a 5 años: Aconsejar que se limite los bocadillos a tres veces al día. La responsabilidad de la higiene dental del niño es de los padres.

Las visitas al odontólogo deben ser realizadas cada seis meses para un control adecuado de la salud bucal del niño.

5. Diagnóstico.

Después de los procedimientos anteriores se debe realizar el diagnóstico del estado bucal del paciente, para determinar los tratamientos que pueden ser realizados en cada uno de ellos.

Criterio de referencia

De acuerdo al diagnóstico patológico del paciente, el Odontólogo debe determinar su tratamiento o la referencia al establecimiento de segundo o tercer nivel.

9.2. CONSULTA ODONTOLÓGICA “CONTROL PRENATAL 2012

Definición.-

Conjunto de actividades que se proporcionan a la mujer embarazada como parte del Control Prenatal, que permiten realizar una valoración estomatológica y establecer un diagnóstico del estado bucal de la paciente. Se brinda la consulta odontológica a las mujeres, informando sobre las señales de alarma y cuidados necesarios que se deben tener para lograr un estado de salud bucal adecuada, previniendo el avance de lesiones ya existentes, y educando para que tanto ella como el hijo puedan ser responsables del mantenimiento de su salud bucal.

Procedimiento a seguir:

Historia clínica del paciente.

1. Anamnesis del paciente.

- Datos personales
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales.
- Enfermedad actual

2. Exploración extraoral.

La exploración consiste en una valoración del estado general de la madre

- La simetría las dimensiones faciales.
- Los ojos incluyendo el aspecto del globo ocular, la esclerótica, las pupilas y las conjuntivas.
- El color y el aspecto de la piel.
- Las articulaciones temporo mandibulares.
- Los ganglios linfáticos cervicales, submandibulares y occipitales.

3. Exploración intraoral.

- Tejidos blandos, incluyendo la oro faríngea y las amígdalas.
- Higiene oral y estado periodontal.
- Tejidos duros dentales.
- Oclusión

4. Prevención y orientación.

- Explique la importancia de la consulta odontológica post-parto, y de la primera consulta del recién nacido a los 6 meses .
- Oriente sobre las señales de alarma e indique que acuda inmediatamente a consulta en caso de presentarse alguna de ellas.
- Informe sobre medidas preventivas de enfermedades bucales y medidas higiénico nutricionales relacionadas con el embarazo:
- Aconsejar el aumento de la frecuencia del cepillado dental
- Recomendar alimentación que incluya fibra, y no una dieta demasiado blanda
- Promover la utilización de sal yodada fluorada en sus alimentos.
- Evitar el consumo excesivo de alimentos con fuerte contenido en azúcar.
- Recomendar la aplicación tópica de flúor de manera semestral.

5. Diagnóstico.

Después de los procedimientos anteriores se debe realizar el diagnóstico del estado bucal de la paciente, para determinar los tratamientos que pueden ser realizados en cada uno de ellos.

Criterios de referencia.

De acuerdo al diagnóstico de la paciente, el Odontólogo debe determinar la referencia o no a establecimientos de segundo o tercer nivel según las necesidades.

9.3. ATENCIÓN BUCODENTAL PARA ESCOLARES

Introducción

La intervención en el escolar requiere de protocolos acordes con el perfil epidemiológico y las políticas de salud planteadas por el Ministerio de Salud. Se entiende por atención integral en salud bucodental la atención de diagnóstico, promoción, protección específica, tratamiento oportuno y limitación del daño.

1.- Educación en salud oral.

Fomentar la salud oral a través de la promoción de comportamientos saludables mediante:

Charlas. Educación en salud oral. Exponer un tema a un grupo de personas con el fin de fomentar comportamientos saludables, ilustrar sobre el proceso salud-enfermedad bucodental y las acciones de prevención pertinentes.

Talleres. Actividades con participación de la comunidad, encaminadas a la planeación, ejecución y evaluación de acciones dirigidas a fomento de la salud. Festivales de la salud, teatro participativo, elaboración de títeres y acciones lúdicas.

Otras actividades de educación. Control del paciente sano, control de factores de riesgo diferentes a la placa bacteriana, motivación, aprestamiento y adaptación del paciente a la consulta bucodental, control de crecimiento y desarrollo en estomatología.

2.- Actividades preventivas de intervención dental.

Control de placa bacteriana. Actividad consistente en la aplicación de un líquido (o tableta reveladora de placa bacteriana) sobre los dientes del paciente, con el objetivo de conocer su estado de higiene oral. Se requieren mínimo tres controles de placa.

Autoprofilaxis. Acción de educación en salud oral que consiste en enseñar a una persona, o grupo de personas, la forma en que se hace un buen cepillado. La enseñanza se lleva a cabo con demostraciones donde se verifique inmediatamente si los beneficiarios cumplen las instrucciones dadas por el responsable de la actividad.

Profilaxis. Actividad consistente en remover placa bacteriana blanda de las superficies dentales, a través de un cepillo o copa de caucho movido por una pieza de mano de baja velocidad (micromotor con contraángulo). Generalmente se emplean sustancias abrasivas como la piedra pómez, óxido de zinc y diferentes pastas profilácticas existentes en el mercado.

Autoaplicación de flúor. Consiste en la aplicación de flúor tópico mediante enjuagatorios supervisados por personal calificado para esta actividad. La técnica aceptada es la de Bojanini (Una aplicación diaria durante cuatro días consecutivos). Para el reporte estadístico se debe registrar si las autoaplicaciones de flúor se realizaron en forma completa o incompleta

respectivamente. Una autoaplicación se considera completa cuando se han aplicado las cuatro series de enjuagatorios de flúor. Requiere autopprofilaxis.

Flúor tópico gel. Consiste en la aplicación, a través de cubetas especiales, de flúor tópico en forma de gel sobre los dientes de las arcadas dentarias superior e inferior. Para el reporte se debe registrar el número de personas beneficiadas de esta actividad. Requiere profilaxis.

Sellantes. Actividad consistente en la aplicación de un material adhesivo (sellante) sobre las fosas y fisuras presentes en las superficies masticatorias de los dientes.

Detartraje. Actividad consistente en remover de las superficies dentales la placa bacteriana dura. Esto se hace a través de instrumentos cortantes o equipo especial (cavitrón).

9.4. CARIES DENTAL – K02

Definición

Enfermedad química microbiana progresiva e irreversible, caracterizada por la destrucción de los tejidos duros del diente, que se inicia en las superficies pudiendo llegar al órgano pulpar.

Etiología

Es una enfermedad multifactorial:
Microbiana
Sustrato o dieta alimenticia
Huésped
Otros factores

Clasificación

Caries de esmalte
Caries de dentina
Caries de cemento
Caries detenida
Caries recidivante
Caries rampante o Síndrome del biberón
Caries dental no especificada

9.4.1. CARIES DE ESMALTE – K02.02

Definición

Destrucción de la matriz inorgánica del esmalte

Etiología

Enfermedad multifactorial

Clasificación

Fosas y fisuras
Puntos interproximales
Superficies lisas

Manifestaciones clínicas

Asintomático
Presenta una superficie de color blanco

lechoso a pardo
Se intensifica a medida que se profundiza

Criterios de diagnóstico

Clínico
Radiográfico

Diagnóstico diferencial

Fluorosis
Amelogénesis imperfecta

Exámenes complementarios

Radiográfico

Tratamiento

Odontológico
Pulido de la superficie con piedra pómez
Limpiar la zona con una fresa
Restauración o prevención (sellado)

Complicaciones

Caries de dentina

Criterios de referencia

No requiere

Criterios de alta

Resolución de la patología

Control y seguimiento

Tres a seis meses.

9.4.2. CARIES DE DENTINA – K02.1

Definición

Destrucción de la matriz inorgánica de la dentina

Etiología

Enfermedad multifactorial

Clasificación

Superficial
Profunda

Manifestaciones clínicas

Sintomático
Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos
Cavidad con tejido reblandecido y cambio de coloración

Criterios de diagnóstico

Clínico: exploración con sonda

Radiográfico

Diagnóstico diferencial

Hiperemia pulpar
Pulpitis

Exámenes complementarios

Radiográfico

Tratamiento Odontológico

Administración de anestesia cuando el caso lo requiere
Aislado absoluto o relativo
Remoción de dentina careada
Uso de revelador de caries
Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros
Protección indirecta (Hidróxido de calcio, Ionómero de base)
Obturación definitiva(amalgama, resina y/o Ionómero de obturación

Complicaciones

Pulpitis

Criterios de referencia

No requiere

Criterios de alta

Resolución de la patología

Control y seguimiento

Tres a seis meses.

9.4.3. CARIES DE CEMENTO – K02.2

Definición

Destrucción de la matriz orgánica del cemento

Etiología

Retracción gingival
Enfermedades sistémicas
Personas mayores de 50 años
Otros

Clasificación

Superficial
Profunda

Manifestaciones clínicas

Sintomático
Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos
Cavidad con tejido reblandecido y cambio de coloración

Criterios de diagnóstico

Clínico: exploración con sonda
Radiográfico

Diagnóstico diferencial

Atrición
Abrasión
Hiperemia pulpar
Pulpitis
Hipersensibilidad dentaria

Exámenes complementarios

Radiográfico

Tratamiento

Odontológico sin cavidad
 Topicación con fluor de alta concentración
Odontológico con cavidad
 Administración de anestesia
 Aislado absoluto o relativo
 Remoción de cemento careado
 Uso de revelador de caries
 Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros
 Protección indirecta (Hidróxido de calcio, Ionómero de base)
 Obturación definitiva(amalgama, resina y/o Ionómero de obturación)

Complicaciones

Pulpitis
Paradentosis

Criterios de referencia

No requiere

Criterios de alta

Resolución de la patología

Control y seguimiento

Tres a seis meses.

9.4.4. CARIES DETENIDA K 02.3

Definición

Caries con formación de dentina secundaria como defensa

Etiología

Multifactorial por cambios de Ph del medio bucal ,alimenticio, de aseo o uso de medios preventivos

Clasificación

Única

Manifestaciones clínicas

Sintomático atenuado
Lesiones generalmente extensas poco profundas
Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos
Cavidad con cambio de coloración y formación de dentina secundaria

Criterios de Diagnóstico

Clínico: exploración con sonda
Radiográfico

Diagnóstico diferencial

Esclerosis pulpar
Necrosis pulpar

Exámenes complementarios

Radiográfico

Tratamiento

Odontológico
Administración de anestesia cuando el caso lo requiere
Aislado absoluto o relativo
Remoción de dentina careada
Uso de revelador de caries
Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros
Protección indirecta (Hidróxido de calcio, Ionómero de base)
Obturación definitiva(amalgama, resina y/o Ionómero de obturación

Complicaciones

Pulpitis
Necrosis pulpar

Criterios de referencia

No requiere

Criterios de alta

Resolución del caso.

Control y seguimiento

Tres a seis meses

9.4.5. CARIES RECIDIVANTE K02.8

Definición

Caries que se origina alrededor de una restauración anterior

Etiología

Pérdida marginal

Filtración marginal
Presencia de espacios entre la restauración y el tejido dentario
latrogénica

Clasificación

Residual
Recidivante

Manifestaciones clínicas

Sintomático de evolución rápida
Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos
Cavidad con tejido reblandecido, cambia de coloración y olor

Criterios de diagnóstico

Clínico: exploración con sonda
Radiográfico

Diagnóstico diferencial

Hiperemia pulpar
Pulpitis
Necrosis pulpar

Exámenes complementarios

Radiográfico

Tratamiento

Odontológico
Administración de anestesia cuando el caso lo requiere
Aislado absoluto o relativo
Remoción de dentina careada
Uso de revelador de caries
Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros
Protección indirecta (Hidróxido de calcio, Ionómero de base)
Obturación definitiva(amalgama, resina y/o Ionómero de obturación

Complicaciones

Pulpitis

Criterios de Referencia

No requiere

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Tres a seis meses.

9.4.6. CARIES RAMPANTE K02.8

Definición

Caries agresiva extensa que afecta a pacientes pediátricos

Etiología

Acción exuberante y prolongada de los sustratos cariogénicos
Uso prolongado del biberón
Reducción del flujo salivar nocturno y disminución de la capacidad tamponadora
Deficiencia en la higiene

Clasificación

Única patognomónica

Manifestaciones Clínicas

Sintomático de evolución rápida que afecta en primera instancia a los dientes antero superiores y posteriormente a los dientes posteriores
Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos
Cavidad con tejido reblandecido, cambia de coloración

Criterios de Diagnóstico

Clínico: exploración con sonda

Diagnóstico Diferencial

Amelogénesis imperfecta

Exámenes Complementarios

Radiográfico

Tratamiento Odontológico

Eliminación del hábito.
Aplicación de fluoruros
Administración de anestesia cuando el caso lo requiere
Aislado absoluto o relativo
Remoción del esmalte y dentina careada
Uso de revelador de caries
Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros
Protección indirecta (Hidróxido de calcio, Ionomero de base)
Obturación definitiva(resina y/o Ionomero de obturación)
Endodoncia
Exodoncia indicada

Complicaciones

Pulpitis
Necrosis
Abscesos
Fractura coronaria

Criterios de Referencia

Si requiere de acuerdo al grado de complejidad

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Uno a tres meses.

9.5. TRATAMIENTO RESTAURADOR ATRAUMATICO (TRA) K02.0

Definición.

Es una técnica simplificada de atención odontológica que remueve los tejidos dentales enfermos usando solo instrumentos manuales y restaura las cavidades con cemento de ionomero de Vidrio, no requiere anestesia y ni equipo eléctrico.

Diagnostico

- Fosas y fisuras de la superficie oclusal de premolares y molares, cuando afecta al esmalte o dentina y esmalte.
- En fosa lingual de los incisivos superiores
- En los surcos vestibulares y linguales de premolares y molares
- En superficies proximales de los dientes anteriores
- Piezas dentarias que presentan manchas blanquecinas
- Caries de dentina superficial:
- Cambio de coloración de la pieza, a color amarillo oscuro o marrón.

Tratamiento

- Selección de la pieza dental afectada
- Aislamiento relativo con torundas de algodón
- Examen del diente y limpieza de los restos alimenticios.
- Lavado y secado de la pieza dental.
- Excavación de la lesión con caries, el instrumental rota hacia atrás y hacia delante mientras se mantiene una ligera presión.
- Eliminación del esmalte careado con cucharitas de dentina.
- Lavar y secar frecuentemente la pieza dental
- Colocar el acondicionador (Ácido Poliácrico)
- Aplicar el cemento de Ionomero de Vidrio, y cubrir toda la parte afectada
- Realizar digito presión sobre el material con la correspondiente vaselina hasta que polimerice
- Retirar los excesos.
- En caso de tener la oclusión alta realizar el ajuste oclusal.
- Indicar al paciente no comer por el lapso de una hora.
- Tratamiento Restaurativo finalizado

Signos de Alarma

- Malestar general
- Dolor espontáneo, agudo, continuo e irradiado.

Criterios de referencia

No existen criterios de referencia, puesto que cualquier complicación puede ser resuelta en el nivel de atención donde se inicio el tratamiento.

Criterios de alta

Desaparición de signos y síntomas clínicos

9.6. PATOLOGIA PULPAR

9.6.6. PULPITIS

Definición

Se denomina pulpitis a la inflamación del tejido pulpar.

Etiología

Existen diferentes etiologías entre las que mencionamos:

1.- Bacteremias:

a) Penetración coronaria:

- ◆ Caries profundas
- ◆ Fracturas
 - ◆ Completas
 - ◆ Incompletas
- ◆ Traumatismos sin fracturas
- ◆ Trayectos anatómicos:
 - ◆ Dens in dens
 - ◆ Dens evaginatus
 - ◆ Surco lingual radicular

b) Penetración radicular

- ◆ Caries de cemento
- ◆ Infección retrógena:
 - ◆ Bolsa periodontal
 - ◆ Absceso periodontal
- ◆ Hematógenas

2.- Traumatismos Agudos

a) Agudas:

- ◆ Fractura coronaria
- ◆ Fractura radicular
- ◆ Éxtasis vascular
- ◆ Luxación
- ◆ Avulsión.

b) Crónicas:

- ◆ Bruxismo en la mujer adolescente
- ◆ Atrición
- ◆ Abrasión
- ◆ Erosión

3.-Iatrogenas:

a) Preparación de cavidades

- ◆ Sobrecalentamiento en la preparación
- ◆ Profundidad de la preparación
- ◆ Deshidratación
- ◆ Extensiones de cuernos pulpaes
- ◆ Hemorragia pulpar
- ◆ Exposición pulpar
- ◆ Inserción de posate
- ◆ Toma de impresión

b) Restauraciones

- ◆ Inserción
- ◆ Fractura
- ◆ Fuerza de ementación
- ◆ Calor del pulido

c) Extirpación intencional

- ◆ Desplazamiento de ortodoncia
- ◆ Rapaje periodontal
- ◆ Electro cirugía
- ◆ Quemadura de lásér
- ◆ Rapaje periradicular
- ◆ Rinoplastia
- ◆ Osteotomía
- ◆ Intubación

4.-Químicos:

1. Materiales de obturación
2. Desinfectantes
3. Desecantes

5.- Idiopáticos :

1. Hipofosfatemia hereditaria
2. Anemia de células falciformes
3. Infección por herpes zoster
4. HIV SIDA

Clasificación

Existe diferentes clasificaciones dentro de la patología pulpar, pero se tomara la clasificación de Grossman

- ◆ Hiperemia pulpar
- ◆ Pulpitis Infiltrativa
- ◆ Pulpitis abscedosa
- ◆ Pulpitis ulcerosa traumática y atraumática
- ◆ Pulpitis Hiperplásica.
- ◆ Reabsorción dentinaria interna.

- ◆ Necrosis pulpar
- ◆ Gangrena pulpar.

9.6.2. HIPEREMIA PULPAR K04.0

Definición

La hiperemia pulpar es una acumulación excesiva de sangre en la pulpa resultado de una congestión vascular. Se considera que no es propiamente un estado patológico de la pulpa, es un síntoma prepulpítico por lo general reversible.

Etiología

La hiperemia pulpar es la primera reacción de la pulpa ante el daño causado por:
Caries
Traumatismos
Problemas de oclusión
Preparación de cavidades sin refrigeración
Excesiva deshidratación de la dentina
Irritación de la dentina por contacto a sustancias de obturación.

Manifestaciones Clínicas

Sintomatológica
Dolor provocado de mayor o menor intensidad, que se presenta al momento del estímulo físico y químico.

Diagnóstico Clínico

Clínico: exploración, aplicación de calor y frío.
Radiográfico

Diagnóstico Diferencial.

Pulpitis infiltrativa

Exámenes Complementarios

Radiografía periapical.
RVG

Tratamiento Odontológico

- ◆ Administración de anestesia
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retirar la causa irritante.
- ◆ Protección pulpar indirecta con hidróxido de calcio y / o cemento de base (ionómero de base o cemento de fosfato de zinc).
- ◆ Obturación definitiva

Terapéutica

Si se requiere, antiinflamatorio y / o analgésico.

Tratamiento Quirúrgico

No requiere.

Complicaciones

Pulpitis infiltrativa

Necrosis de la pulpa

Criterios de Referencia

No requiere.

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Control a la semana y luego trimestral

9.6.3. PULPITIS INFILTRATIVA – K04.0C

Definición

Es una congestión intensa de la pulpa, con una hiperemia avanzada y de curso rápido; pertenece a las pulpitis a cavidad cerrada; es casi siempre de evolución aguda.

Etiología

Persistencia del irritante
Proceso inflamatorio agudo.

Clasificación

No se consideran para fines normativos

Manifestaciones Clínicas

Sintomático agudo
Dolor intenso, espontáneo y de mayor duración con exacerbaciones intermitentes

Diagnóstico

Clínico: exploración, aplicación de calor y frío.
Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Pulpitis abscedosa.

Exámenes Complementarios

Radiografía periapical.
RVG

Tratamiento Odontológico General

Remoción de tejido careado
Medicación intermedia
Obturación provisional.

Tratamiento Endodóntico

1° Sesión:
Lectura radiográfica.
Administración de anestesia.
Aislado absoluto o relativo
Retiro de obturación provisional

Apertura de cámara.
Eliminación de paquete vasculo nervioso.
Conductometría.
Toma de radiografía.
Irrigación de conductos radiculares.
Secado de conducto radicular.
Medicación intermedia.
Obturación provisional.

2° Sesión:

Aislado absoluto o relativo.
Retiro obturación provisional.
Preparación biomecánica del conducto radicular.
Irrigación de conducto radicular.
Secado de conducto radicular.
Obturación de conducto radicular.
Control radiográfico.

Se requerirá de una tercera sesión en caso de que la pieza este periodontizada.

Terapéutica

Si lo requiere antiinflamatorio y / o analgésico

Complicaciones

Pulпитis abscedosa.

Criterios de Referencia

Transferencia a especialidad Endodoncia

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Control radiográfico cada tres meses durante el primer año.

9.6.4. PULPITIS ABSCEDOSA K 04.04

Definición

Denominada también purulenta, es la formación de uno o varios abscesos en la pulpa, que al expandirse y presionar el tejido pulpar producen intenso dolor constituyéndose esta en una de las pulpitis más dolorosas.

Etiología

Estado avanzado de la pulpitis infiltrativa

Manifestaciones Clínicas

Sintomatología aguda
Dolor intenso, pulsátil, irradiado y prologado
Acumulación de pus y exudado
Exacerbado al calor y mitigante al frío.

Diagnóstico

Clínico: sintomatológico
Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Absceso periapical agudo.

Exámenes Complementarios

Radiografía periapical.
RVG

Tratamiento Odontológico General

Apertura de la cámara pulpar para aliviar la presión colocando una anestesia troncular, y posterior conducto terapia.

Tratamiento Endodóntico

1° Sesión:

- ◆ Lectura radiográfica.
- ◆ Administración de anestesia.
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Eliminación de paquete vasculo nervioso.
- ◆ Conductometría.
- ◆ Toma de radiografía.
- ◆ Irrigación de conductos radiculares.
- ◆ Secado de conducto.
- ◆ Medicación intermedia.
- ◆ Obturación provisional.

2° Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro obturación provisional.
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular.
- ◆ Irrigación de conducto radicular.
- ◆ Secado de conducto radicular.
- ◆ Obturación de conducto radicular.
- ◆ Control radiográfico.

Se requerirá de una tercera sesión en caso de que la pieza este periodontizada.

Terapéutica

Si el caso requiere: Antibióticoterapia

Complicaciones

- ◆ Absceso periapical
- ◆ Lesiones endo-periodontales.
- ◆ Lesiones periapicales

Control y Seguimiento

Control radiográfico cada tres meses, a fin de constatar alguna reacción periapical durante un año.

9.6.5. PULPITIS ULCEROSA KO4.O

Definición

Es la exposición pulpar, pudiendo ser traumática o accidental y no traumática que es la ulceración crónica de la pulpa expuesta.

Etiología

La primera es como su nombre lo indica de forma Accidental sean automovilistas o escolares, la segunda se produce por el avance de caries que con el transcurso del tiempo deja expuesta la pulpa inflamada o puede seguir a una forma de pulpitis ulcerosa traumática no tratada endodónticamente

Manifestaciones Clínicas

- Traumática
 - Sintomático
 - Dolor a estímulos físicos y químicos
- No traumática
 - Dolor a la presión directa (exploración y masticación)
 - Dolor moderado a estímulos químicos

Criterios de Diagnóstico

- Clínico
- Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

- Hiperplasia pulpar
- Pólipo pulpar

Exámenes Complementarios

- Radiográfico
- Radio-visiografía

Tratamiento

En la pulpitis ulcerosa traumática o accidental, se procederá a una protección directa. Si el diente no completo su formación apical, la pulpotomía parcial es lo indicado y en caso de la raíz formada se realizará la pulpotomía total dependiendo del caso.

En la pulpitis ulcerosa no traumática o crónica, lo indicado es la pulpotomía total.

Odontológico General

Traumática:

- ◆ Administración de anestesia
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Limpieza de la cavidad con clorexidina u otros
- ◆ Protección directa (hidróxido de calcio)
- ◆ Obturación definitiva

No traumática:

- ◆ Remoción de tejido careado
- ◆ Medicación intermedia
- ◆ Obturación provisional

Tratamiento Endodóntico

1° Sesión:

- ◆ Lectura radiográfica.
- ◆ Administración de anestesia.
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Apertura de cámara
- ◆ Eliminación de paquete vasculo nervioso.
- ◆ Conductometría.
- ◆ Toma de radiografía.
- ◆ Irrigación de conductos radiculares.
- ◆ Secado de conducto radicular.
- ◆ Medicación intermedia.
- ◆ Obturación provisional.

2° Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro obturación provisional.
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular.
- ◆ Irrigación de conducto radicular.
- ◆ Secado de conducto radicular.
- ◆ Obturación de conducto radicular.
- ◆ Control radiográfico.

Se requerirá de una tercera sesión en caso de que la pieza esté periodontizada

Terapéutica

Analgésicos en caso de dolor

Complicaciones

- ◆ Necrosis
- ◆ Abscesos periapicales

Criterios de Referencia

Transferencia a especialidad Endodoncia

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

9.6.6. PULPITIS HIPERPLÁSICA O POLIPO PULPAR K04.0

Definición

Inflamación crónica de la pulpa joven expuesta a cavidad abierta.

Etiología

- ◆ Se produce generalmente en dientes jóvenes
- ◆ Pulpas de resistente vitalidad
- ◆ Agente irritante de baja intensidad y larga duración.

Clasificación

No se considera para fines normativos.

Manifestaciones Clínicas

Sintomatología leve a la exploración con poco sangrado

Se presenta sobre todo en molares

Destrucción coronaria amplia

Criterios de Diagnóstico

Clínico

Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Pólipo gingival

Pulpitis ulcerosa

Exámenes Complementarios

Radiográfico

Radio-visiografía

Tratamiento Odontológico General

- ◆ Administración de anestesia
- ◆ Remoción de tejido careado y pólipo.
- ◆ Medicación intermedia
- ◆ Obturación provisional.

Tratamiento Endodóntico

1° Sesión:

- ◆ Lectura radiográfica.
- ◆ Administración de anestesia.
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro de obturación provisional.
- ◆ Apertura de cámara.
- ◆ Eliminación de paquete vasculo nervioso.
- ◆ Conductometría.
- ◆ Toma de radiografía.
- ◆ Irrigación de conductos radiculares.
- ◆ Secado de conducto.
- ◆ Medicación intermedia.
- ◆ Obturación provisional.

2° Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro obturación provisional.
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular.

- ◆ Irrigación de conducto radicular.
- ◆ Secado de conducto radicular.
- ◆ Obturación de conducto radicular.
- ◆ Control radiográfico.

Se requerirá de una tercera sesión en caso de que la pieza este periodontizada. También se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no.

Terapéutica

En caso de dolor, analgésicos.

Complicaciones

- ◆ Necrosis
- ◆ Abscesos periapicales

Criterios de Referencia

Transferencia a especialidad Endodoncia

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

9.6.7. REABSORCION DENTINARIA INTERNA K03.3

Definición

Es la reabsorción de la dentina a nivel de cámara y conducto radicular producida al parecer por dentinoclastos, llamada también mancha rosada, pulpoma o granuloma interno de la pulpa.

Etiología

Desconocida.

Clasificación

No considera para fines normativos

Manifestaciones Clínicas

- ◆ Aparece en cámara y conducto radicular
- ◆ Coloración rosada cuando esta en cámara
- ◆ Radiográfica mente tiene la forma de foco al estar en conducto
- ◆ Dolor ocasional
- ◆ Hallazgos casuales en radiografías

Criterios de Diagnóstico

Clínico
Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

No existe

Exámenes Complementarios

Radiográfico
Radio-visiografía

Tratamiento Odontológico General

Transferencia a especialidad.

Tratamiento Endodóntico

1° Sesión:

- ◆ Lectura radiográfica.
- ◆ Administración de anestesia.
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Apertura de cámara.
- ◆ Eliminación de paquete vasculo nervioso.
- ◆ Conductometría.
- ◆ Toma de radiografía.
- ◆ Irrigación de conductos radiculares.
- ◆ Secado de conducto radicular.
- ◆ Medicación intermedia con CAHO
- ◆ Obturación provisional.

2° Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro obturación provisional.
- ◆ Irrigación de conducto radicular.
- ◆ Secado de conducto radicular.
- ◆ Medicación intermedia con CAHO
- ◆ Obturación provisional

3ª Sesión:

Se repite la anterior sesión unas dos veces para incentivar a la formación de dentina, controlando con radiografía si existe avance o no y poder obturar la pieza.

Terapéutica

En caso de dolor, analgésicos.

Complicaciones

Fracturas dentarias

Criterios de Referencia

Transferencia a especialidad Endodoncia

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

9.6.8. NECROSIS PULPAR K04.1

Definición

Muerte de la pulpa parcial o total.

Etiología

Procesos inflamatorios o traumáticos.
Agentes físicos, químico o infecciosos.

Clasificación

- ◆ Séptica
- ◆ Aséptica

Manifestaciones Clínicas

- ◆ Sintomático
- ◆ Respuesta al frío y corriente eléctrica negativo
- ◆ Respuesta al calor positivo
- ◆ Movilidad dentaria

Criterios de Diagnóstico

- ◆ Clínico
- ◆ Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

- ◆ Pulpitis
- ◆ Gangrena pulpar

Exámenes Complementarios

- ◆ Radiográfico
- ◆ Radio-visiografía

Tratamiento Odontológico General

- ◆ Remoción de tejido careado
- ◆ Medicación intermedia
- ◆ Obturación provisional

Tratamiento Endodóntico

1° Sesión:

- ◆ Lectura radiográfica.
- ◆ Retiro de obturación provisional.
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Apertura de cámara.
- ◆ Conductometría.
- ◆ Toma de radiografía.
- ◆ Irrigación de conductos radiculares.
- ◆ Secado de conducto.
- ◆ Medicación intermedia.

- ◆ Obturación provisional.

2° Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro obturación provisional.
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular.
- ◆ Irrigación de conducto radicular.
- ◆ Secado de conducto radicular.
- ◆ Medicación intermedia
- ◆ Obturación provisional

3ª Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro de obturación provisional
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular
- ◆ Irrigación de conducto radicular
- ◆ Secado de conducto radicular
- ◆ Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomática o proseguir con medicación intermedia
- ◆ Control radiográfico.

También se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no.

Terapéutica

En caso de dolor, analgésicos.

Complicaciones

Absceso periapical

Criterios de Referencia

Transferencia a especialidad Endodoncia

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

9.6.9. GANGRENA PULPAR KO4.1

Definición

La gangrena pulpar es la muerte pulpar con infección.

Etiología

- ◆ Se origina en pulpitis abiertas.
- ◆ Existen gangrenas en cavidades cerradas cuando se producen por vía sistémica denominándose anacrosis.

Clasificación

No existe

Manifestaciones Clínicas

Respuesta al frío y corriente eléctrica negativo

Respuesta al calor positivo

Movilidad dentaria

Olor fétido

Criterios de Diagnóstico

Clínico

Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Pulpitis

Necrosis pulpar

Exámenes Complementarios

Radiográfico

Radio-visiografía

Tratamiento Odontológico general

Remoción de tejido careado

Medicación intermedia

Obturación provisional

Tratamiento Endodóntico

1° Sesión:

- ◆ Lectura radiográfica.
- ◆ Retiro de obturación provisional.
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Apertura de cámara.
- ◆ Conductometría.
- ◆ Toma de radiografía.
- ◆ Irrigación de conductos radiculares.
- ◆ Secado de conducto.
- ◆ Medicación intermedia.
- ◆ Obturación provisional.

2° Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro obturación provisional.
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular.
- ◆ Irrigación de conducto radicular.
- ◆ Secado de conducto radicular.
- ◆ Medicación intermedia
- ◆ Obturación provisional

3ª Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro de obturación provisional
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular
- ◆ Irrigación de conducto radicular
- ◆ Secado de conducto radicular
- ◆ Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomático o proseguir con medicación intermedia
- ◆ Control radiográfico.

También se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no.

Terapéutica

Si el caso lo requiere analgésicos y antibióticos.

Complicaciones

Absceso periapical

Criterios de Referencia

Transferencia a especialidad Endodoncia

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

9.7. PROCESOS PERIAPICAL

9.7.1. PERIODONTITIS AGUDA KO4.4

Definición

Inflamación del tejido periapical, que se caracteriza por ser aguda y no supurativa.

Etiología

De origen séptico, traumático, físico y químico.

Clasificación

No existe

Manifestaciones Clínicas

- ◆ Sintomatología
- ◆ Dolor a la percusión vertical y masticación
- ◆ Movilidad dentaria mínima.
- ◆ Sensación de extrusión.

Criterios de Diagnóstico

Clínico

Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Gangrena pulpar

Periodontitis crónica

Exámenes Complementarios

Radiográfico
Radio-visiografía

Tratamiento Odontológico General

- ◆ Eliminación del agente causal
- ◆ Medicación intermedia
- ◆ Obturación provisional

Tratamiento Endodóntico

1° Sesión:

- ◆ Lectura radiográfica.
- ◆ Retiro de obturación provisional.
- ◆ Administración de anestesia
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Apertura de cámara.
- ◆ Conductometría.
- ◆ Toma de radiografía.
- ◆ Irrigación de conductos radiculares.
- ◆ Secado de conducto.
- ◆ Medicación intermedia.
- ◆ Obturación provisional.

2ª Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro de obturación provisional
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular
- ◆ Irrigación de conducto radicular
- ◆ Secado de conducto radicular
- ◆ Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomática o proseguir con medicación intermedia
- ◆ Control radiográfico.

También se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no.

Terapéutica

Anti- inflamatorio y/o antibióticos.

Tratamiento quirúrgico

Posible curetaje apical

Complicaciones

Absceso periapical

Criterios de Referencia

Transferencia a especialidad Endodoncia y Cirugía.

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

9.7.2. ABSCESO ALVEOLAR AGUDO KO4.6 KO4.7

Definición

Inflamación aguda y supurativa de los tejidos periapicales con acumulación de exudado purulento.

Etiología

Persistencia e intensificación del proceso microbiano.

Clasificación

Absceso periapical con fístula K 04.6

Absceso periapical sin fístula K 04.7

Manifestaciones Clínicas

- ◆ Sintomático agudo
- ◆ Dolor severo, constante y pulsátil.
- ◆ Extrusión con movilidad dentaria
- ◆ Acumulación de pus y exudado.
- ◆ Cuadro febril

Criterios de Diagnóstico

Clínico

Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Síndrome endo-periodontal.

Exámenes Complementarios

Radiográfico

Radio-visiografía

Laboratorio si el caso lo requiera (cultivo y antibiograma)

Tratamiento Odontológico General

- ◆ Eliminación del agente causal
- ◆ Drenaje dentario

Tratamiento Endodóntico

1° Sesión:

- ◆ Lectura radiográfica.
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Conductometría.

- ◆ Toma de radiografía.
- ◆ Irrigación de conductos radiculares.
- ◆ Secado de conducto.
- ◆ Medicación intermedia.
- ◆ Obturación provisional.

2ª Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro de obturación provisional
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular
- ◆ Irrigación de conducto radicular
- ◆ Secado de conducto radicular
- ◆ Medicación intermedia
- ◆ Obturación provisional

3ª Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro de obturación provisional
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular
- ◆ Irrigación de conducto radicular
- ◆ Secado de conducto radicular
- ◆ Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomática o proseguir con medicación intermedia
- ◆ Control radiográfico.

También se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no.

Terapéutica

Antibiótico-terapia.

Tratamiento Quirúrgico

Posible curetaje apical y/ o apicectomía.

Complicaciones

Absceso más complicado.

Criterios de Referencia

Transferencia a especialidad Endodoncia y Cirugía.

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Radiográfico cada tres meses durante el primer año.

9.7.3. GRANULOMA PERIAPICAL KO5.3

Definición

Reacción inflamatoria que se presenta en forma de una proliferación de tejido de granulación

que contiene todos los elementos de una inflamación crónica.

Etiología

Irritantes moderados de tipo físico, químico o biológico
Necrosis y / o gangrena pulpar que actúan como depósito de toxinas afectando a través del foramen y conductos accesorios.

Clasificación

No se describe para fines normativos

Manifestaciones Clínicas

Asintomático
Su hallazgo es sobre la base de la radiografía, la cual presenta un área radio lúcida en un diente desvitalizado

Diagnóstico

Radiológico

Diagnóstico Diferencial

Quiste periapical

Exámenes Complementarios

Radiografía periapical
RVG

Tratamiento Odontológico General

- ◆ Remoción de tejido careado
- ◆ Medicación intermedia
- ◆ Obturación provisional

Tratamiento Endodóntico

1° Sesión:

- ◆ Lectura radiográfica.
- ◆ Apertura de cámara
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Conductometría.
- ◆ Toma de radiografía.
- ◆ Irrigación de conductos radiculares.
- ◆ Secado de conducto.
- ◆ Medicación intermedia.
- ◆ Obturación provisional.

2° Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro obturación provisional.
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular.
- ◆ Irrigación de conducto radicular.
- ◆ Secado de conducto radicular.
- ◆ Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomática o proseguir con medicación intermedia

- ◆ Control radiográfico.

Se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no. Si el caso lo requiere se realizará tratamiento quirúrgico.

Tratamiento Quirúrgico

Curetaje apical.
Apicectomia.

Complicaciones

Reagudización a un proceso abscedoso

Criterios de Hospitalización

No requiere.

Criterios de Referencia

Transferencia a endodoncia y/o cirugía

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Control radiográfico trimestral por un año

9.7.4. QUISTE PERIAPICAL K04.8

Definición

Cavidad tapizada por epitelio que contiene un líquido viscoso, con cristales de colesterolina.

Etiología

Respuesta inflamatoria crónica del peri ápice, que se desarrolla a partir de lesiones crónicas con tejido granulomatoso pre existente.

Origen en los restos epiteliales de Malassez remanentes de la vaina epitelial de Hertwig. Generalmente asociado a un diente no vital .

Clasificación

No se describe para fines normativos

Manifestaciones Clínicas

Asintomático

Hallazgo radiográfico casual, presentando contornos bien definidos, de difícil diferenciación.

Diagnóstico

Radiológico

Diagnóstico Diferencial

Granuloma periapical

Exámenes Complementarios

Radiografía periapical
RVG

Tratamiento Odontológico General

Eliminación del agente causal
Medicación intermedia
Obturación provisional

Tratamiento Endodóntico

1° Sesión:

- ◆ Lectura radiográfica.
- ◆ Apertura de cámara
- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Conductometría.
- ◆ Toma de radiografía.
- ◆ Irrigación de conductos radiculares.
- ◆ Secado de conducto.
- ◆ Medicación intermedia.
- ◆ Obturación provisional.

2° Sesión:

- ◆ Aislado absoluto o relativo
- ◆ Retiro obturación provisional.
- ◆ Preparación biomecánica del conducto radicular.
- ◆ Irrigación de conducto radicular.
- ◆ Secado de conducto radicular.
- ◆ Obturación de conducto radicular en caso de que la pieza este asintomática o proseguir con medicación intermedia
- ◆ Control radiográfico.

Se tomará en cuenta la formación del ápice, para proceder con apicoformación o no. Si el caso lo requiere se realizará tratamiento quirúrgico complementario.

Tratamiento Quirúrgico

- ◆ Curetaje apical.
- ◆ Apicectomía.

Complicaciones

Problema infeccioso

Criterios de Hospitalización

No requiere.

Criterios de Referencia

Transferencia a endodoncia y/o cirugía

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Control radiográfico trimestral por un año

9.8. PATOLOGÍA PERIODONTAL

9.8.1. GINGIVITIS AGUDA K05.0 GINGIVITIS CRONICA K05.1

Definición

Inflamación de gingiva que se manifiesta con diferentes trastornos clínicos, fisiológicos y microscópicos.

Etiología

Placa bacteriana
Respiradores bucales
Hábitos
Otros factores locales

Clasificación

Gingivitis tipo I, II, III, IV.
Gingivitis Aguda, Crónica, Subaguda
Gingivitis Marginal, Papilar, Marginopapilar, Difusa, Localizada y Generalizada.

Manifestaciones Clínicas

- ◆ Aumento del fluido crevicular o gingival
- ◆ Sangrado provocado o espontáneo
- ◆ Eritema, cambio del tono de color de la encía a rojo azulado o violáceo.
- ◆ Textura lisa
- ◆ Aumento progresivo del volumen
- ◆ Alteración en el contorno que se vuelve irregular.

Diagnóstico

Clínico.

Diagnóstico Diferencial

- ◆ Hiperplasia gingival
- ◆ Bolsas gingivales falsas
- ◆ Hipertrofia gingival
- ◆ Bolsas verdaderas o periodontales
- ◆ Periodontitis
- ◆ Malas posiciones dentarias
- ◆ Absceso gingival

Exámenes Complementarios

Histopatología si el caso lo requiere.

Tratamiento Médico

a) Medidas Generales

- ◆ Motivación.
- ◆ Educación preventiva, uso de cepillo dental, adecuada técnica, tiempo, tipo, seda

dental y otros utensilios.

b) Medidas Específicas

- ◆ Uso de Antimicrobianos.
- ◆ Uso de antisépticos, cuolutorios.
- ◆ Profilaxis
- ◆ Alisados radiculares
- ◆ Uso de astringentes.
- ◆ Despigmantación.
- ◆ Eliminación de irritantes locales.

Tratamiento Quirúrgico

a) Medidas Generales

- ◆ Curetajes no intencionales
- ◆ Raspajes

b) Medidas Específicas

- ◆ Gingivoplastias
- ◆ Gingivectomia

Complicaciones

- ◆ Abscesos gingivales
- ◆ G.U.N.A. (Gingivitis úlcero necrotizante aguda)
- ◆ P.U.N. (Periodontitis ulcero necrotizante)

Quirúrgicas:

- ◆ Hemorragias
- ◆ Recesiones gingivales o retracciones
- ◆ Recidivas
- ◆ Cicatrizaciones por segunda intención

Criterios de Hospitalización

Si el caso lo requiere.

Criterios de Referencia

Transferencia a Periodoncia o ínter consulta con otros especialidades por enfermedades sistémicas.

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Tratamiento de mantenimiento de acuerdo al grado de gingivitis o tipo de la misma.

Control y Seguimiento

Control trimestral.

9.8.2. BOLSAS PERIODONTALES KO5.5

Definición

Profundización patológica del surco gingival o desinserción de la adherencia epitelial, migración patológica del surco gingival.

Etiología

- ◆ Placa bacteriana
- ◆ Mal posición dentaria
- ◆ Factores sistémicos
- ◆ Gingivitis
- ◆ Agentes causales (Actinobacillus Actinomycetencomitans, Actinomyces Viscosus, Streptococcus Sanguis, Prevotella Intermedia, Capnocytophaga, Fusobacterium Nucleatum, Prophyromonas Gingivales)
- ◆ Materia alba o saburra
- ◆ Cálculos dentales
- ◆ Bruxismo
- ◆ Malos hábitos.

Clasificación

- ◆ Bolsas Falsas, Pseudobolsas o Gingivales.
- ◆ Bolsas Verdaderas o Periodontales
- ◆ Bolsas Verdaderas Supraóseas e Infraóseas
- ◆ Bolsas Simples, Compuestas y Complejas

Manifestaciones Clínicas

- ◆ Profundización del surco gingival más de 3 mm.
- ◆ Bolsas Gingivales
- ◆ Dolor irradiado
- ◆ escozor.
- ◆ Halitosis
- ◆ Supuración
- ◆ Cambios en el tono o color de la encía
- ◆ Aumento de volumen de la encía
- ◆ Alivio al sangrado provocado

Diagnóstico

Clínico
Radiográfico seriado

Diagnóstico Diferencial

Gingivitis
Hiperplasias gingivales
Enfermedad periodontal

Exámenes Complementarios

Radiográfico seriado
Histopatológica si el caso lo requiere
Laboratorio: cultivo y antibiograma.

Tratamiento Medico

Medidas Generales

Motivación
Uso de antisépticos o cuolutorios
Uso de Antibióticos de Primera Elección
Uso de Astringentes

Medidas Específicas

Uso de Antisépticos
Uso de Antimicrobianos especificos
Raspajes
Curetajes
Alisado Radicular
Profilaxis

Quirúrgico

Medidas Generales

Antibióticos por vía local y sistémica.

Medidas Específicas

- Nueva Inserción
- Estimulación (lavados surcales)
- Eliminación de la pared Gingival de la Bolsa
- Gingivectomías
 - Colgajo no desplazado o Gingivectomía Interna
 - Colgajo desplazado apicalmente
 - Colgajo con preservación de papilas
 - Colgajo con Incisión Crevicular
 - Colgajo de Widman Modificado
 - Colgajo No desplazado
 - Radectomía
 - Extracción del diente

Complicaciones

Profundidad mayor de la bolsa.
Pérdidas óseas severas.
Dolores intensos o Irradiados.
Alergias a los medicamentos
Hemorragias

Quirúrgico.

Recidivas

Retracciones Gingivales o Recesiones
Movilidad Dentaria

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Periodoncia o Inter. Consulta con otras especialidades por enfermedades sistémicas.

Criterios de Alta

Resolución de la patología
Fase de Mantenimiento.
Mantener la concientización en el paciente.

Control y Seguimiento

Tratamiento de mantenimiento de acuerdo al grado de lesión.
Control de cicatrización 2 veces por semana y trimestral.

9.8.3. PERIODONTITIS AGUDA K05.2 PERIDONTITIS CRONICA K 05.3

Definición

Enfermedad que afecta el Periodonto de Inserción, Ligamento Periodontal, Hueso y Cemento Radicular.

Etiología

Placa bacteriana, cálculos supragingivales y subgingivales.
Agentes causales: Porfiromonas Gingivales, Prevotella Intermedia, Actinobacillus Actinomycentemcomitans, Campylobacter Forsythus, Espiroquetas, Fusubacterium Nucleatum, Eikenella Corrodeus

Clasificación

Periodontitis crónica
Localizada
Generalizada
Periodontitis agresiva
Localizada
Generalizada
Periodontitis como manifestación sistémica
Enfermedades hematológicas
Asociadas a desordenes genéticos
No específicos
Enfermedades periodontales necrotizantes
GUNA
PUN
Abscesos periodontales
Gingivales
Periodontales
Pericoronarios

Periodontitis asociada a lesiones endodónticas
Periodontitis asociadas a factores locales
En relación al diente (restauraciones, anatomía dentaria y otros)

Alteraciones mucogingivales en relación al diente (retracción gingival, falta de queratinización de la encía y otros)

Alteraciones mucogingivales en relación a pacientes edéntulos. (reabsorción ósea vertical y/u horizontal y otros

Trauma oclusal primario y secundario).

Manifestaciones Clínicas

- Sintomático
- Inflamación gingival
- Recesión gingival
- Bolsas periodontales
- Movilidad dentaria
- Hemorragia gingival
- Pérdida ósea
- Halitosis

Diagnóstico

- Clínico
- Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

- Bolsas periodontales
- Abscesos periapicales
- Trauma oclusal
- Agrandamientos gingivales
- Extrusiones dentarias

Exámenes Complementarios

- Radiografía seriada
- Histopatológico si el caso lo requiera
- Laboratorio cultivo y antibiograma

Tratamiento

Medidas Generales

- Motivación, educación preventiva
- Uso de utensilios de higiene dental

Medidas Específicas

- Uso de Antimicrobianos
- Uso de Antisépticos o colutorios
- Raspajes
- Uso de astringentes
- Alisados radiculares
- Profilaxis

Quirúrgico

Medidas Generales

- Raspajes

Curetajes

Medidas Específicas

Cirugías óseas resectivas
Cirugías óseas reconstructivas

Complicaciones

GUNA
Recidivas.
Recesiones gingivales.
Mayor movilidad dentaria
Aumento de desinserción de la adherencia periodontal.

Quirúrgicas

Hemorragias
Mayor pérdida ósea
Movilidad dentaria mayor
Gingivitis

Criterio de Hospitalización

Si lo requiere.

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de periodoncia o interconsulta con otras especialidades por enfermedades sistémicas.

Criterios de Alta

Resolución de la patología
Fase de mantenimiento

Control y Seguimiento

Control dos veces por semana durante la cicatrización y trimestral

9.8.4. HIPERPLASIA GINGIVAL K06.1

Definición

Agrandamiento gingival patológico, con aumento progresivo del número de células.

Etiología

Placa Bacteriana
Hábitos
Respiradores bucales
Medicamentos: Nifedipino, Fenitoina y otros

Clasificación

Agrandamientos gingivales inflamatorios
Agrandamientos gingivales hiperplásicos
Agrandamientos gingivales sistémicos

Manifestaciones Clínicas

Respuestas tisulares edematosas o fibrosas
Aumento de volumen de la encía
Cambios de color de la encía
Hemorragias espontáneas
Halitosis.

Diagnóstico

Clínico
Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Gingivitis
Abscesos
Periodontitis

Exámenes Complementarios

Radiográfico seriado
Histopatología si el caso lo requiere.

Tratamiento

Medidas Generales

Educación
Motivación
Controles médicos

Medidas Específicas

Antisépticos

Quirúrgico

Medidas Generales

Raspajes
Curetajes
Alisados radiculares

Medidas Específicas

Gingivectomías
Gingivoplastias

Complicaciones.

GUNA
PUN
Periodontitis

Quirúrgicas.

Hemorragias
Recesiones gingivales
Recidivas

Criterios de Hospitalización.

Si el caso requiere.

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Periodoncia o interconsulta con otra especialidad por enfermedades sistémicas.

Criterios de Alta

Resolución de la patología
Fase de mantenimiento.

Control y Seguimiento

Control dos veces por semana, después cada cinco días y trimestral.

9.8.5. GINGIVITIS ULCERONECROTIZANTE AGUDA 69.1.A

Definición

Infección destructiva de la encía.

Etiología

Agentes causales: (Espiroquetas, microorganismos fusiformes, Prevotella Melaninogénica Intermedia, Selenomonas, Actinomices Odontolyticus)
Gingivitis Marginal Crónica
Periodontitis con bolsas Profundas
Pericoronaritis
Áreas traumatizadas por agentes físicos y químicos.
Consumo de tabaco
Leucemia
Inmunodeficiencia
Estrés

Clasificación

GUNA
PUN
NOMA

Manifestaciones Clínicasolor, halitosis, áreas sangrantes, adenopatías, malestar, fiebre, depapilación, necrosis en la encía marginal e insertada.

Pseudo membrana blanca grisácea.
Zonas eritematosas
Sangrado espontáneo

Gusto metálico
Anorexia
Cráteres interdentes

Diagnóstico

Clínico
Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Gingivitis
Periodontitis
Agrandamientos gingivales
Periodontitis ulceronecrotizante

Exámenes Complementarios

Radiografía
Laboratorio (Hemograma, cultivo y antibiograma).
Histopatología si el caso requiere.

Tratamiento Medico

Medidas Generales

Educación
Motivación
Dejar de fumar
Profilaxis
Uso de antisépticos y antibióticos

Medidas Específicas

Buches con agua oxigenada
Buches con chlorhexidina
Eliminar los malos hábitos.
Uso del Ultrasonido

Quirúrgico

Una vez eliminado el proceso agudo se prosigue con el tratamiento quirúrgico si el caso lo requiere.

Medidas Generales

Antibióticos
Antisépticos
Raspaje y curetaje

Medidas Específicas

Gingivectomías
Gingivoplastias

Complicaciones

Abscesos

Quirúrgico.

- Recidivas
- Dolor
- Hemorragias
- PUN (Periodontitis ulceronecrotizante)
- NOMA (Cangrium oris)

Criterio de Hospitalización.

Si el caso lo requiere.

Criterios de Referencia

Transferencia a especialidad de Periodoncia e interconsulta con otras especialidades médicas en caso de alteraciones sistémicas.

Criterios de Alta

Resolución de la patología.

Fase de mantenimiento

Control y Seguimiento

Control día por medio durante 10 días

Mensual durante seis meses.

9.8.6. ABSCESOS PERIODONTALES K05.2

Definición

Colecciones purulentas localizadas en tejido periodontal.

Etiología

Placa Bacteriana

Elementos extraños dentro el surco

Bolsas Periodontales que se cierran

Conductos accesorios

Caries recidivante

Caries profundas

Trauma de oclusión

Clasificación

Abscesos:

Gingivales

Periodontales

Pericoronarios

Manifestaciones Clínicas

Sintomático

Edematización y cambio de coloración de la encía

Dolor irradiado

Dolor a la percusión

Hemorragia gingival

Bolsas profundas o infraóseas

Supuración
Infartación ganglionar
Decaimiento
Bolsas falsas
Movilidad dentaria

Diagnóstico

Clínico
Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Agrandamientos gingivales
Gingivitis
Bolsas falsas
Tumores

Exámenes Complementarios

Radiografía periapical
RVG
Laboratorio (cultivo y antibiograma) si el caso lo requiere.
Histopatología si el caso lo requiere.

Tratamiento

Medidas Generales

Motivación

Medidas Específicas

Antibióticos
Antisépticos

Quirúrgico

Medidas Generales

Asepsia y Antisepsia

Medidas Específicas

Curetajes subgingivales
Drenajes
Gingivectomías

Complicaciones

Hemorragias
Dolores irradiados

Quirúrgicas.

GUNA
PUN

Pérdida ósea
Movilidad dentaria
Infecciones vecinas
Problemas endo- periodontales

Criterio de hospitalización

Si el caso lo requiere.

Criterios de Referencia

Transferencia a especialidad Periodoncia y/o Cirugía e interconsulta otras especialidades en casos de alteraciones sistémicas.

Criterios de Alta

Resolución de la patología.

Fase de mantenimiento.

Control y Seguimiento

Control día por medio durante una semana, después se controlará mensualmente.

9.9. TRAUMA OCLUSAL KO5.5

Definición

Alteración producida por condiciones lesivas de la fuerza aplicada al periodonto.

Etiología

- Obturaciones altas
- Prótesis mal adaptadas
- Ausencia de varias piezas dentarias
- Ausencia de guía canina
- Mal posiciones dentarias
- Bruxismo
- Puntos de contacto prematuros
- Hábitos
- Estrés

Clasificación

Primario (factores locales)
Secundario (factores generales)

Manifestaciones Clínicas

Facetas de desgaste
Recesión gingival (ocasionalmente)
Movilidad dental
Pérdida ósea de la cortical alveolar
Ensanchamiento del espacio periodontal
Densidad mayor del hueso esponjoso
Pérdida ósea
Abfracción

Diagnóstico

Clínico
Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Periodontitis

Exámenes Complementarios

Radiografía Periapical.
RVG

Tratamiento

Medidas Generales

Antiinflamatorios
Analgésicos
Antisépticos

Medidas Específicas

Desgastes selectivos
Ferulizaciones
Eliminación de factores etiológicos locales
Placas de Neuromiorelajación
Alisados radiculares
Uso de astringentes

Quirúrgico

Medidas Generales

Antisépticos
Curetajes
Raspajes

Medidas Específicas

Cirugía ósea reconstructiva
Cirugía ósea resectiva

Complicaciones.

Abscesos Periodontales
Exodoncias
Lesiones cavernosas periapicales

Quirúrgico

Movilidad Dental
Frémito

Criterios de Referencia

Ninguno

Criterio de Hospitalización

Ninguno.

Criterios de Alta

Resolución de la patología
Fase de mantenimiento.

Control y Seguimiento

Tres a seis meses durante un año.

9.9 ODONTOPEDIATRIA

9.9.1. CARIES DENTAL

Definición

Enfermedad química microbiana progresiva e irreversible, caracterizada por la destrucción de los tejidos duros del diente, por la acción de diversos factores.

Etiología

Es una enfermedad "Infecciosa" multifactorial:

- Microbiana
- Sustrato - Carbohidratos
- Huésped
- Otros factores (Tiempo – Edad)

Clasificación

- Caries de esmalte
- Caries de dentina
- Caries detenida
- Caries recidivante
- Caries rampante o Síndrome del biberón

9.9.2. CARIES DE ESMALTE

Definición

Desmineralización de la matriz inorgánica del esmalte por la acción de los ácidos presentes en boca

Etiología

Enfermedad multifactorial

Clasificación

- Fosas y Fisuras
- Superficies proximales
- Superficies lisas

Manifestaciones clínicas

- Asintomática
- En el inicio es apenas una leve desmineralización, (mancha blanca – lesión subclínica)
- Progresivamente presenta una superficie de color blanco lechoso a pardo
- Presenta cavitación a medida que se profundiza

Criterios de diagnóstico

- Clínico
- Radiográfico

Diagnóstico diferencial

- Fluorosis
- Amelogénesis imperfecta

Exámenes complementarios

- Radiográfico

Tratamiento Odontológico

- Fase Preventiva: Educación en salud, profilaxis diaria, terapia de flúor de acuerdo a protocolo según riesgo
- Cuando no existe cavitación (lesión subclínica), terapia
- intensiva de flúor en sus diferentes formas, según
- riesgo del paciente
- Cuando ya hay evidencia clínica de cavitación, limpiar la zona con fresa y realizar restauración o prevención, de preferencia materiales adhesivos

Complicaciones

- Caries de dentina

Criterios de referencia

- No requiere

Criterios de alta

- Resolución de la patología

Control y seguimiento

- Tres a seis meses.

9.9.3. CARIES DE DENTINA

Definición

Destrucción de la matriz inorgánica y pérdida de la escasa sustancia orgánica de la dentina

Etiología

Enfermedad compleja multifactorial

Clasificación

- Superficial
- Media
- Profunda

Manifestaciones clínicas

- Sintomática
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos
- Cavidad con tejido reblandecido muy activo y cambio de coloración

Criterios de diagnóstico

- Prioritario: examen clínico Visual
- Recurso secundario: leve exploración con sonda
- Asociación sintomatológica
- Examen Radiográfico

Diagnóstico diferencial

- Hiperemia pulpar
- Pulpitis

Exámenes complementarios

- Radiográfico

Tratamiento Odontológico

- Fase Preventiva: Educación en salud, profilaxis diaria, terapia de flúor de acuerdo a protocolo según riesgo
- Administración de anestesia casi siempre
- Aislado absoluto (o relativo)
- Remoción de dentina careada en secuencia lógica
- Uso de revelador de caries
- Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros antiséptico
- Protección indirecta (Hidroxido de calcio, Ionomero de base)
- Obturación definitiva(amalgama, resina y/o Ionomero de obturación, coronas metálicas)

Complicaciones

- Pulpitis

Criterios de referencia

- No requiere

Criterios de alta

- Resolución de la patología

Control y seguimiento

- Tres a seis meses.

9.9.4.CARIES DETENIDA

Definición

Existen dos variantes:

- Caries Detenida debido a la formación de dentina Terciaria como resultado de una gran actividad defensiva del huésped
- Una de las variaciones más propia de niños, es la Caries Detenida por cambio en la flora patógena; los microorganismos acidógenos son reemplazados casi siempre por los bacteroides cuyas toxinas pigmentan de negro la lesión y no son productores de ácidos, al mismo tiempo se produce una defensa orgánica del huésped (Clínicamente ambas lesiones son fácilmente diferenciables por la coloración, pues esta última presenta un color muy oscuro).

Etiología

Multifactorial por cambios de Ph del medio bucal , alimenticio, de aseo o uso de medios preventivos

Manifestaciones clínicas

- Casi siempre asintomática
- Lesiones generalmente extensas poco profundas
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos (leves)
- Cavidad con cambio de coloración y formación de dentina terciaria

Criterios de Diagnóstico

- Clínico Visual: exploración con sonda
- Radiográfico

Diagnóstico diferencial

- Esclerosis pulpar
- Necrosis pulpar

Exámenes complementarios

- Radiográfico

Tratamiento Odontológico

- Fase Preventiva: Educación en salud, profilaxis diaria, terapia de flúor de acuerdo a protocolo según riesgo
- Administración de anestesia cuando el caso lo requiere
- Aislado absoluto o relativo
- Remoción de dentina careada
- Uso de revelador de caries
- Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros
- Protección indirecta (Hidroxido de calcio, Ionomero de base)
- Obturación definitiva, de preferencia coronas metálicas completas debido a su amplia destrucción
- Resina y/o ionomero de obturación

Complicaciones

- Pulpitis
- Necrosis pulpar

Criterios de referencia

- No requiere

Criterios de alta

- Resolución del caso.

Control y seguimiento

Tres a seis meses

9.9.5 CARIES RECIDIVANTE

Definición

Caries que se origina alrededor de una restauración anterior

Etiología

- Pérdida marginal
- Filtración marginal
- Presencia de espacios entre la restauración y el tejido dentario
- Iatrogénica

Clasificación

- Residual
- Recidivante

Manifestaciones clínicas

- Sintomático de evolución rápida
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos
- Cavidad con tejido reblandecido, cambia de coloración y olor

Criterios de diagnóstico

- Clínico: exploración con sonda
- Radiográfico

Diagnóstico diferencial

- Hiperemia pulpar
- Pulpitis
- Necrosis pulpar

Exámenes complementarios

- Radiográfico

Tratamiento Odontológico

- Fase Preventiva: Refuerzo de Educación en salud, profilaxis diaria, terapia de flúor de acuerdo a protocolo según riesgo
 - Administración de anestesia
 - Aislado absoluto o relativo
 - Remoción de dentina careada
 - Uso de revelador de caries
 - Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros
 - Protección indirecta (Hidroxido de calcio, Ionomero de base)
 - Obturación definitiva(amalgama, resina y/o ionomero de obturación
 - Coronas metálicas

Complicaciones

- Pulpitis

Criterios de Referencia

- No requiere

Criterios de Alta

- Resolución de la patología

Control y Seguimiento

- Tres a seis meses.

9.9.6. CARIES POR LACTANCIA PROLONGADA

Definición

Caries agresiva extensa que afecta a pacientes pediátricos cuyo origen es sobretodo la alimentación nocturna (leche materna, leche comercial u otros líquidos azucarados) sin hacer la higiene dental posterior.

Etiología

- Acción exuberante y prolongada de los sustratos cariogénicos
- Uso prolongado del biberón
- Falta o deficiencia en la higiene

Clasificación

- Única patognomónica

Manifestaciones Clínicas

- Sintomática de evolución rápida que afecta en primera instancia a los dientes antero superiores y posteriormente a los dientes posteriores
- Dolor provocado y limitado a estímulos físicos y químicos
- Cavidad con tejido reblandecido, cambia de coloración

Criterios de Diagnóstico

- Examen Clínico Visual : (leve exploración con sonda)

Diagnóstico Diferencial

- Amelogénesis imperfecta

Exámenes Complementarios

- Radiográfico

Tratamiento Odontológico

- Fase Preventiva: Educación en salud dirigida a los padres de manera intensiva, profilaxis diaria, terapia de flúor de acuerdo a protocolo según riesgo
 - Tratar de que el niño con primeros dientes erupcionados (6-7 meses) no reciba alimento después del último aseo dental nocturno.
 - Aplicación de fluoruros (Barnices)
 - Administración de anestesia cuando el caso lo requiere
 - Aislado absoluto o relativo
 - Remoción del esmalte y dentina careada
 - Uso de revelador de caries
 - Desinfección de la cavidad con clorhexidina al 2% u otros
 - Protección indirecta (Hidróxido de calcio, Ionomero de base)
 - Reconstrucción de las piezas con (resina y/o ionomero de obturación, coronas completas)
 - Endodoncia
 - Exodoncia indicada según grado de afección
-
- Complicaciones
 - Pulpitis
 - Necrosis
 - Abscesos
 - Fractura coronaria

Criterios de Referencia

- Si requiere de acuerdo al grado de complejidad

Criterios de Alta

- Resolución de la patología

Control y Seguimiento

- Uno a tres meses.

9.9.6. PATOLOGIA PULPAR **PULPITIS**

○ **Definición**

Se denomina pulpitis a la inflamación del tejido pulpar, con distintos niveles de severidad

○ **Etiología**

Existen diferentes etiologías entre las que mencionamos:

- **Bacterianas**
 - Caries profundas
 - Fracturas
 - Completas
 - Incompletas
 - Hematógenas
- **Traumatismos Agudos**
 - Fractura coronaria
 - Fractura radicular
 - Luxación
 - Crónicas:
 - Atrición
 - Abrasión
 - Erosión
- **Respuesta Desfavorable a Procedimientos Operatorios**
 - Preparación de cavidades:
 - Sobre calentamiento en la preparación
 - Profundidad de la preparación
 - Deshidratación
 - Extensiones de cuernos pulpares
 - Químicos:
 - Materiales de obturación
 - Desinfectantes
 - **Cuadro Epidemiológico**

La pulpitis se encuentra en segundo lugar entre las enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal

- **Clasificación:** Por razones de tratamiento, en pediatría las lesiones pulpares se clasifican de la siguiente manera:
 - Estados patológicos reversibles:
 1. Hiperemia pulpar
 - Estados patológicos irreversibles:
 - 1: Pulpitis Crónica Inicial

- 2:Pulpitis Crónica total (Estados Degenerativos varios)
- 3: Pulpitis Aguda

PULPITIS AGUDA

Procedimiento de emergencia

I. Definición

Es una congestión intensa de la pulpa, con una hiperemia avanzada y de curso rápido; pertenece a las pulpitis a cavidad cerrada; es casi siempre de evolución aguda.

II. Etiología

Persistencia del irritante
Proceso inflamatorio agudo.

III. Clasificación

No se consideran para fines normativos

IV. Manifestaciones Clínicas

Sintomático agudo

- Dolor intenso, espontáneo y de mayor duración con exacerbaciones intermitentes

V. Diagnóstico

Clínico Visual, asociación sintomatológica patognomónica.
Radiográfico

VI. Diagnóstico Diferencial

Pulpitis abscedosa.

VII. Exámenes Complementarios

Radiografía periapical.
RVG

Tratamiento Endodóntico

La sugerencia básica es realizar el tratamiento en una sola sesión cuando el paciente acude oportunamente; cuando ya ha surgido alguna complicación se puede realizar el tratamiento además de endodóntico en sesiones, adicionar tratamiento medicamentoso

si el caso lo requiere.

Pasos:

- Lectura radiográfica.
- Administración de anestesia.
- Aislado absoluto o relativo
- Apertura de cámara.
- Eliminación de paquete vasculo nervioso si aun existe (fase inicial de la enfermedad)
- Instrumentación leve del conducto con limas.
- Irrigación de conductos radiculares con solución de Dankin (hipoclorito de Sodio) al 5,25% con chorro muy suave alternando con suero fisiológico
- Secado de conducto radicular.
- Obturación definitiva del conducto con pasta reabsorbible o Medicación intermedia
- Obturación definitiva (coronas) u obturación provisional previa medicación local con antiséptico en el interior de los conductos (formocresol).

2° Sesión:

- Aislado absoluto o relativo.
- Retiro obturación provisional.
- Preparación biomecánica del conducto radicular (leve).
- Irrigación de conducto radicular (líquidos antes mencionados)
- Secado de conducto radicular.
- Obturación de conducto radicular.
- Control radiográfico.

Se requerirá de una tercera sesión en caso de que la pieza este periodontizada.

Fase Preventiva: aun cuando esta patología es considera de emergencia, no se puede dejar de realizar procedimientos preventivos posteriores a la atención de la emergencia, como son: Educación en salud, profilaxis diaria, terapia de flúor de acuerdo a protocolo según riesgo

Terapéutica

Si lo requiere antiinflamatorio y / o analgésico

VIII. Complicaciones

Pulpitis abscedosa.

IX. Criterios de Alta

Resolución de la patología

X. Control y Seguimiento

Control radiográfico cada tres meses durante el primer año.

PULPITIS CRONICA INICIAL (Secuela)

Definición

Es la inflamación progresiva lenta de la pulpa que inicialmente se produce como consecuencia del avance de una lesión dentinaria profunda, afectando primero la parte más externa de la pulpa con avance lento, provocando sintomatología dolorosa solo a estímulos muy similar a la hiperemia pulpar pero de más largo duración al retirar el estímulo

Etiología

Estado avanzado de la lesión cariosa dentinaria profunda

Manifestaciones Clínicas

- Lesiones cariosas amplias y profundas
- Gran actividad cariogénica
- Sintomatología a estímulos
- Dolor al empaquetamiento
- Dolor a gientes ácidos, dulces y térmicos
- Exacerbado al frío y mitigante al calor.

Diagnóstico

- Clínico: sintomatológico
- Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

- Lesiones cariosas dentinarias
- Hiperemia pulpar.

Exámenes Complementarios

- Radiografía periapical.
- RVG

Tratamiento

Endodontico Parcial: PULPOTOMIA

Una sola sesión:

- Lectura radiográfica
- Control del dolor (anestesia imprescindible)
- Aislado absoluto imprescindible
- Eliminación del tejido enfermo en secuencia biológica necesaria para la pulpa vital remanente (márgenes, paredes y piso)

- Desinfección de la preparación previa apertura de la cámara
- Eliminación de la pulpa cameral con cureta de dentina o fresa redonda a baja rotación hasta la entrada de los conductos
- Lavado con solución salina en torundas
- Secado de la preparación
- Fijación de los remanentes pulpaes vitales con: Opcional (formocresol dilución al 50%, por 3 minutos torunda embebida y exprimida; alternativa puede ser torunda de sulfato férrico por 1 minuto, glutaraldehído en torunda por 2 minutos, o en casos debidamente controlados y diagnosticados , hidróxido de calcio)
- Retirar la torunda con la medicación empleada y colocar base de óxido de Zinc y eugenol en pasta, cemento protector
- Obturación final de preferencia corona completa.

Una parte importante del tratamiento general debe ser la: Fase Preventiva: Educación en salud, profilaxis diaria, terapia de flúor de acuerdo a protocolo según riesgo

Terapéutica

Si el caso requiere: Analgésicos.

Complicaciones

- Absceso periapical
- Lesiones endo-periodontales

Criterios de Alta

- Resolución de la patológica

Control y Seguimiento

Control radiográfico cada tres meses, a fin de constatar alguna reacción periapical durante un año.

PROCESOS PULPARES TERMINALES ESTADOS DEGENERATIVOS

Definición

Los procesos pulpares terminales entre los que se encuentran la necrosis pulpar, la gangrena pulpar, los procesos periapicales y otros, se definen como complicaciones de las pulpitis que no fueron oportunamente tratadas y se manifiestan de diversas maneras.

Tratamiento

- A) Se tratarán **Endodónticamente**, “solo tomando en cuenta” las siguientes consideraciones:
1. Lectura radiográfica imprescindible
 2. Grado de reabsorción radicular
 3. Grado de destrucción coronaria
 4. Edad del paciente
 5. Edad de la pieza dentaria

6. Grado de cooperación del paciente
7. Riesgo estratégico de la pieza

Los pasos endodónticos serán los mismos antes mencionados

B) Tratamiento radical Exodoncia:

La otra posibilidad de “tratamiento”, será la eliminación de la pieza, tratamiento que deberá ser seguido de un manejo adecuado del espacio, siempre en relación a lo anterior.

Fase preventiva: Igual a anteriores imprescindible

Seguimiento:

Control radiográfico trimestral por un año.

LESIONES TRAUMÁTICAS EN TEJIDOS DE SOPORTE Y ESTRUCTURAS DENTARIAS EN NIÑOS

Estas lesiones son muy frecuentes en niños y por las particularidades que rodean a las estructuras en crecimiento y formación en el niño, es necesario considerar las lesiones más prevalentes.

TEJIDOS DE SOPORTE CONCUSIÓN

DEFINICION.

Lesión provocada por un impacto directo que causa ruptura de algunos vasos sanguíneos, no hay ruptura de ligamento periodontal, solo edema del mismo, el diente está firme en su alveolo

ETIOLOGIA.

Traumática

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- Diente sensible a la percusión y masticación
- No existe movilidad dentaria
- No se observan signos patológicos radiográficamente
-

EXAMEN COMPLEMENTARIO:

- Radiografías periapicales y panorámica
- Pruebas de sensibilidad y vitalidad pulpar

TRATAMIENTO.

- Observación y evaluación periódica del paciente

PRINCIPALES COMPLICACIONES.

- Necrosis pulpar

CONTROL Y SEGUIMIENTO

- Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada 3 meses

SUBLUXACIÓN

DEFINICION.

Lesión provocada por un impacto mayor que provoca ruptura de algunos vasos sanguíneos, y de algunas fibras del ligamento periodontal, hay hemorragia en el surco gingival

ETIOLOGIA.

Traumática

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- Diente sensible a la percusión y masticación
- Presencia de movilidad dentaria, mas no desplazamiento
- No se observa signos patológicos radiográficamente

EXAMEN COMPLEMENTARIO:

- Radiografías periapicales y panorámica
- Pruebas de sensibilidad y vitalidad pulpar

TRATAMIENTO.

- Alivio de las interferencias oclusales
- Dieta blanda por 2 semanas
- Observación y evaluación periódica del paciente

PRINCIPALES COMPLICACIONES.

- Necrosis pulpar
- Complicaciones periapicales ocasionales

CONTROL Y SEGUIMIENTO

- Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada 3 meses

EXTRUSIÓN

DEFINICION.

Lesión provocada casi siempre por fuerzas oblicuas que desplazan al diente sacándolo parcialmente al diente de su alveolo, hay ruptura de vasos sanguíneos y de terminaciones nerviosas de ligamento y de pulpa, también hay ruptura de algunas fibras del ligamento periodontal.

ETIOLOGIA.

Traumática

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- Diente sensible a la percusión y masticación
- Diente desplazado axialmente fuera del alveolo
- Diente con mucha movilidad

EXAMEN COMPLEMENTARIO:

- Radiografías periapicales (técnica de la bisectriz para desplazamiento)
- Radiografía panorámica
- Pruebas de sensibilidad y vitalidad pulpar

TRATAMIENTO.

- Dependiendo de la edad del paciente diente puede ser dejado en la nueva posición
- No se debe intentar reubicación en diente primario
- No férula
- Dieta blanda por 2 semanas
- Observación y evaluación periódica del paciente
- ALTERNATIVA: EXODONCIA DE LA PIEZA PRIMARIA para no provocar alteraciones en el germen de reemplazo

PRINCIPALES COMPLICACIONES.

- Necrosis pulpar
- Complicaciones periapicales ocasionales
- Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo

CONTROL Y SEGUIMIENTO

- Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada 3 meses

LUXACION LATERAL

DEFINICION.

Lesión provocada casi siempre por fuerzas horizontal que desplazan al diente horizontalmente, la corona hacia lingual y el ápice y tabla ósea hacia vestibular, es la lesión más común en dentición primaria

ETIOLOGIA.

Traumática

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- Diente sensible a la percusión y masticación
- Diente desplazado oblicuo y horizontalmente
- Bastante sangrado por ruptura de vasos, pulpa y ligamento

EXAMEN COMPLEMENTARIO:

- Radiografías periapicales
- Radiografía panorámica

TRATAMIENTO.

- Dependiendo de la edad del paciente diente puede ser dejado en la nueva posición, la lengua se encarga de reubicar en los niños muy pequeños

- No se debe intentar reubicación forzada
- Dieta blanda por 2 semanas
- Observación y evaluación periódica del paciente
- ALTERANT IVA: EXODONCIA DE LA PIEZA PRIMARIA para no provocar alteraciones en el germen de reemplazo

PRINCIPALES COMPLICACIONES.

- Necrosis pulpar
- Complicaciones periapicales ocasionales
- Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo

CONTROL Y SEGUIMIENTO

- Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada 3 meses

INTRUSIÓN

DEFINICION.

Lesión que provoca el mayor daño a la pulpa y ligamento, el diente es desplazado dentro del alveolo por un impacto axial.

ETIOLOGIA.

Traumática

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- Diente no visible que responde a la percusión con un sonido metálico
- Bastante sangrado por ruptura de vasos, pulpa y ligamento
- El diagnostico es prioritariamente radiográfico

EXAMEN COMPLEMENTARIO:

- Radiografías periapicales (técnicas de localización)
- Radiografía panorámica

TRATAMIENTO.

- Dependiendo de la edad del paciente, el diente reerupciona solo en niños muy pequeños
- Favorece la mayoría de las veces que el diente intruido es desplazado casi siempre hacia vestibular, lejos de la posición del germen, detalle que debe ser confirmado por Rx.
- Si la Intrusión es hacia el folículo el diente primario debe ser extraído
- No se debe emplear elevadores para la exodoncia
- Observación y evaluación periódica del paciente

PRINCIPALES COMPLICACIONES.

- Necrosis pulpar
- Complicaciones periapicales ocasionales
- Hipoplasia del esmalte de la pieza de reemplazo

CONTROL Y SEGUIMIENTO

- Supervisar con radiografías posibles complicaciones pulpares cada 3 meses

AVULSIÓN

La Avulsión es la exarticulación de un diente fuera de su alveolo causada casi siempre por un impacto frontal ; en dientes primarios avulsionados, la reimplantación esta “contraindicada” por las complicaciones infecciosas que este procedimiento provocaría, poniendo en riesgo la integridad del germen en formación.

FRACTURAS DENTARIAS

DEFINICION

Es la solución de continuidad a cualquier nivel de la anatomía dentaria como consecuencia de un traumatismo y su repercusión en los tejidos de soporte.

Para todas las demás consideraciones relativas a este tema, sugerimos al lector remitirse a los protocolos del tema para dientes permanentes que se encuentran adelante.

PROTOCOLO PARA EXODONCIAS DE DIENTES PRIMARIOS

INDICACIONES.

Las exodoncias de dientes primarios están indicadas solo en los siguientes casos, “Previa consideración” imprescindible del manejo del espacio cuando la pieza dentaria no esta aun en época de cambio y además previa comunicación y consentimiento de los padres:

- ❖ Presencia de cuadro infeccioso severo, sin posibilidad de reconstrucción de la corona
- ❖ Pieza primaria con permanencia prolongada que provoca malposición clínica de los permanentes
 - Al contrario, pieza primaria con movilidad fisiológica de distinta intensidad, que no presente otras repercusiones “No deben ser extraídas por ningún motivo” ya que este proceso de cambio debe ser espontáneo para no crear problemas de espacio.

TECNICA.

- Diagnostico adecuado
- Asepsia de la región
- Control del dolor, anestesia de acuerdo a regiones
- Empleo de agujas cortas para una buena técnica
- Posición adecuada del paciente y operador
- Adecuadas maniobras quirúrgicas de exodoncia
- Recomendaciones imprescindibles en cada caso
- Empleo de un tapón de gasa
- Sutura de la región solo en dientes posteriores permanentes juvenes
- Uso de analgésicos solo en casos especiales

PROTOCOLOS PARA EL EMPLEO DE FLUOR EN PEDIATRIA NUEVAS RECOMENDACIONES PARA CUIDADOS PREVENTIVOS Y USO DEL FLUOR EN NUESTRO MEDIO

Es ampliamente comprobado el beneficio que tiene el flúor en la reducción de caries. Sin embargo, nunca se debe olvidar que el flúor es solo una parte pequeña de un conjunto de medidas que sirven para prevenir en el individuo, la aparición de caries. Es decir es un arma

más y una ayuda, que de ninguna manera se superpone a las otras medidas preventivas tan importantes como la remoción de placa bacteriana por medios mecánicos (correcta limpieza de los dientes), o el control en la ingesta de alimentos cariogénicos. El flúor debe ser utilizado considerando diferentes situaciones, tales como: uso doméstico o profesional, edad del individuo, y si la zona en que se habita posee un forma de distribución comunitaria del flúor. El uso doméstico se refiere principalmente al uso de pastas dentales fluoradas, y también a los enjuagues con flúor. En el uso profesional o de consultorio se deberá valorar cada caso de acuerdo al riesgo que tenga el paciente a la caries. En Bolivia aún no disponemos de una distribución bien organizada y uniforme de flúor comunitario (agua fluorada, sal fluorada); eso nos hace perder el beneficio que tienen estas formas de distribución de flúor en la reducción de caries para gran número de personas. Aún así hay maneras de que ese flúor pueda ser proporcionado a nuestra población. En este protocolo indicaremos cuales son las maneras más recomendables de utilizar el flúor en nuestro medio, junto con las medidas preventivas que lo acompañan. Para hacerlo más práctico, enfocaremos estas indicaciones en 4 poblaciones diferentes de acuerdo a la edad: 1-bebés, 2-niños pre-escolares, 3-niños escolares, 4-adolescentes y adultos.

BEBÉS (6 meses a 2 años). Abarca el inicio aproximado de la erupción dental hasta la erupción molar decidua.

Cuidados en casa. Recomendar a los papás que con la erupción de los primeros dientes, la alimentación nocturna (tanto leche materna o de biberón) debe disminuir, y recomendar que a partir de esta etapa el niño siempre debe dormir con la boca limpia, es decir realizarle la higiene después del último alimento, esto con el propósito de evitar el desarrollo de la caries por alimentación nocturna o de "biberón" que es muy frecuente en nuestro medio. Los papás realizaran la higiene en la mañana y antes de dormir (2 veces al día) sólo con gasa o una tela suave embebida en agua hervida tibia. Se podrá utilizar cepillo de dientes cuando los molares ya estén presentes, no se utilizará pasta fluorada en ninguno de los casos. Después del último cepillado los papás puede aplicar el flúor utilizando un cotonete embebido en un enjuague de flúor de 0.05% sin alcohol. El cotonete se aplicará a todas las superficies dentarias. Aplicar el flúor con el cotonete es una manera segura y práctica de administrarlo sin que el niño lo pueda ingerir.

Cuidados en consultorio. En la primera cita, se indican todos los cuidados arriba mencionados, se hace la demostración a los papás y luego se evalúa en citas posteriores la efectividad de sus cuidados hacia sus hijos. Las visitas serán trimestrales (o mensuales, en caso de riesgo alto a la caries). En cada visita se realizará la higiene con gasa o el propio cepillo del paciente, luego se realizará la limpieza interproximal con hilo dental y por último se topicará fluor con cotonete también embebido en una solución de flúor, esta vez al 0.2% (que puede ser de un enjuague con esta cantidad) sin alcohol. Nunca se utilizará a esta edad el flúor en gel (flururo fosfato acidulado).

NIÑOS PRE-ESCOLARES (3 a 5 años de edad).

Cuidados en casa: A partir de los 3 años ya se empieza a utilizar pasta dental con flúor (de no mas de 500 ppm) en una cantidad de un grano de arroz (0.15g) en ambos cepillados (mañana y noche). Se sigue aplicando el flúor diario al 0.05% de la manera indicada anteriormente con cotonete. Puede empezar el uso del hilo dental, una vez a la semana.

Cuidados en consultorio: Ya se pueden cepillar los dientes con cepillo en motor de baja velocidad, sin utilizar pastas que contengan flúor, solo con agua limpia. Se seguirá aplicando la

solución de fluor al 0,2% (enjuague) con cotonete y el uso de hilo dental. No fluor en gel. Visita trimestral o mensual según el caso.

NIÑOS ESCOLARES (6 años hasta adolescencia).

Cuidados en casa: El cepillado corre a cargo de los papás hasta esta edad, a partir de los 7 años se dejará que el niño lo haga solo, siempre abarcando todos sus dientes; no es necesaria una técnica refinada,. Se recomienda el control de los padres. Uso de hilo dental y se aumenta la cantidad de la pasta hasta que cubra dos tercios del cepillo. A partir de los 10 años ya se puede utilizar la pasta de adulto (que contiene 1000 ppm).

Como el niño ya puede escupir correctamente, se recomienda del mismo enjuague de flúor al 0.05% en buchadas de 30 a 40 segundos día por medio antes de dormir.

Cuidados en consultorio: *Profilaxis* con o sin pasta fluorada, utilizando baja velocidad. Aplicación de fluor gel (fosfato acidulado) en cubetas y con muy buena aspiración durante la aplicación. Uso de hilo dental, asesoría de cepillado al paciente. Control trimestral.

ADOLESCENTES Y ADULTOS:

Cuidados en casa: Uso de pasta de dientes normal. Uso de hilo dental. Uso de enjuague de flúor al 0.05% diario (en caso de utilizar aparatos ortodóncicos) o día por medio.

Cuidados en consultorio: Si el riesgo de caries es bajo, las visitas pueden ser semestrales o anuales. Realizar los procedimientos profilácticos anteriormente mencionados.

ENJUAGUES DE FLUOR UTILIZADOS EN PROGRAMAS ESCOLARES

Técnica “Alta potencia, Baja frecuencia”

Este programa, esta recomendado para poblaciones con altos índices de caries, por tanto es necesario hacer previamente un diagnóstico epidemiológico para iniciar el programa; otra consideración importante es trabajar con el apoyo de los profesores de las escuelas ya que el programa debe ser aplicado en poblaciones escolares cuyas edades estén comprendidas entre los 6 y 12 años, por ello es necesario capacitar a los maestros de escuela para que ellos puedan supervisar el uso del enjuague de fluor una vez por semana de manera cotidiana y sin interrupciones durante un tiempo mínimo de 1 año

Los requerimientos para este programa son:

- Solución de fluoruro de sodio al 0,2%
- Cepillo dental convencional y vaso por cada niño
- Tarjeta semanal de control del enjuague, la misma que debe ser firmada por el profesor de turno después de cada aplicación

TECNICA:

- En horario intermedio de clases, los niños en conjunto, deben cepillar la boca de manera convencional con bastante agua (opcional uso de pasta)
- Luego recibirán por persona una cantidad entre 5 y 10 ml de enjuague de fluor dependiendo de la edad el niño
- Con este contenido deberán realizar los enjuagues durante un lapso mínimo de 1 minuto sin deglutir y con movimientos suaves de la lengua permitir que el enjuague cubra todas las superficies de los dientes para luego de ello escupir.

- No enjuagarse luego con ningún líquido y no ingerir ningún alimento por lapso de 1 hora
- Para tener resultados positivos la técnica debe ser hecha sin interrupciones de ningún tipo y con la secuencia inalterable.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

El protocolo mencionado están sugerido y adaptado para que, de acuerdo a la realidad de salud dental de nuestro país, sea lo más beneficioso posible. Podrá ser sujeto a modificaciones sólo en caso de cambios muy significativos (como la implementación de flúor en el agua).

En campañas de salud bucal no se recomienda el uso de flúor en gel, pues este tiene indicaciones de edad, y como ya habíamos mencionado, también se precisa de un buen sistema de aspiración. Se ha demostrado que dan mejores resultados y funcionan mejor las asesorías fuertes a maestros y a padres (ya que ellos están mas tiempo con los niños), así como horarios semanales donde en las escuelas, todos se cepillan los dientes bajo supervisión.

Ya no se sugirió el uso de tabletas como aporte de flúor, ya que su falta de distribución y costo las hacen poco prácticas.

9.10. CIRUGIA BUCAL MAXILO FACIAL PIEZAS DENTARIAS RETENIDAS

9.10.1 TERCEROS MOLARES INFERIORES RETENIDOS KO1

Definición

Se denominan Impactados e incluidos, de acuerdo a la probable causa de que la erupción normal del tercer molar inferior (época cronológica: a partir de los 18 años hacia adelante) no se realizó, por lo tanto quedan dentro del hueso o subgingivales.

Etiología

Falta de espacio
Extracciones prematuras
Falta de desarrollo adecuado de los maxilares
Malformaciones
Síndromes congénitos.

Clasificación

Según Winter y de acuerdo a la posición del eje mayor del tercer molar con relación al eje mayor del segundo molar pueden tener una retención:

Vertical.
Mesio angular.
Disto angular.
Horizontal.
Vestíbulo angular
Linguo angular.
Invertida.
Inusual.

Además se considerará la profundidad de retención dentaría y la morfología radicular.

Manifestaciones clínicas

Asintomáticos
Pueden dar lugar a la formación de quistes y tumores

Pueden provocar cefaleas, canicie y caída del cabello, aunque no se comprobó científicamente.

En erupciones parciales pueden producir severos cuadros inflamatorios agudos (pericoronaritis) e infecciosos(abscesos y flemones)

Diagnostico.

Clínico

Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Quistes dentígeros.

Ameloblastoma.

Exámenes complementarios

- Radiografía periapical.
- Radiografía panorámica
- Radiografía oclusal
- Tomografía axial computarizada, si el caso lo amerita.
- Exámenes de laboratorio de rutina:
- Biometría hemática completa.
- Glicemia.
- Tiempos de coagulación, sangría y protrombina
- En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con:
- Examen de orina.(creatinina y ácido úrico)
- Valoración cardio-respiratoria.

Tratamiento Médico

Se inicia tratamiento con antibióticos especialmente si ha existido un cuadro infeccioso como complicación de la erupción.

Quirúrgico

Se realiza en un 90% de los casos en forma ambulatoria:

- Ambiente aséptico, quirófano especializado.
- Administración de anestesia local, troncular al nervio dentario inferior con refuerzos a los nervios lingual y bucal largo
- Incisión de acuerdo a técnica adecuada para levantar amplio colgajo mucoperiostico.
- Osteotomía de la zona que cubre al molar retenido.
- Odontosección si es necesario, retirando primero la corona para luego luxar y extraer la raíz.
- Limpieza del área quirúrgica.
- Lavado.
- Sutura.
- Morder una gasa por 30 minutos.

Complicaciones

Edema de la región maseterina y submaxilar por cuatro a cinco días de postoperatorio.

Dolor en la región.

Trismus.

Parestesia temporal del labio inferior por 8 a 12 meses.

Parestesia temporal lingual.
Hemorragias
Problemas infecciosos (alveolitis y abscesos)
Dehiscencias de sutura
Fracturas mandibulares

Criterio de Hospitalización

En caso de realizarse la extracción simultánea de los cuatro terceros molares retenidos, se deberá realizar la intervención quirúrgica en un centro hospitalario bajo anestesia general o cuando las complicaciones han sido muy severas. También en casos de pacientes con problemas sistémicos que requieren de mayor control pre, trans y post-operatorio.

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere.

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Se deberá controlar en forma periódica al paciente, a los 5 días para el correspondiente retiro de puntos y posterior control mensual.

9.10.2. GRANULOMAS Y QUISTES PERIAPICALES K04.6 K04.7 K04.8

Definición

Granuloma es una masa de tejido de granulación inflamatoria, asociada con el área apical o lateral de un diente sin vitalidad.

El quiste apical o radicular, es un quiste odontogénico inflamatorio asociado con el área apical o lateral de un diente desvitalizado. Se origina en un granuloma periapical previo, por proliferación y transformación quística posterior de los "restos epiteliales de Malassez".

Etiología

Respuesta a la necrosis o gangrena pulpar.

Clasificación

Apicales
Laterales.

Manifestaciones Clínicas

Asintomático se detecta mediante exploración radiográfica. Se manifiesta como una lesión radio lúcida de tamaño variable y se diferencia del quiste por una cortical más definida, muchas veces difícil de diferenciar.

La reagudización inflamatoria en un granuloma previo puede causar dolor.

También puede ir acompañado de presencia fistulosa con secreción purulenta en el área periapical de la pieza causante, sea por vestibular o palatino.

Diagnóstico

Clínico
Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Cicatriz apical o displasia del cemento apical.

Exámenes Complementarios

- Radiografía peri apical.
- Radiografía panorámica
- Radiografía oclusal
- Tomografía axial computarizada, si el caso lo amerita.
- Exámenes de laboratorio de rutina:
- Biometría hemática completa.
- Glicemia.
- Tiempos de coagulación sangría y protrombina
- En intervenciones bajo anestesia general se deberá ampliar con:
- Examen de orina, creatinina
- Valoración cardio-respiratoria.

Tratamiento

En algunos casos y con un adecuado manejo por el especialista en endodoncia estos procesos pueden remitir a curar adecuadamente.

Quirúrgico

- Se realiza en un 90% de los casos en forma ambulatoria:
- Apicectomia y / o curetaje periapical o lateral
- Ambiente aséptico, quirófano especializado.
- Administración de anestesia local, troncular
- Incisión de acuerdo a técnica adecuada para levantar amplio colgajo mucoperiostico.
- Osteotomía u ostectomía de la zona con constante irrigación (suero fisiológico).
- Apicectomía
- Curetaje
- Limpieza del área quirúrgica.
- Lavado.
- Sutura.

Es muy importante que la pieza causante reciba el tratamiento endodóntico previo al tratamiento quirúrgico.

Complicaciones

Como consecuencia del trauma quirúrgico el paciente presentará

- Edema
- Dolor.
- Hemorragia.
- Abscesos.
- Residivas.

Criterios de Hospitalización

En casos de pacientes especiales y con problemas sistémicos se deberá hospitalizar al paciente para un mejor control aún realizándole la intervención con anestesia local y si es necesario se procederá a realizar bajo anestesia general.

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere.

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

A los cinco días de post operado para retiro de puntos.

En pacientes hospitalizados se deberá realizar un control permanente hasta su alta hospitalaria.

9.10.3. CANINOS RETENIDOS K01

Definición

Se denominan Impactados y/ o incluidos de acuerdo a la causa, teniendo en cuenta que la erupción cronológica es a los 12 años de edad, por lo tanto quedan dentro del hueso maxilar o mandibular, siendo los más frecuentes los superiores.

Etiología

- Falta de espacio.
- Extracciones prematuras de piezas deciduas.
- Falta de desarrollo de los maxilares.
- Malformaciones y síndromes congénitos.

Clasificación

De acuerdo a su localización:

- Retención palatina, o lingual.
- Retención Vestibular.
- Retención mixta o transversal.
- Retención inusual o insólita
- Maxilares dentados.
- Maxilares desdentados.
- Retención unilateral.
- Retención bilateral.

Manifestaciones Clínicas

- Asintomáticos
- Formación de quistes y tumores en la época de erupción activa,
- Cefaleas, canicie, caída del cabello, aunque no está comprobada
- Odontalgias por compresión a la pieza dentaria vecina, provocando rizoclasia con la consiguiente pérdida del soporte dentario.

Diagnóstico

Clínico
Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Quistes dentígeros.
Ameloblastomas.

Exámenes Complementarios

- Radiografía peripical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía orto-oclusal
- Excepcionalmente Tomografía axial computarizada.
- Exámenes de Laboratorio:
- Biometría hemática completa
- Glicemia
- Tiempo de coagulación, sangría y protrombina
- Examen general de orina y creatinina

En caso de anestesia general se deberá realizar valoración cardio-respiratoria

Tratamiento

No hay tratamiento odontológico general, salvo como complemento a la intervención quirúrgica.

Quirúrgico

Se realiza en un 90% de los casos en forma ambulatoria y bajo anestesia local, en un ambiente aséptico es decir en un quirófano especializado.

- Asepsia y antisepsia
- Administración de anestesia local.
- Incisión
- Colgajo mucoperióstico.
- Osteotomía u ostectomía con irrigación permanente.
- Odontosección (si el caso lo requiere)
- Exodoncia propiamente dicha
- Curetaje y limpieza
- Lavado
- Sutura

Complicaciones

- Edema palatino o lingual postoperatorio
- En casos de ubicación vestibular existirá edema importante en región vestibular y geniana, muchas veces con compromiso palpebral
- Dolor
- Infección
- Hemorragia.
- Quiste residual.
- Parestesia
- Comunicación con seno maxilar.

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere.

Criterios de Hospitalización

En casos de complicaciones de tipo sistémico, como ser alergias a los anestésicos locales, pacientes ansiosos, trastornos cardiológicos, etc. Los pacientes deberán ser internados en un centro hospitalario para un mejor control pre, trans y post

operatorio.

Criterios de Alta Médica

Resolución de la patología.

Control y Seguimiento

A los cinco días se retira los puntos, y posteriormente queda en observación hasta su total cicatrización.

9.10.4. PIEZAS DENTARIAS SUPERNUMERARIAS RETENIDAS KO1

Definición

Germen dentario dismórfico o eumórfico que excede el número normal de piezas dentarias en los maxilares. Suelen ir acompañados de un odontoma o de un quiste dentífero.

Etiología

- Aunque no está definida su etiología, se puede deber a:
- Factores hereditarios
- Hiperactividad de la lámina dentaria
- Dicotomía de los gérmenes dentarios
- Anomalías del desarrollo

Clasificación

De acuerdo a su forma:

- Diente suplementario
- Diente Cónico
- Diente Tuberculado

Manifestaciones Clínicas

Asintomáticos

Formación de quistes y tumores en la época de erupción activa

Cefaleas, canicie, caída del cabello, aunque no está comprobada

Odontalgias por compresión a la pieza dentaria vecina, provocando rizoclasia con la consiguiente pérdida del soporte dentario.

Diagnóstico

- Clínico
- Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

- Quistes dentíferos.
- Ameloblastomas.

Exámenes Complementarios

- Radiografía peripical.
- Radiografía panorámica.
- Radiografía orto-oclusal
- Excepcionalmente Tomografía axial computarizada.
- Exámenes de Laboratorio:
- Biometría hemática completa
- Glicemia

- Tiempo de coagulación, sangría y protrombina
- Examen general de orina y creatinina

En caso de anestesia general se deberá realizar valoración cardio-respiratoria

Tratamiento

No hay tratamiento odontológico general, salvo como complemento a la intervención quirúrgica.

Quirúrgico

Se realiza en un 90% de los casos en forma ambulatoria y bajo anestesia local, en un ambiente aséptico es decir en un quirófano especializado.

- Asepsia y antisepsia
- Administración de anestesia local.
- Incisión
- Colgajo mucoperióstico.
- Osteotomía u ostectomía con irrigación permanente.
- Odontosección (si el caso lo requiere)
- Exodoncia propiamente dicha
- Curetaje y limpieza
- Lavado
- Sutura

Complicaciones

- Edema importante en la zona vecina a la retención dentaria.
- Dolor
- Infección
- Hemorragia.
- Parestesia

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere.

Criterios de Hospitalización

En casos de complicaciones de tipo sistémico, como ser alergias a los anestésicos locales, pacientes ansiosos, trastornos cardiológicos, etc. Los pacientes deberán ser internados en un centro hospitalario para un mejor control pre, trans y post operatorio.

Criterios de Alta Médica

Resolución de la patología.

Control y Seguimiento

A los cinco días se retira los puntos, y posteriormente queda en observación hasta su total cicatrización.

9.10.4. ALVEOLITIS (OSTEITIS ALVEOLAR AGUDA) K10.3

Definición.

Infección alveolar post exodoncia dentaria causada por la desintegración del coagulo en

su alveolo dentario.

Etiología.

No Determinada ya que se puede presentar aun que se realice una técnica perfecta y una asepsia excelente y cualquiera sea la capacidad del Odontólogo.

Clasificación.

Alveolitis seca

Alveolitis húmeda

Manifestaciones Clínicas.

Dolor profundo pulsátil e irradiado

Fetidez (halitosis)

Aumento de dolor a la exploración

Malestar general

No suele haber supuración.

Diagnostico Diferencial Osteomielitis.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Radiográfico.

TRATAMIENTO

Encaminado a aliviar el dolor

Administración de anestesia local

Curetaje y limpieza prolija del alveolo

Lavado con suero fisiológico

Estimulación del sangrado del alveolo

Aplicación de Yodoformo (pasta Yodo formada)

Sutura

Antibiótico terapia si el caso lo requiere

Analgésicos.

COMPLICACIONES

Celulitis
Infección generalizada
Impotencia funcional
Trismos

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

No Requiere

CRITERIOS DE REFERENCIA

Si el caso lo requiere referencia a Cirugía Maxilo Facial.

CRITERIOS DE ALTA.

Resolución de la Patología.

CONTROL Y SEGUIMIENTO.

Se deberá controlar en forma periódica al paciente, a los 5 días para el correspondiente retiro de puntos y posteriores controles para dar alta odontología.

9.10.5. SUBLUXACION RECIDIVANTE DE ATM K07.6

Definición

Desplazamiento del cóndilo mandibular fuera de los límites anatómicos de la Articulación temporo-mandibular, por extraordinaria laxitud de los elementos de conexión y contención (cápsula, ligamentos, músculos) y que retorna espontáneamente o por un movimiento del paciente a la cavidad glenoidea.

Etiología

- Aparato estomatognatico inestable
- Traumatismos
- Apertura bucal exagerada
- Apertura forzada
- Excesivo tiempo de apertura bucal en un tratamiento prolongado (endodoncia, exodoncias)
- Desdentados totales (edad)
- Posterior a una intervención quirúrgica con anestesia general e intubación oro o naso traqueal.

Clasificación

- Unilaterales
- Bilaterales

Manifestaciones Clínicas

- Hiper movilidad mandibular

- Apertura bucal exagerada,
- Chasquido
- Si es unilateral desviación en el movimiento de apertura
- Asintomático de inicio, posteriormente puede presentar dolor

Diagnóstico

Clínico
Radiográfico

Diagnostico Diferencial

Fracturas de cóndilo uni o bilateral.

Exámenes Complementarios

Radiografía de Schuller seriada,
Tomografía axial computarizada.
Resonancia magnética.

Tratamiento Odontológico general:

- Reposo relativo por cuatro semanas
- Dieta blanda y/o líquida
- Auto control para evitar aperturas bucales exageradas de cualquier tipo
- Si existe mucho dolor en la primera semana se prescribirá antiinflamatorios.

Quirúrgico

Reposo Absoluto (fijación intermaxilar con alambres, previa colocación de arcos peine o férulas de Erick en la arcada dentaria superior e inferior, fijadas a los dientes con alambre de acero inoxidable para posterior unión de ambos con fijación rígida), esto se realiza en forma ambulatoria y con anestesia local, manteniendo al paciente con la boca cerrada por tres a cuatro semanas y con dieta estrictamente líquida hiperproteica e hipercalórica.

Si persistiera el problema se puede recurrir al tratamiento quirúrgico abierto, con abordaje a la A.T.M. por vía extraoral (Incisión preauricular) para realizar diferentes técnicas que van a reducir el tamaño de la cápsula interarticular (Capsulorrafía), o realizar una osteotomía en el cóndilo del temporal (Técnica de Myrhaug) o colocar un tope anterior con un injerto (Técnica de Ginestet) y también hay técnicas extra-articulares como la mioplastia maseterina que consiste en provocar una fibrosis del músculo maseterino por vía intrabucal, todo esto se realiza bajo anestesia general y hospitalización del paciente.

Terapéutico

Antibióticos y analgésicos según requerimiento.

Complicaciones

Quirúrgicas:

- Parálisis facial,
- Edema postoperatorio,
- Hematoma
- Infección de la zona
- Hemorragia

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con otras especialidades, nutricionistas para un mejor manejo de la dieta blanda o líquida en algunos casos el requerimiento de Fisioterapeutas para complementar su tratamiento de rehabilitación.

Criterios de Hospitalización

Si el paciente va a ser sometido a intervención quirúrgica abierta, es necesaria la internación en centro hospitalario.

Criterios de alta Médica

Resolución de la patología.
Fase de mantenimiento.

Control y Seguimiento

Control semanal mientras dure el tratamiento de reposo relativo o absoluto
Quirúrgico el seguimiento será permanente hasta su alta hospitalaria, para posteriores controles clínico-radiográficos hasta su total recuperación.

9.10.6. SINDROME DE DOLOR DISFUNCION DE LA ATM (DOLOR MIOFACIAL) KO7.6

Definición

Caracterizado principalmente por “dolor”, a nivel articular y muscular, es mas frecuente en la mujer, raro en niños y jóvenes.

Etiología

- Contactos oclusales prematuros
- Oclusiones sumamente trabadas
- Tensión
- Estrés
- Bruxismo nocturno

Clasificación

- Unilaterales
- Bilaterales.

Manifestaciones Clínicas

- Sintomático
- Dolor espontáneo y a la palpación en músculos masticadores
- Chasquido articular
- Dolor exacerbado a la tensión y estrés.
- Dolor matutino cuando hay bruxismo
- Dolor irradiado a la masa muscular cervico postero superior.
- El dolor puede ocasionar migrañas.

Diagnóstico

- Clínico
- Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Patologías sistémicas que puedan también afectar las articulaciones, como la artritis aguda y artritis reumatoide crónica

Exámenes Complementarios

Radiografía de Schuller seriada

Tratamiento Odontológico

- Según la lesión y estado emocional del paciente recetar miorelajantes y ansiolíticos
- Rehabilitaciones oclusales.
- Placas miorelajantes
- Psicoterapia
- Fisioterapia.
- Desgaste selectivo en puntos de contacto prematuros de acuerdo al caso.

Quirúrgico

Condilectomía apical con abordaje preauricular y osteotomía de la parte superior del cóndilo mandibular o la reposición del menisco articular con tracción y sutura posterior del mismo.

Complicaciones

- Hemorragia
- Infecciones
- Neurológicas (parálisis facial)

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con otras especialidades, nutricionistas para un mejor manejo de la dieta blanda o líquida, en algunos casos el requerimiento Psicológico y Fisioterapéutico para complementar su tratamiento de rehabilitación.

Criterios de Hospitalización

Siempre que el tratamiento sea quirúrgico y bajo anestesia general el paciente debe ser hospitalizado para un adecuado control pre, trans y postoperatorio.

Criterios de Alta Médica

Resolución de la patología.
Fase de mantenimiento

Control y Seguimiento

Todos los pacientes requieren de un control programado en forma semanal observando la evolución del paciente y si es necesario modificando el esquema terapéutico.

9.10.7. MUCOCELE Y RÁNULA K 11.6

Definición

Mucocele: Quiste circunscrito y redondeado, causado por la retención o acumulación anormal de la secreción mucosa de una glándula salival menor.

Ránula: Formación similar, su tamaño puede llegar hasta 4 cm de diámetro se encuentra relacionada con la glándula sublingual.

Etiología

Obstrucción del conducto excretor generalmente de origen traumático (masticatorio).

Clasificación

No se considera para fines normativos

Manifestaciones Clínicas

Mucocele:

- Asintomático
- aumento de volumen circunscrito y redondeado (Menor a 12 mm.)
- localización submucosa
- la coloración rosa, azulada o rojiza determina la profundidad.
- Un traumatismo accidental o en forma espontánea puede vaciar el contenido líquido (viscoso, pegajoso y filante) recidivando a las pocas semanas.
- De preferencia se localiza en el labio inferior, luego en la cara interna del carrillo, zona ventral de la lengua, etc. Es decir donde se encuentran glándulas salivales menores.

Ránula:

- Sintomática
- Ubicada en el piso de la boca
- Tumefacción unilateral
- Por su tamaño puede causar molestias en la deglución, masticación y fonación.
- Color azulado transparente
- fluctuante al tacto e indolora
- Un traumatismo accidental o en forma espontánea puede vaciar el contenido líquido (viscoso, pegajoso y filante) recidivando a las pocas semanas.

Diagnóstico

Clínico
Ecografía.

Diagnóstico Diferencial

Traumatismos labiales.
Ulceras y ampollas.
Carcinoma epidermoide labial y de piso bucal.

Exámenes Complementarios

De laboratorio

Biometría hemática completa
Glicemia
Tiempo de coagulación, sangría y protrombina

Si se realizara con anestesia general se deberá complementar con:

Examen general de orina y creatinina.
Valoración cardio-respiratoria.
Otros exámenes de acuerdo a criterio clínico.

Tratamiento Quirúrgico

- Se la realiza en forma ambulatoria con:
- Anestesia local infiltrativa
- Incisión de la mucosa que cubre al quiste en forma elíptica y por disección roma se realiza la total enucleación del quiste incluyendo en la cápsula algunas glándulas salivales menores vecinas al mismo.
- Sutura con seda 3/0 con aguja atraumática.

En la rínula se intentará la enucleación pero resulta más difícil por el grosor de la membrana quística, por lo que generalmente se realiza la técnica de la marsupialización que consiste en la eliminación del techo quístico para luego suturar la membrana quística a la mucosa del piso bucal para la cicatrización por segunda intención y se realice la metaplasia de la membrana.

Complicaciones

Dolor postoperatorio
Edema de la zona intervenida
Hemorragia
Infección

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere.

Criterios de Hospitalización

En caso de requerir anestesia general por patología sistémica u otras manifestaciones clínicas.

Criterios de Alta Médica

Resolución de la patología.

Control y Seguimiento

Control periódico, a los cinco días se retiran los puntos, observación hasta total cicatrización.

9.10.8. PAPILOMA K 13.6

Definición

Tumor benigno de origen epitelial que asienta en la mucosa bucal.

Etiología

Desconocida pero asociada a traumas de la región.

Clasificación

No se considera para fines normativos.

Manifestaciones Clínicas

Asintomático
Aspecto exofítico y corrugado
De pequeñas dimensiones pudiendo alcanzar a 10 mm de diámetro

Sésiles o pediculados
Únicos o múltiples

Diagnóstico

Clínico

Diagnóstico Diferencial

Leucoplasia verrugosa.
Carcinoma verrugoso.
Verruga vulgaris

Exámenes Complementarios

- Exámenes de laboratorio
- Biometría hemática completa
- Glicemia
- Tiempo de coagulación, sangría y protrombina
- Si se realizara con anestesia general se deberá complementar con:
- Examen general de orina y creatinina.
- Valoración cardio-respiratoria.
- Otros exámenes de acuerdo a criterio clínico.
- Histopatológico obligatorio de la resección realizada.

Tratamiento Quirúrgico

Anestesia local infiltrativa
exéresis quirúrgica facilitada por el pedículo y superficialidad del tumor.
Sutura

Complicaciones

Discreto edema de la zona
Dolor
Hemorragia
Infección

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere.

Criterios de Hospitalización

En caso de requerir anestesia general por patología sistémica u otras manifestaciones clínicas.

Criterios de Alta Médica

Resolución de la patología.

Control y Seguimiento

Control periódico, a los cinco días se retiran los puntos, observación hasta total cicatrización.

9.10.9. FRACTURAS DENTARIAS K 08.0

Definición

Solución de continuidad a cualquier nivel de la anatomía dentaria como consecuencia de un

traumatismo y su repercusión en los tejidos de soporte.

Etiología

Traumatismo directo o indirecto, agudo o crónico

Clasificación

De acuerdo al compromiso anatómico pueden clasificarse en:

Fractura de Corona

Esmalte

Esmalte y dentina

Esmalte y dentina con compromiso pulpar

Esmalte, dentina y cemento sin compromiso pulpar

Esmalte, dentina y cemento con compromiso pulpar.

Fractura radicular: , cemento, dentina y pulpa

Tejidos periodontales

Subluxación dentaria

Luxación extrusiva, intrusiva y lateral

Avulsión completa

Tejidos de soporte

Fractura de hueso alveolar

Manifestaciones Clínicas

Fracturas coronarias:

Fractura de esmalte

Asintomática

Fractura de esmalte y dentina

Sintomática

Dolor a cambios térmicos

Fractura de esmalte y dentina con compromiso pulpar

Sintomática

Dolor a cualquier presión que desplazan los cabos de fractura

Dolor a cambios térmicos y percusión

Fractura de esmalte dentina y cemento sin compromiso pulpar

Sintomática

Dolor a cambios térmicos

Fractura de esmalte dentina y cemento con compromiso pulpar

Sintomática

Dolor a cualquier presión que desplazan los cabos de fractura

Dolor a cambios térmicos y percusión

Fracturas radicales

Sintomática

Dolor a la presión y percusión

En algunos casos edema gingival y desplazamiento de fragmentos

Tejidos periodontales

Sintomática

Dolor a la presión y percusión

Edema gingival y desplazamiento de pieza dentaria

Fracturas dentoalveolares

Sintomática

Dolor a la presión y percusión

Hemorragia
Desplazamiento de fragmento hacia palatino lingual o vestibular
Pérdida de la oclusión dentaria
Edema
Impotencia masticatoria.

Exámenes Complementarios

Radiografías periapicales.
Radiografía panorámica.
Radiografía oclusal.
Exámenes de laboratorio
 Biometría hemática completa
 Glicemia
 Tiempo de coagulación, sangría y protrombina
yaSi se realizara con anestesia general se deberá complementar con:

Examen general de orina y creatinina.
Valoración cardio-respiratoria.

Diagnóstico Diferencial

Especialmente con problemas de paradontosis.

Tratamiento Odontológico

Fracturas coronarias:
Fractura de esmalte
 Restauración (resina auto o fotocurable)
Fractura de esmalte y dentina
 Protección pulpar indirecta
 Restauración (resina auto o fotocurable).
Fractura de esmalte y dentina con compromiso pulpar
 Considerar edad del órgano dentario y tiempo de exposición
 Protección pulpar directa, pulpotomía parcial o pulpectomía
 dependiendo del caso.
 Restauración *
Fractura de esmalte dentina y cemento sin compromiso pulpar
 Protección pulpar indirecta
 Restauración (resina auto o fotocurable).
Fractura de esmalte dentina y cemento con compromiso pulpar
 Considerar edad del órgano dentario y tiempo de exposición
 Protección pulpar directa, pulpotomía parcial, pulpectomía o
 exodoncia dependiendo del caso.
 Restauración *
Fracturas radiculares
 Endodoncia o exodoncia dependiendo del caso.

Quirúrgico

Fracturas radiculares
 Fijación de la pieza dentaria con férula de alambre, acrílico o de
 resina por aproximadamente 45 días
Tejidos periodontales
 Fijación de la pieza dentaria con férula de alambre, acrílico o de

resina por aproximadamente 45 días.

Fracturas dentoalveolares

Reducción y fijación con anestesia local o general.

La reducción se la realiza digitalmente hasta llegar al lugar original del o los fragmentos, para luego fijarlo con férulas de alambre, acrílico o resinas a las piezas vecinas que están firmes, teniendo especial cuidado en devolver completamente la oclusión dentaria, estas se deberán mantener por 45 días para luego retirar las férulas y observar la consolidación de la fractura.

Similar tratamiento se realizan con las piezas dentarias luxadas (extruídas o intruídas) o avulsionadas que pueden ser reimplantadas si se conservan adecuadamente y en el menor tiempo transcurrido de la pérdida dentaria.

Complicaciones

Procesos infecciosos

Hemorragias

Cambios de coloración de las piezas dentarias

Pérdida de la oclusión.

Pérdida definitiva de la pieza dentaria

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Endodoncia, Cirugía Maxilofacial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere.

Criterio de Hospitalización

En casos de lesiones severas, además asociadas a otras lesiones de los maxilares o craneales, deberán ser hospitalizados para su control y tratamiento.

Criterios de Alta Médica

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Es necesario un control permanente del paciente para evitar desplazamientos de las fracturas tanto clínica como radiográficamente, hasta retirar las férulas y constatar la correcta consolidación.

9.11. ATRICIÓN K 03.0

Definición

Desgaste fisiológico de un diente como resultado del contacto diente a diente, como es el caso de la masticación

Etiología

Asociado con el proceso de envejecimiento, aparece en el momento en que se presenta el contacto o la oclusión entre los dientes.

Clasificación

No existe para fines normativos

Manifestaciones Clínicas

Aparición de una pequeña faceta pulida localizada en la punta de una cúspide, el reborde o un

ligero aplanamiento de un borde incisal

Acortamiento de la longitud del diámetro mesio distal de los dientes por atrición proximal.

En la atrición avanzada se produce una coloración extrínseca amarilla o parda de la dentina expuesta al medio

Puede avanzar hasta que haya pérdida completa de la ínter digitación cuspídea, en algunos casos los dientes pueden desgastarse hasta la encía, lo que es poco usual.

La exposición de los túbulos dentinarios con la consecuente irritación de los procesos odontoblásticos estimula la formación de dentina secundaria.

Diagnóstico

Clínico

Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Abrasión

Exámenes Complementarios

Radiográfico

Tratamiento

Odontológico

Restauración si el caso lo amerita.

Complicaciones

Ninguna

Criterios de Referencia

Ninguna

Control y Seguimiento

Cada 6 meses.

9.12. ABRASIÓN K 03.1

Definición

Desgaste patológico de la sustancia dental que se produce por procesos mecánicos anormales. Pudiendo presentarse con mayor frecuencia a nivel cervical y en otras superficies.

Etiología

Traumática :

Técnica inadecuada de cepillado dental

Hábitos perniciosos

Hábitos ocupacionales

Clasificación

No existe para fines normativos

Manifestaciones Clínicas

Abrasión por técnica inadecuada de cepillado dental.-

Ranura en forma de V o de canal sobre el lado radicular en la unión cemento esmalte de los dientes con alguna recesión gingival

la dentina expuesta aparece ligeramente pulida

Por hábitos perniciosos o hábitos ocupacionales.-

Ranura en el borde incisal en uno de los incisivos centrales.(Zapateros, sastres, etc)

Ranura en forma de vástago de pipa (fumadores)

Ranuras interproximales (palillos, hilo dental, etc)

La exposición de los túbulos dentinarios con la consecuente irritación de los procesos odontoblásticos estimula la formación de dentina secundaria.

Diagnóstico

Clínico

Diagnóstico Diferencial

Abfracción

Atrición

Exámenes Complementarios

Ninguno

Tratamiento

Medidas generales

Educación en la técnica de cepillado.

Tipo de cepillo

Tipo de pasta dental

Modificación de hábitos

Medidas específicas

Obturaciones plásticas flexibles que no tiendan a fracturarse

Complicaciones

Caries

Pulpitis

Necrosis

Fractura dental

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Cada 3 meses

9.13. EROSIÓN K 03.2

Definición

Pérdida de sustancia dental por un proceso químico que no implica una acción bacteriana conocida.

Etiología

Es química por acidosis local.

Es el resultado de descalcificación progresiva de los tejidos dentarios, en

superficies linguales en dientes antero inferiores pudiendo mostrar una pérdida completa del esmalte a través de la disolución por el ácido clorhídrico gástrico por vómitos crónicos.

Ingesta de gran cantidad de bebidas carbonatadas o altamente ácidas.

Bulimia y Anorexia nerviosa

Ocupacional.- Se presenta en trabajadores que usan ácidos para plateado, galvanizado, desoxidación, fabricación de baterías y limpiadores sanitarios.

Clasificación

Morfológica:

En Fosa.- en forma de pequeñas depresiones o fosas.

En Surco.-Resultantes del alargamiento y fusión de fosas.

En escalera.- cuando los surcos se presentan en número de 2 o mas paralelos al borde incisal.

En superficie.- abarcando toda la superficie coronal Ej: Diente de Hutchinson Atípicas.

Manifestaciones Clínicas

Asintomática

Depresión en forma de cucharón, poco profunda, amplia y lisa que se encuentra sobre la superficie del esmalte adyacente a la unión cemento esmalte.

Lesiones variables según tamaño y forma,

Afectan a varios dientes

Consistencia yesosa pudiendo llegar hasta dentina.

Diagnóstico

Clínico

Radiográfico si el caso lo requiere.

Diagnostico Diferencial

Amelogénesis imperfecta

Abfracción

Se debe tener en cuenta que las erosiones son inconfundibles por su multiplicidad y simetría, su existencia desde la erupción del diente es signo patognomónico.

Exámenes Complementarios

Radiografía periapical

Tratamiento

Restauración

Complicaciones

Que afecte a toda la estructura de la corona y se generalice.

Criterio de Hospitalización Criterios de Referencia

Ninguno

Ninguno

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento Cada 3 meses.

9.14. AFRACCIÓN K 039

Definición

Pérdida de sustancia dental por trauma de oclusión al nivel de unión cemento esmalte, dicha lesión es localizada por punto de contacto prematuro.

Etiología

Trauma oclusal

Clasificación

Ninguna

Manifestaciones Clínicas

Se presenta la lesión a nivel de la unión cemento esmalte en forma de cuña. Lesión localizada, la dentina se observa lisa, brillante y de apariencia pulida.
Hipersensibilidad.
Retracción gingival
Reabsorción ósea

Diagnóstico

Clínico
Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Abrasión

Exámenes Complementarios

Radiográfico

Tratamiento

Análisis de Oclusión
Ajuste oclusal
Obturación con materiales plásticos como los ionómeros fotopolimerizables o resinas híbridas.
Placas miorrelajantes*

Complicaciones

Pulpitis
Necrosis
Fractura

Criterios de Referencia

Ninguno

Criterio de Hospitalización

Ninguno

Criterios de Alta

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Cada 3 meses.

9.15. HIPERCEMENTOSIS Ó HIPERPLASIA DEL CEMENTO K 03.4

Definición

Cambio regresivo de los dientes, caracterizado por el depósito de cantidades excesivas de cemento secundario, sobre las superficies radiculares, afectando casi a toda el área radicular aunque en algunas ocasiones la formación de cemento es focal, presentándose habitualmente solo en el ápice de un diente.

Etiología

- Elongación acelerada de un diente
- Inflamación alrededor de un diente.
- Reparación dental.
- Osteitis deformante, o enfermedad ósea de Paget.
- Idiopática generalizada o localizada

Clasificación

Ninguna

Manifestaciones Clínicas

- Asintomática
- Hallazgo radiográfico causal

Diagnóstico

Radiográfico

Diagnóstico Diferencial

Cementosis.
Cementoma.

Exámenes Complementarios

Radiografía periapical

Tratamiento

En caso de exodoncia de piezas con hipercementosis se debe realizar osteotomía para no producir gran pérdida de tejido óseo.

Complicaciones

Fractura de tabla ósea.
Fractura radicular.
Hemorragia
Comunicación sinusal
Edema
Infecciones

Criterios de Referencia

Transferencia a la especialidad de Cirugía Maxilofacial e interconsulta con otras especialidades si el caso lo requiere.

Criterio de Hospitalización

Ninguno

Criterios de Alta Médica

Resolución de la patología

Control y Seguimiento

Control post quirúrgico hasta cicatrización total

9.17. ANOMALÍAS DE NÚMERO

9.17.1. ANODONCIA K 00.0

Definición

Ausencia total de los dientes, esta anomalía es rara, su existencia esta relacionada con trastornos generales del ectodermo, como la displasia ectodérmica, que va acompañada de la alteración de otras estructuras, como pelos, uñas, glándulas sudoríparas, sebáceas, etc.

Etiología

Se atribuye como causa, a razones genéticas de carácter autosómico dominante o recesivo ligado al sexo.

9.17.2. ANODONCIA PARCIAL, HIPODONCIA, OLIGODONCIA

Definición

Se refiere a la ausencia parcial de los dientes por agenesia, razón por la que es denominada agenesia parcial verdadera, y la ausencia parcial de los dientes por pérdida o falta de erupción, anodoncia parcial falsa.

La anodoncia parcial verdadera puede presentarse como componente clínico de algunas enfermedades generales, como el síndrome de Rieger, consistente en la microdoncia, oligodoncia y afecciones oculares como la hipoplasia iridial.

9.17.3. DIENTES SUPER NUMERARIOS K 00.1

Definición

La hiperdoncia se refiere a la formación de mayor número de dientes que lo normal, más de 20 en la dentición temporaria y más de 32 en la dentición permanente.

A la demasia de los dientes se conoce como dientes supernumerarios o accesorios, cuando estos dientes tienen la misma configuración anatómica que los dientes normales se llaman **eumórficos**, como ejemplo de este grupo podemos indicar el **distomolar**, que se sitúa

generalmente detrás del tercer molar, el **paramolar**, situado por vestibular o palatino del espacio interdental del primer y segundo molar y ocasionalmente entre el segundo y tercer molar superiores

Cuando los dientes supernumerarios difieren en forma y tamaño de los dientes normales, se denominan **heteromórficos**, como ejemplo indiquemos al **mesiodent**, diente de forma conoide y tamaño reducido, situado generalmente entre los dos incisivos centrales superiores; este diente puede estar erupcionado o retenido. Cuando está erupcionado se sitúa entre los incisivos centrales a manera de una cuña, afectando a la armonía estética y oclusal de la arcada dentaria.

Cuando está retenido ocupa la estructura ósea alveolar del espacio interradicular de los incisivos mencionados, externamente esta retención se manifiesta por la presencia de diastema, además puede ser causa de la reabsorción radicular o rizolisis de los dientes adyacentes.

Esta forma de anomalía puede estar acompañada de otros dientes retenidos en otras zonas de los maxilares y estar ligado a manifestaciones patológicas de carácter sistémico, como el síndrome de Gardner, cuyo cuadro clínico está constituido por hiperdoncia y dientes retenidos, junto a la formación de osteomas en los huesos maxilares, presencia de pólipos intestinales, quistes y fibroma en la piel.

La presencia de dientes supernumerarios a veces suele ser equívocamente como parte de una tercera dentición tal posibilidad no es cierta.

9.18. ANOMALÍAS DE FORMA K 002

9.18.1. FUSION Y CONCRESCENCIA

Estas anomalías tienen mucha semejanza macroscópica, por que se presentan como dos dientes unidos; al examen microscópico se diferencian en:

Fusión: dientes unidos por la dentina y el cemento

Concrescencia: dientes unidos solo por el cemento, en ambos casos se mantiene la individualidad de la cámara pulpar.

9.18.2. GEMINACIÓN

Consiste en la división anormal del germen dentario (Esquizodoncia) afectando principalmente a la parte coronaria.

Clínicamente éstos dientes presentan una o varias coronas accesorias, o dos coronas simétricamente conformadas y unidas por la raíz (Gemelación), la pulpa dentaria generalmente es única en la porción radicular y dividida en la porción coronaria.

La causa de esta anomalía no esta bien determinada, posiblemente tenga influencia genética u otras causas locales que estimulan la división del germen dentario en los primeros estadios de la odontogénesis.

9.18.3. DILACERACIÓN

Los afectados por esa anomalía se caracterizan por el cambio anormal de la dirección del eje del diente, especialmente en la porción radicular, adoptando formas variadas, angulación apical, curvatura apical, raíz en bayoneta, etc. Esta anomalía afecta más a los dientes de formación tardía y erupción retardada.

Como posibles causas se pueden indicar la falta de espacio por permanencia anormal del diente temporario, factores traumáticos e inflamatorios que alteran la consistencia ósea, impidiendo la expansión apical del diente durante el desarrollo radicular o mal posición del germen dentario por causas de diferente índole.

Esta anomalía puede estar ocasionada por la falta de espacio, o la acción de alguna fuerza que haya unido dos gérmenes dentarios, o también puede estar relacionado con el origen de los dientes supernumerarios.

9.18.4. DENS IN DENT Y DENS IN VAGINATUS

Dens in dent significa diente dentro de otro diente, se refiere a la formación de un esbozo dentario dentro la estructura interna de un diente, que puede estar exteriorizando parcialmente haciéndose observable macroscópicamente.

Esta malformación posiblemente sea el resultado de un intento de división del germen dentario en las primeras etapas de diferenciación celular ameloblástica y odontoblástica.

Radiográficamente se observa como la imagen de una pequeña pieza dentaria superpuesta sobre otra de mayor tamaño dent in vaginatus (Diente invaginado). Se refiere a la invaginación del esmalte, cemento o dentina hacia las estructura profundas, llegan en muchos casos hasta las cercanías de la cámara pulpar en forma de fondo de saco, esta invaginación puede situarse en la corona o en la raíz.

Radiográficamente esta anomalía se observa como un pequeño halo radiopaco adyacente a la radiopacidad del esmalte proyectado hacia el fondo del diente.

Como posible causa se sugiere la proliferación activa del epitelio odontogénico en un área circunscrita, que luego se enclavaría en el interior de la papila dentaria, se cree que en algún punto de la papila existiría retraso de crecimiento celular, determinando la formación de un fondo de saco.

9.18.5. TAURODONTISMO

El taurodontismo se presenta en algunos dientes que adquieren la forma de astas del toro al nivel de cámara, afecta principalmente a los molares inferiores, se caracteriza por tener una estructura radicular amplia y única, con una pequeña división divergente en la porción apical a manera de las patas de un taburete, ésta configuración radicular se debe el alargamiento anormal de la cámara pulpar a expensas de la estructura radicular.

Las causas han sido explicadas bajo diferentes concepciones, unos atribuyen a la tardía y defectuosa invaginación de la vaina de Hertwing, otros autores relacionan con una manifestación atávica, ya que esta forma de dientes ha sido encontrada en los hombres de Neandertal.

Radiográficamente se observa la cámara pulpar amplia y alargada.

9.18.6. TUBÉRCULOS ACCESORIOS

Los tubérculos accesorios son una especie de cúspides anormalmente desarrollados en la cara vestibular o palatina de los dientes posteriores, suele presentarse en la cara palatina de los incisivos laterales superiores. El tubérculo situado en la cara palatina de los primeros molares superiores es conocido como el tubérculo de Carabelli, a cuyo origen se le atribuye razones genéticas de tipo autosómico dominante.

9.18.7. PERLAS DEL ESMALTE

Las perlas del esmalte son pequeñas concreciones de tejido adamantino, generalmente de forma redondeada u oval, situados en la zona interradicular o en cualquier punto de las raíces. Cuando estas perlas se ubican en las regiones cercanas a las furcas pueden desencadenar inflamación periodontal y gingival, en cuyo caso será necesario su eliminación.

9.18.8. HIPOPLASIA DEL ESMALTE

Consiste en la deficiente conformación de la matriz orgánica del esmalte, tanto en estructura como en volumen.

Clínicamente los dientes afectados son pequeños, mal conformados y de contornos irregulares, entre estos existen amplios diastemas; contrariamente la dureza y el aspecto brillante del esmalte se mantienen inalterados porque la mineralización es normal.

Radiográficamente no se observa la radiopacidad del esmalte normal.

Se conoce numerosas variedades clínicas indicaremos cuatro formas:

- Hipoplasia delgada y lisa.
- Hipoplasia delgada y áspera
- Hipoplasia con fisuras
- Hipoplasia localizada.

Hipoplasia delgada y lisa. En esta anomalía el espesor del esmalte está disminuida por la escasez de la matriz orgánica, la superficie se observa lisa por ausencia de los detalles anatómicos normales.

Hipoplasia delgada y áspera. Hay poca formación de la matriz orgánica y conformación irregular de la superficie externa.

Hipoplasia con fisuras. La superficie del esmalte está surcada de pequeñas fisuras y el espesor se mantiene normal.

Hipoplasia localizada. Anomalía que afecta solamente algunas zonas del diente de acuerdo a la época y duración del factor causal.

9.18.9. ODONTODISPLASIA (ODONTOGENESIS IMPERFECTA O DIENTES FANTASMAS)

Consiste en el desarrollo deficiente de todos los componentes estructurales del diente.

Radiográficamente las estructuras dentarias se ven anormalmente radiolúcidas a excepción de una delgada capa de esmalte y dentina que se observa como una línea radio opaca en la periferia de la corona del diente, aparentando la silueta de un fantasma, por lo cual se denomina también diente fantasma.

El aspecto histológico más característico es la presencia de una gruesa capa de predentina por debajo de una delgada capa de dentina madura mal organizada, presencia irregular de pequeños cuerpos calcificados en la superficie del esmalte.

9.19. ANOMALÍAS DE VOLUMEN. K 00.2

9.19.1. GIGANTISMO O MACRODONTISMO

Se llama así al aumento exagerado del tamaño de los dientes, pudiendo estar aumentado todo el diente o solamente la corona o la raíz, en el primer caso se denomina gigantismo total y en el segundo caso gigantismo parcial, coronario o radicular.

Esta anomalía puede afectar a la totalidad de los dientes como en el gigantismo hipofisiario o en forma parcial en determinados dientes como los incisivos centrales superiores, caninos superiores y terceros molares, obedeciendo a factores hereditarios o como resultado de una manifestación de regresión atávica.

9.19.2. ENANISMO O MICRODONTISMO

Se caracteriza por el tamaño reducido de los dientes, anomalía que puede afectar a la totalidad de ambas denticiones, como en el enanismo hipofisiario, donde los dientes son pequeños, pero de forma y estructura normales con plena armonía oclusal, denominándose microdoncia generalizada verdadera.

En otros casos la microdoncia se manifiesta en forma parcial afectando principalmente los dientes distales de cada grupo, como el incisivo lateral, segundo premolar y el tercer molar, especialmente en la arcada superior, cuyas causas radican en factores hereditarios

9.19.3. DIENTES MOTEADOS_K 00.3 FLUOROSIS DENTAL

La fluorosis dental es la hipomineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad. Se debe a una excesiva ingesta de flúor durante el desarrollo del esmalte antes de erupción.

La fluorosis dental presenta una relación dosis-respuesta.

Fluorosis dental leve: hay estrías o líneas a través de la superficie del diente.

En la fluorosis dental moderada: los dientes son altamente resistentes a las caries dental pero tienen manchas blancas opacas.

En la fluorosis dental severa: el esmalte es quebradizo y tiene manchas marrones.

9.19.4. ALTERACIONES DE LA FORMACIÓN DENTARIA K 00.4 DISPLASÍA CEMENTARÍA

Consiste principalmente en la escasa formación de cemento y la deficiente inserción de las fibras periodontales, con la consiguiente inestabilidad de la fijación dentaria.

Los dientes están móviles y propensos a la mala posición, esta anomalía ha sido identificada en la periodontitis juvenil.

9.20. ANOMALÍAS DE POSICIÓN KO7.3

Definición

Es una condición dental que involucra mala alineación de los dientes en los maxilares, existe este problema cuando al cerrar la boca los dientes no ocluyen adecuadamente.

Etiología

Podría ser hereditaria o adquirida

Hereditaria.- cuando los maxilares son pequeños para alojar dientes grandes, produciendo apiñamiento por falta de espacio. Ej. cuando el padre tiene los dientes grandes y la madre los maxilares pequeños predisponiendo en el hijo anomalías de posición.

Adquirido. - Por hábitos que predisponen a la mal posición, tendríamos:

Perdida prematura de los órganos dentarios.

Succión de los dedos.

Morderse las uñas o el labio.

Obstrucción nasal, es un respirador bucal que predispone a la mordida cruzada.

Por trauma

Clasificación

Tipos de mal oclusión:

Clase I.- mordida normal pero con dientes apiñados, se observa cuando los maxilares están bien alineados pero los dientes no ocluyen adecuadamente, pueden haber dientes demasiado grandes o pequeños para los maxilares, lo que dificulta la masticación, facilita la aparición de caries y enfermedad gingival y a veces afecta la apariencia personal.

Clase II.- llamada también retrognatismo o sobre mordida, ocurre cuando el maxilar superior crece más de lo normal y la mandíbula no ha crecido suficientemente y los dientes superiores se sobrepone excesivamente.

Clase III.- llamada también prognatismo o mordida invertida, es cuando la mandíbula sobresale hacia delante y los dientes inferiores se extienden por encima de los dientes superiores.

Manifestaciones clínicas

La mal posición predispone a:

Caries dental.

Problemas periodontales.

Dificultad en la masticación.

Dificulta la fonación correcta.

Dificulta la correcta higiene

Disfunción de A.T.M.

Diagnóstico

Clínico

Radiográfico.

Cefalométrico.

Diagnostico Diferencial

Dientes supernumerarios.

Determinar si el problema es óseo, dental o afecta a los dos.

Exámenes Complementarios

Fotografías.

Modelos de Estudio

Radiografía Panorámica y Lateral.

Tratamiento

El objetivo es corregir la posición de los dientes mediante aparatos de ortodoncia u ortopedia.

Quirúrgico

Cirugía Ortognatica.

9.21. FARMACOLOGIA ODONTOLOGICA

9.21.1. ANTIMICROBIANOS

Penicilina sódica: Adulto: I.M., I.V.: 1.000.0000 a 5.000.000 U.I. cada 4 a 6 horas.
Lactantes y niños mayores: 25.000 a 50.000 U.I./kg. peso/día,
fraccionada cada 4 ó 6 horas.
Duración del tratamiento: 7 días a 4 semanas.

Amoxicilina: Adulto P.O.:250 a 500 mg. cada 8 horas.
Niños P.O.: 20 - 40 mg/kg. peso/día, fraccionada cada 8 horas.
Duración del tratamiento: 7 a 14 días.
Presentación: Comprimidos de 500 mg. ,Suspensión de 250 mg.

Amoxicilina + IBL: Adulto P.O.: 250/62.5 mg - 500/125 mg cada 8 horas.
Niños: Ver dosis amoxicilina.
Duración del tratamiento: 7 a 14 días.
Presentación: Comprimidos de 500/125 mg., suspensión de 50/62.5 Mg.

Eritromicina: Adulto P.O.: 250 a 500 mg. cada 6 horas.
Niños P.O.: 30 - 50 mg/kg. peso/día, fraccionada cada 6 horas.
Duración del tratamiento: 10 a 14 días.

Gentamicina: Adulto I.M., I.V.: 3 - 5 mg/kg. peso/día, fraccionada cada 8 horas.
Niño I.M., I.V.: 2.5 - 7.5 mg/kg. peso/día, fraccionada cada 8 horas.
Duración del tratamiento: 7 a 10 días.

Metronizadol: Adulto P.O.: 500 mg. cada 8 horas.
Niño P.O.: 35 - 50 mg/kg. peso/día, fraccionada cada 8 horas.
Duración del tratamiento: 5 a 10 días.

Ciprofloxacina: Adulto P.O.: 250 - 750 mg. cada 12 horas.
Niño: No recomendado.
Duración del tratamiento: 7 a 10 días.

9.21.2. ANTIINFLAMATORIOS

Diclofenaco : Adulto P.O.: 25 - 50 mg. 2 a 4 veces al día.
Niño P.O.: 1 - 3 mg/kg. peso/ día dividido en 3 a 4 tomas.
Duración del tratamiento: De acuerdo a respuesta.

Ibuprofeno: Adulto P.O.: 200 - 800 mg. cada 6 ú 8 horas.
Niño P.O.: 20 - 30 mg/kg. peso/día, dividida en 3 a 4 tomas.
Duración del tratamiento: De acuerdo a respuesta.

9.21.3. TRANQUILIZANTES O SEDANTES

Diazepam: Adulto: 5 mg una hora antes del procedimiento, Casos severos 10 mg.
Niño: 0.05 - 0.1 mg/kg peso una hora antes del procedimiento.
Duración del tratamiento: Dosis única.

9.21.4. ANALGÉSICOS

Paracetamol: Adulto P.O.: 500 mg. cada 4 a 6 horas.

Niño P.O.: 30 - 40 mg/kg. peso/día, fraccionada cada 4 a 6 horas.

Duración del tratamiento: Según evolución de la sintomatología.

9.21.5. RELAJANTES MUSCULARES

Diazepam: Adulto P.O.: 5 mg. cada 8 a 12 horas

Carisoprodol: Adulto P.O.: 300 mg. 3 a 4 veces al día.

Mismas que se hallan respaldadas por la Farmacopea de Estados Unidos y el Formulario Terapéutico Nacional.

Bioseguridad en Odontología

Apartado X

Las Normas de Bioseguridad en Odontología se enmarca en la Resolución Ministerial N° 0180, que cita en su Artículo 1. y Artículo 2., ha priorizado la necesidad de aplicar normas de Bioseguridad en el proceso de atención clínica en la Red de Servicios que tiene como finalidad reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas a través de la sangre, secreciones orales y/o respiratorias desde el paciente hacia los profesionales y colaboradores, de estos al paciente y entre pacientes del servicio odontológico.

Se consideran precauciones universales aplicadas en instituciones o personal de salud las siguientes:

1.- La prevención de riesgos originados en contacto con sangre y secreciones corporales del paciente, el personal completo del consultorio (odontólogo, laboratorista y personal auxiliar) debe cumplir las siguientes medidas de prevención, tanto en su práctica clínica institucional como privada.

2.- En toda forma de atención se aplican medidas de barrera contra las infecciones, consistentes en: mandil guantes de hule descartables, barbijos anteojos o mascara facial colocando al paciente un protector corporal.

OBJETIVOS:

- Establecer las medidas de prevención para evitar las enfermedades de riesgo profesional y la infección cruzada entre el profesional odontólogo, personal auxiliar, pacientes, personal de limpieza, personal de laboratorio y medio ambiente.
- Establecer la conducta a seguir frente a un accidente con exposición a sangre y otros fluidos corporales.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

- Cuando se realizan procedimientos odontoestomatológicos de rutina, se pueden causar durante las maniobras pequeños sangrados o incluso no es raro observar sangrados espontáneos.
- Si tenemos en cuenta además, que la cavidad bucal es portadora de una multiplicidad de agentes microbianos, podemos concluir que el odontólogo puede contaminarse o contaminar accidentalmente.

10.1. MEDIDAS BÁSICAS DE PREVENCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES TRANSMISIBLES:

10.1.1. PRECAUCIONES UNIVERSALES:

Constituyen un conjunto de medidas que deben aplicarse sistemáticamente a todos los pacientes sin distinción, considerando que toda persona puede ser de alto riesgo; asimismo, considerar todo fluido corporal como potencialmente contaminante. Las medidas deben involucrar a todos los pacientes, independientemente de presentar o no patologías.

INMUNIZACIONES:

El personal que labora en el consultorio odontoestomatológico y que tienen la posibilidad de exposición a sangre u otros fluidos corporales debe recibir la vacuna contra la hepatitis B. Esta vacuna debe ser aplicada en dosis completas y según esquema vigente, además que el equipo de salud odontológico debe tener el mayor número de inmunizaciones existentes (tétanos, rubéola, hepatitis A, influenza, etc).

LAVADO DE MANOS:

Es el método más eficiente para disminuir la transmisión de microorganismos de un individuo a otro y cuyo propósito es la reducción continua de la flora residente y desaparición de la flora transitoria de la piel y de las uñas.

MANEJO DE LOS ARTÍCULOS ODONTOLÓGICOS:

El material e instrumental, así como el equipo odontológico, puede convertirse en un vehículo de transmisión indirecta de agentes infectantes. En tal sentido, el personal responsable del procesamiento de los artículos de atención odontológica, debe poseer un claro conocimiento sobre los métodos existentes para la eliminación de microorganismos, de tal forma que garantice que los artículos de atención directa reciben el procedimiento adecuado para eliminar o disminuir el riesgo de infección.

10.2. MÉTODOS DE ELIMINACIÓN DE MICROORGANISMOS:

Son todos aquellos procedimientos, destinados a garantizar la eliminación o disminución de microorganismos de los objetos inanimados, destinados a la atención del paciente, con el fin de interrumpir la cadena de transmisión y ofrecer una práctica segura para el paciente.

ESTERILIZACIÓN:

Es el proceso mediante el cual se eliminan de los objetos inanimados todas las formas vivientes, con ella se logra destruir las formas vegetativas y esporas de los microorganismos, obteniéndose como consecuencia la protección antibacteriana de los instrumentos y materiales.

La esterilización se puede conseguir a través de medios físicos como el calor y por medio de sustancias químicas. Se debe usar como medio de esterilización el calor seco o húmedo. Aquellos objetos que no pueden ser esterilizados por el calor, pueden eventualmente serlo con el uso de sustancias químicas esterilizantes.

Este proceso debe ser utilizado en los materiales e instrumentales de categoría crítica.

Esterilización por calor: La esterilización por calor, de los artículos odontológicos, se puede realizar a través del calor húmedo o del calor seco.

Calor húmedo (autoclaves de vapor saturado a presión):

Este método de esterilización elimina microorganismos por desnaturalización de las proteínas, proceso que es acelerado por la presencia de agua, requiriendo temperaturas y tiempos menores de exposición que el calor seco. Para la esterilización por calor húmedo se utilizan equipos denominados autoclaves a vapor. Este método de esterilización se considera de primera elección, siempre que las características del material lo permita, pues es un método efectivo, rápido y penetrante, pero tiene la desventaja que el vapor puede oxidar los objetos. Se recomienda seguir las instrucciones de fabricación.

Se recomienda:

121° C por 15" / 1.5 atm.

126° C por 10 minutos / 2.0 atm.

134° C por 3 minutos / 2.9 atm.

Calor Seco (Estufa - Pupinel):

Este sistema elimina los microorganismos por coagulación de las proteínas. Su efectividad depende de la difusión del calor, la cantidad del calor disponible y los niveles de pérdida de calor. Este método puede usarse como segunda opción, pues la principal ventaja de esterilizar con calor seco es que no corroe los instrumentos metálicos, pero tiene la desventaja de poseer un menor nivel esporicida y requiere mayor tiempo y temperatura, lo que contribuye a deteriorar los materiales (perdida de filo de instrumentos punzocortantes). Se recomienda usar el calor seco en materiales que no pueden ser esterilizados en autoclave, como es el caso de los instrumentos o sustancias que puedan ser dañados por la humedad o que son impermeables a esta, tales como: aceites, vaselinas, petrolatos, polvos y objetos de vidrio. Se recomienda seguir las instrucciones de fabricación.

Se recomienda:

180° C por 30"

170° C por una hora

160° C por dos horas

Control del Proceso de Esterilización: La obtención del material estéril depende de una serie de parámetros que deben ser cuidadosamente observados por el equipo de salud a cargo de los procesos. Para que un producto sea clasificado como estéril se debe garantizar que todas las etapas del proceso fueron realizadas en forma correcta y que el proceso de esterilización es válido.

a. Físicos:

Corresponde a los elementos incorporados al esterilizador que permite visualizar si el equipo ha alcanzado los parámetros exigidos en el proceso. Estos monitores

deben calibrarse periódicamente para garantizar su adecuado funcionamiento, son útiles pero no suficientes. Estos son:

- **Calor Húmedo:** manovacúmetro de cámara interna, manómetro de cámara externa, termómetro de cámara interna, termocuplas, termo registrador.
- **Calor Seco:** termómetro, termostato, programador de tiempo, termo registrador.

b. Químicos:

Sustancias químicas que cambian de color al alcanzar la temperatura necesaria, tiempo de exposición, presión o cierto grado de humedad, según sea el caso. Su valor es limitado y solo indica que los materiales fueron expuestos a un aparato de esterilización que produce calor, sin garantizar la calidad de éste, ya que pueden reaccionar en forma inexacta con los parámetros de esterilización adecuados o su lectura es poco clara, además los fabricantes no han hecho una estandarización de ellos.

c. Biológicos:

Se colocarán en los sitios más críticos del esterilizador (vértices de la cámara y centro de paquetes). Son los únicos sensores confiables de esterilización. Están diseñados para confirmar la presencia o ausencia de microorganismos viables después del proceso de esterilización. Para ello se selecciona un microorganismo de prueba que posee alta resistencia al proceso de esterilización usado. Las esporas crecerán y proliferarán en caso de que el proceso de esterilización no se haya alcanzado, mientras que la ausencia de crecimiento microbiano es señal de éxito en el proceso. También se utilizan reactivos químicos capaces de detectar enzimas o proteínas específicas de estos microorganismos. Para su fabricación se emplean en general esporas de *Bacillus stearothermophilus* como indicador de esterilización por vapor saturado a presión y esporas *Bacillus subtilis* variedad Níger para la esterilización por calor seco. Estos indicadores pueden ser:

Esterilización por agentes químicos:

Existe una serie de sustancias químicas que producen la esterilización de los artículos, pero son dos de ellas que se acomodan mejor para ser utilizadas en los artículos estomatológicos: **El glutaraldehído.**

Glutaraldehído. Es un agente químico que se utiliza como sustancia esterilizante y como desinfectante de alto nivel. La solución madre es ácida (pH 2.5) y en este estado en general sus propiedades microbicidas son menores. Para tener propiedad desinfectante de alto nivel la solución debe ser activada (alcalinizada) mediante el uso de agentes que elevan el pH de la solución a 7.5 -8.5. En este estado la solución alcanza el máximo de su capacidad microbicida pero se hace inestable debido a la polimerización de las moléculas que bloquean los grupos aldehídos responsables de su actividad microbicida. Las formulaciones convencionales de glutaraldehído tienen una duración aproximada de 14 días. Existen formulaciones nuevas en las que se han agregado agentes estabilizantes para prolongar la vida útil a alrededor de 28 días.

a. Mecanismo de acción: Su acción es consecuencia de la alquilación de componentes celulares alterando la síntesis proteica de los ácidos ADN Y ARN.

b. Espectro: Es bactericida, fungicida, virucida, micobactericida y esporicida.

c. Ventajas y desventajas: No es corrosivo. Para desinfección de alto nivel (DAN) se utiliza por 45 minutos, a temperatura-ambiente tiene actividad germicida en presencia de materia orgánica. La gran desventaja del glutaraldehído es su toxicidad, ya que una vez activado suelen producir vapores irritantes para las mucosas, sistema respiratorio y la piel. Por ello, debe utilizarse en ambientes muy ventilados y con protección personal. El glutaraldehído tienen una duración aproximada de 14 días. Existen formulaciones nuevas en las que se han agregado agentes estabilizantes para prolongar la vida útil a alrededor de 28 días.

a. Mecanismo de acción: Su acción es consecuencia de la alquilación de componentes celulares alterando la síntesis proteica de los ácidos ADN Y ARN.

b. Espectro: Es bactericida, fungicida, virucida, micobactericida y esporicida.

c. Ventajas y desventajas: No es corrosivo. Para desinfección de alto nivel (DAN) se utiliza por 45 minutos, a temperatura-ambiente tiene actividad germicida en presencia de materia orgánica. La gran desventaja del glutaraldehído es su toxicidad, ya que una vez activado suelen producir vapores irritantes para las mucosas, sistema respiratorio y la piel. Por ello, debe utilizarse en ambientes muy ventiladas y con protección personal. En la actualidad se han diseñado cabinas con las cuales se protege al operador de ese tipo de injurias. Este agente no debe ser usado en la desinfección de las superficies ambientales en ninguna circunstancia.

d. Indicaciones de uso: Está indicado para la DAN de endoscopios cuando la esterilización no es posible. También en el uso de artículos o materiales de metal como son los espéculos, los instrumentos otorrinológicos y odontológicos y las láminas de laringoscopio.

e. Concentraciones de uso: En nuestro medio contamos con una solución al 2%. Se requiere de 45 minutos para hacer DAN a una temperatura de 20°C. Existen otras formulaciones de Glutaraldehído en concentraciones que varían entre 2.4% a 3.4%. En Europa existen concentraciones de 1.5% con tiempos mayores de inmersión.

El valor límite del umbral (VLU / valor de exposición) del glutaraldehído es de 0.2 ppm. a 0.05 ppm., en 8 horas de trabajo.

10.3. DESINFECCION:

Se define como el procedimiento que se debe realizar antes de la esterilización, por medio del cual se logra eliminar a los microorganismos de formas vegetativas en objetos inanimados, sin que se asegure la eliminación de las esporas bacterianas.

El grado de desinfección producido depende de varios factores, pero esencialmente de la calidad y concentración del agente microbiano, de la naturaleza de la contaminación de los objetos y el tiempo de exposición.

TIPOS DE DESINFECTANTES:

Los desinfectantes químicos líquidos son los más utilizados en nuestro país y además existen múltiples agentes germicidas en forma líquida. Los principales desinfectantes son: Hipoclorito de Sodio en concentración de 1:5, DG6 según las instrucciones de fabricación y clorexidina al 2%.

PROTECCIÓN DEL AMBIENTE DE TRABAJO:

Para limitar la diseminación de la sangre y la saliva en el ambiente se debe seguir las siguientes consideraciones:

- Reducir al mínimo necesario el uso de la jeringa triple.
- Cuando se use la jeringa triple, se debe tener cuidado de que la presión de agua no sea demasiado fuerte, pues provocará aerosoles muy intensos con acción diseminadora muy extensa. Se recomienda que primero se use el spray de agua y luego el del aire, pues el uso alterno de ambos elementos, producen mayor contaminación de los ambientes.
- Utilizar un buen sistema de evacuación (suctores) de sangre y saliva.
- Reducir la formación de aerosoles y salpicaduras de saliva y sangre utilizando solo la cantidad necesaria de agua en la pieza de mano de alta velocidad y en los destartarizadores ultrasónicos.
- Evitar la contaminación de pisos y módulos con la caída de saliva, sangre, materiales contaminados como algodones y restos de impresión.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL AMBIENTE:

Estas normas tienen por objeto disminuir la contaminación ambiental y eliminar la suciedad visible. En los establecimientos asistenciales hay gérmenes patógenos presentes en los elementos o equipos sucios o contaminados cercanos al paciente que se pueden comportar como reservorios o fuentes de infección.

La limpieza de los ambientes debe ser realizada por un personal protegido con un gorro, delantal impermeable, mascarilla, guantes de goma hasta la mitad del antebrazo y anteojos protectores. Asimismo el personal debe estar vacunado contra el tétano y la Hepatitis B.

Limpieza de Mobiliario:

Las superficies de los muebles de trabajo deberán ser de material fácilmente higienizable, liso y con la menor cantidad posible de ángulos en donde se pueda depositar el polvo o material contaminado.

Es importante tener presente que la boca puede expulsar saliva o sangre hasta un diámetro de dos metros desde el lugar en que se encuentra ubicado el paciente, por lo tanto todas las superficies que se encuentran ubicadas en ese espacio se deberán desinfectar con mayor frecuencia que el resto del mobiliario. La limpieza de mobiliario debe realizarse una vez por turno y siempre que se encuentren visiblemente sucios.

EI USO DE BARRERAS:

Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. Estos dispositivos de protección tienen el objeto de impedir contaminación con microorganismos eliminados por los enfermos, y en otros casos que microorganismos del personal sanitario sean transmitidos a los pacientes. La utilización de barreras no evita los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente. Para lograr esto el odontólogo y el personal auxiliar que apoye directamente en el área asistencial deberá usar los siguientes métodos de barrera

Dispositivos de Protección y Uso de Barreras.

GUANTES:

Su uso tiene como objetivo la protección del personal de salud y la del paciente, al evitar o disminuir tanto el riesgo de contaminación del paciente con los microorganismos de la piel del operador, como de la transmisión de gérmenes de la sangre, saliva, o mucosas del paciente a las manos del operador; por lo tanto, en todo tipo de procedimiento odontológico, incluyendo el examen clínico, el uso de guantes es indispensable. Uso de un par de guantes por cada paciente.

MASCARILLAS:

Se utilizan para proteger las mucosas de nariz y boca contra la inhalación o ingestión de partículas presentes en el aire, en los aerosoles y contra las salpicaduras de sangre y saliva.

PROTECTORES OCULARES:

Los protectores oculares para el profesional, personal auxiliar y pacientes; sirven para proteger la conjuntiva ocular y el ojo de la contaminación por aerosoles, salpicaduras de sangre y saliva y de las partículas que se generan durante el trabajo odontológico como ocurre cuando se desgastan amalgama, acrílico, metales, etc.

MANDIL Y PIJAMA:

El mandil protege la piel de brazos y cuello de salpicaduras de sangre y saliva, aerosoles y partículas generadas durante el trabajo odontológico. También protege al paciente de gérmenes que el profesional puede traer en su vestimenta cotidiana.

PECHERA:

La pechera protege al mandil y evita las salpicaduras, líquidos o fluidos corporales del enfermo evitando el cambio de este entre pacientes.

GORRA:

Evita la contaminación de los cabellos por aerosoles o gotas de saliva y/o sangre generadas por el trabajo odontológico.

RADIACIÓN

USO DE RAYOS X

Los centros que ofrecen el servicio de rayos X deben cumplir con la infraestructura odontológica adecuada (Paredes con protección de plomo)

Revisión periódica de un técnico especializado en rayos X para el mantenimiento del equipo y su calibración.

USO DE BARRERAS DE PROTECCION

Para la toma de rayos X utilización de barreras de protección, (mandiles de plomo, protector tiroideo para el operador y el paciente).

Uso de dispositivos intraorales.

MANEJO DE RESIDUOS CONTAMINADOS: Aprobado por Decreto Ley N° 15629 de 18 de Julio de 1978, Resolución Ministerial N° 0131. Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

MANIPULACIÓN DE RESIDUOS PUNZOCORTANTES: Un gran porcentaje de los accidentes laborales se da por el mal manejo del material punzocortantes. Los pinchazos o cortes con aguja o instrumento contaminado con sangre o secreciones son altamente peligrosos. Estos instrumentos incluyen: agujas, bisturís, exploradores, curetas periodontales y para dentina, fresas de diamante y carburo, instrumentos de endodoncia, tijeras bandas y alambre para ortodoncia, cinta matriz, piedras montadas y discos de pulido, etc.

ELIMINACIÓN DE RESIDUOS:

Para la eliminación de los residuos se debe acondicionar previamente los servicios, con materiales e insumos necesarios para descartar los residuos .

Los residuos comunes o no contaminados provenientes de la limpieza en general (polvos, cartones, papeles, plásticos, etc.), no representan riesgo de infección para las personas que lo manipulan y que por su semejanza con los residuos domésticos pueden ser considerados como tales. Deben ser almacenados en recipientes con bolsas de color negro.

Los residuos biocontaminados provenientes del área asistencial (algodones, gasas, guantes, vendas, inyectores de saliva, elementos punzocortantes, etc.), son residuos sólidos con grandes cantidades de microorganismos provenientes de las secreciones, excreciones y demás líquidos orgánicos del paciente y si no se eliminan en forma apropiada, son potencialmente riesgosos. Deben ser depositados en bolsas rojas; la no disponibilidad de bolsa color rojo obliga a colocar rótulos bien legibles indicando “residuos contaminados”.

Los residuos especiales lo constituyen los elementos contaminados con sustancias químicas, radioactivas y líquidos tóxicos, tales como sustancia para revelado, mercurio, etc. Para este tipo de residuos se debe utilizar bolsas de color amarillo.

Para la eliminación de residuos se debe considerar:

- Determinar la cantidad, color y capacidad de las bolsas (que debe ser al menos 20% mayor de la capacidad del recipiente) a utilizar según la clase de residuos.
- Los contenedores serán colocados con sus respectivas bolsas lo más cercano posible a la fuente de generación.
- Ubicar el recipiente para el residuo punzocortante de tal manera que no se caiga ni se voltee.
- Identificar y clasificar el residuo para eliminarlo en el recipiente respectivo.
- Desechar los residuos con un mínimo de manipulación, sobre todo para aquellos residuos biocontaminados y especiales.
- Cerrar herméticamente las bolsas una vez que estén llenas en las dos terceras partes.
- Las bolsas nunca deben ser arrastradas, colocadas al hombro o aplastadas.
- Si el recipiente tiene dispositivo para separar la aguja de la jeringa, descartar sólo la aguja en dicho recipiente
- Si el recipiente no cuenta con dispositivo de separación de aguja, eliminar la aguja con una pinza porta aguja.
- Los residuos deben permanecer el menor tiempo posible acumulados en las áreas de trabajo retirándose con una frecuencia mínima de una vez por turno y siempre que se encuentren llenos los recipientes.
- Los residuos deben ser tratados sin perjuicio a la población y al medio ambiente, por ello los métodos de tratamiento recomendado son: esterilización por autoclave, y desinfección.

RECOMENDACIONES

Es recomendable indicar al paciente que enjuague su boca con solución antiséptica antes de iniciar el tratamiento procurando disponer de eyector potente, el uso de dique de hule garantiza el aislamiento correcto del área de trabajo.

El odontólogo debe utilizar guantes nuevos en cada paciente lo mismo que agujas desechables y tubos de anestesia , procurando que el paciente observe estas condiciones de trabajo.

Tanto el profesional como la asistente dental debe manipular cuidadosamente el instrumental punzo cortante contaminado, colocando en recipientes rígidos desechables cerrados a presión y de ser posible desinfectados antes de ser colocados en la basura.

Los materiales contaminados con sangre, saliva y tejidos removidos se colocan en bolsas de polietileno para su esterilización y desecho el uso de cabezales y servilletas desechables es obligatorio debiendo renovarse después de cada paciente.

Los métodos de desinfección y esterilización del material deben ser rigurosos.

Es obligatorio la esterilización de instrumental que haya penetrado en tejidos blandos o duros contaminados con sangre o saliva.

Esterilizar pieza de mano, puntas de la jeringa triple y puntas ultrasónicas, después de cada paciente.

El instrumental debe estar envuelto en bolsas de esterilización.

Es recomendable desinfectar con soluciones de nivel medio: el sillón, la lámpara de luz halógena, equipo de rayos X, unidad dental, o utilizar cubiertas desechables.

Los materiales de impresión registro de mordida, etc. Deben limpiarse y desinfectarse antes de enviar al laboratorio dental, como también cuando llegan del mismo.

El personal profesional responsable debe aplicarse la vacuna contra la hepatitis B haciéndose extensiva esta recomendación a todo el personal que tiene contactos con sangre, saliva o fluidos corporales.

El profesional odontólogo deberá adoptar medidas de bioseguridad dirigidas con especial cuidado con las enfermedades infectocontagiosas: VIH- SIDA, Tuberculosis, hepatitis B, herpes simple tipo.

Las pruebas de detección del VIH – SIDA (Elisa, específica) en el paciente y el personal, requiere el consentimiento de los mismos.

RIESGO PROFESIONAL

- El ruido de la pieza de mano puede producir sordera por lo que se recomienda el uso de tapones auditivos.
- Para prevenir riesgos en la vista la iluminación debe mantenerse a 200 – 300 luxes.
- Los riesgos de tipo químico provocado por: alcohol, mercurio, eugenol, etc, se controlan conociendo sus efectos. Para evitar la aspiración del polvo de mercurio, el profesional debe aplicar un chorro de agua cuando debe pulir o retirar una obturación.
- Se deben aplicar los principios de ergonomía, y salud ocupacional y ambiental, para evitar enfermedades profesionales, (cansancio físico mental, sordera, afecciones oculares, varices, problemas osteoarticulares, etc.)

Calidad y Acreditación

Apartado XI

11.1. CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS

11.1.1. ESTANDAR GRADO 1. - Cuenta con una sala de espera y un consultorio odontológico para la atención de los usuarios. La atención odontológica está a cargo de un profesional a tiempo completo. Se cumplen horarios de atención de la mañana y tarde. Se registran los antecedentes personales y patológicos en una Historia Clínica y se consignan datos estadísticos. Cuenta con equipo básico odontológico y equipo de rayos X dental.

ESTANDAR	SI	N O	OBSERVACION
1. El funcionamiento del consultorio odontológico se realiza en horario de mañana y cuenta con personal asignado. (Verificar).			
2. Existe un formulario estadístico de producción de servicios, se registran las actividades y se analiza el rendimiento. (Verificar).			
3. La sala de espera cuenta con espacio y sillas suficientes para comodidad de los usuarios. (Verificar).			
4. Existen protocolos de atención para exodoncias, endodoncias uniradiculares, obturaciones, profilaxis, drenaje de abscesos intraorales y además se brinda aplicación tópica de flúor en niños y mujeres embarazadas. (Verificar).			
5. Se cumplen con las normas de bioseguridad en la atención odontológica (guantes, barbijos, mandil por cada paciente y turno) (verificar)			
6. Equipo del consultorio básico: unidad dental, mocho, modulo dental, hemosuctor, cánulas de hemosucción, eyectores de saliva, sialosuctor, compresora de aire, esterilizador pupinel, basureros metálicos. (Verificar).			
7. Equipo de Rayos X: unidad de Rayos X, mandil protector de plomo (paciente), mandil protector de plomo (profesional), ganchos para películas de RX y caja oscura para revelado de RX (Verificar).			
8. Instrumental de diagnostico: Espejo bucal, Sonda exploradora, Pinza para algodón (Verificar).			
9. Instrumental de operatoria dental básico: Porta amalgama simple, Porta matriz, Mortero y pilón o amalgamador, Atacador de amalgama, Bruñidor de Amalgama, Cucharetas de dentina, Atacador de Cemento, Espátula bipolar de cemento, Mechero Metálico, Dicalero, Vaso Dappen, Loseta de Vidrio, Pera de Goma, Bandeja Metálica, Espátula para yeso, Cubetas metálicas perforadas, Taza de goma, Tambor metálico para			

algodón, Abreboca, Abreboca pediátrico, Ganchos para películas de Rayos X, Tambor metálico para algodón, Pieza de Mano (alta velocidad), Micromotor, Contrángulo, Cambiador de fresas, Cepillo limpia fresas, Caja metálica para esterilizar fresas, Fresero, Fresero de carburo para contra – ángulo, 6 redondas, 6 fisuras, 6 cono invertida y 6 cilíndrica (no exceptúa a otras formas de fresas), Fresas de diamante para alta velocidad, 6 redondas, 6 fisuras, 6 cono invertida y 6 cilíndrica (no exceptúa a otras formas de fresas), Talladores para resina compuesta, Lámpara de luz halógena y Juego de separadores bucales. (Verificar).			
10. Instrumental Endodóntico: Tiranervios, Limas Hedstrom 25 Mm. (15-40), Ensanchadores Reamers 25 Mm. (15-40), Sondas lisas, Lentulos, Condensador de Conos, Gutaperchero y Caja metálica para esterilizar el instrumental Endodóntico (Verificar).			
11. Instrumental de Periodoncia: Periodontómetro, Mango para curetas periodontales, Curetas periodontales e Instrumental periodontal fijo. (Verificar).			
12. Instrumental quirúrgico básico: Jeringa Carpule, Sindesmotomo, Fórceps piezas antero superiores, Fórceps premolar superior, Fórceps molar superior derecho, Fórceps molar superior izquierdo, Fórceps en bayoneta, Fórceps piezas antero inferiores, Fórceps premolar inferior, Fórceps pico de loro, Fórceps para restos radiculares (superior e inferior), Fórceps pediátrico piezas antero inferiores, Fórceps pediátrico molar inferior, Fórceps pediátrico piezas antero superiores, Fórceps pediátrico molar superior, Elevador recto, Elevador apical, Elevador Kraye izq., Elevador Kraye der., Elevador Angular de Winter izq., Elevador Angular de Winter der., Mango de bisturí Bard Parker (N° 3), Cuchareta para alvéolo, Gubia, Lima bipolar para hueso, Porta aguja tipo Mayo, Porta aguja tipo Mathieu, Tijera quirúrgica recta, Tijera quirúrgica curva, Agujas de sutura. (Verificar).			

11.1.2. ESTANDAR GRADO 2. - La atención odontológica se ubica en un hospital de segundo nivel. Cuenta con profesional a tiempo completo, se cumplen horarios de atención tanto en la mañana como en la tarde. Se cuenta con atención de emergencias odontológicas. Cuenta con instrumental odontológico completo.

ESTÁNDAR	SI	N O	OBSERVACION
1. Se cumplen con las normas de bioseguridad en la atención odontológica (guantes, barbijos, lentes y mandil por cada paciente y turno) (verificar)			
2. Cuentan con protocolos de atención odontológicas para exodoncias, cirugías menores (piezas dentarias retenidas), endodoncias uniradiculares y multi-radiculares, obturaciones, profilaxis, drenaje de abscesos intraorales, y extra-orales. (Verificar).			

3. Existe instrumental odontológico completo. (Verificar).		
4. Equipo odontológico completo (Verificar).		
5. Equipo de Rayos X dental (Verificar).		
6. Instrumental de diagnóstico (Verificar).		
7. Instrumental de operatoria dental completo (Verificar).		
8. Instrumental de operatoria básico: Perforador de Goma dique, Portaclamps, Arco de Young, Clamp Universal, Clamp N° 30, Clamp N° 29, Clamp N° 28, Clamp N° 31, Clamp N° 27, Clamp N° 51, Tallador de Franckl (amalgama), Porta amalgama bipolar, Instrumental de periodoncia (Verificar).		
9. Instrumental de endodoncia (Verificar).		
10. Instrumental quirúrgico básico: Fresas quirúrgicas redondas de carburo, Fresas quirúrgicas fisuras de carburo, Fórceps Molar Superior Doble uñeta, Gubia pequeña, Gubia grande, Elevador de Cleveland, Bisturí de Mead, Tijeras de Neumann, Pinza Kocher, Pinza Atrumática de Chaput, Legra, Espátula de Freer, Separadores de Farabeuf, Separadores de Volkmann, Osteotomo de Winter, Escoplo y Periostótomo (Verificar).		

11.1.3. ESTANDAR GRADO 3. - Cuenta con una sala de espera, y un consultorio odontológico para la atención de los usuarios. La atención odontológica se encuentra en un hospital de tercer nivel. Cuenta con profesional especializado (máxilo facial, odontopediatría) a tiempo completo y personal de enfermería. La atención es mañana y tarde con horarios establecidos, se cuenta con atención de emergencias odontológicas y con intervenciones quirúrgicas mayores.

ESTÁNDAR	SI	NO	OBSERVA CION
1. Se cumplen con las normas de bioseguridad. (Verificar).			
2. Cuenta con protocolos de atención de exodoncias, cirugías mediana y mayor, endodoncias uniradiculares y multi-radiculares, obturaciones, profilaxis, drenaje de abscesos intraorales y extraorales de acuerdo al nivel de atención (verificar)			
3. Atención integral a niños especiales que reciben anestesia general en quirófano (verificar)			
4. Equipo Odontológico completo (Verificar).			
5. Equipo de Rayos X dental (Verificar).			
6. Equipo de Rayos X Panorámico (Verificar).			
7. Instrumental de diagnóstico (Verificar).			
8. Instrumental de operatoria dental completo (Verificar).			
9. Instrumental Periodoncia (Verificar).			
10. Instrumental de endodoncia (Verificar).			
11. Instrumental quirúrgico completo (Verificar).			
12. Instrumental especializado de máxilo facial: Motor de osteotomía, Tijera Metzenbaum, Tijera Curva Lexer, Tijera Mayo STILLE, Tijera para Iris Recta, Pinza estriada ADSON, Pinza dentada Brown, Pinza estriada Cushing, Pinza Mayo, Pinza Mosquito Halslted, Pinza campos más fija tubo, Pinza para campos, Separador Farabeuf, Separador doble romo Senn, Separador para párpados Desmarres, Separador Langenbeck, Pinza Gubia Beyer, Pinza Dingmann, Cíncel curvo Smith Petersen, Cíncel Alexander, Martillo Gerzong, Periostotomo Cushing, Alicata para cortar alambre Reill, Especulo nasal adultos Viena, Pinza Bayoneta Cansen, Elevador de tabique agudo/romo, Lima nasal Maltz, Separador Obwegeser de rama, Osteótomo curvo 8mm., Osteótomo tabique en V, Tijera Metzenbaum fino TC, Pinza Cushing, Lima para hueso, Plástica Nasal Asch, Separador Obwegeser, Separador de rama Obwegeser, Gancho para mentón Obwegeser, Lezna, Pinza para modelar, Pinza para doblar placas, Brocas, Pinza para sostener implantes y Pinza de sujeción de placas Lindorf (Verificar).			

SIGLAS

MSD	Ministerio de Salud y deportes
INE	Instituto Nacional de Estadística
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNUS	Sistema Nacional Único de Suministros
INASES	Instituto Nacional de Seguros de Salud
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
OPS	Organización Panamericana de la salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
EXTENSA	Programa Nacional de Extensión de Cobertura en Salud
ENDSA	Encuesta Nacional de demografía y salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PAN	Programa de atención a niñas y niños menores de 6 años
CEAS	Centro Nacional de abastecimiento
TGN	Tesoro General de la Nación
SEDES	Servicio departamental de salud
DILOS	Directorio local de Salud

Referencias Bibliograficas

- Endodoncia: Dr. Vicente Preciado - Dr. Fernando Goldber - Dr. Angel Lasala -Dr. Franklin Pinedo - Dr. Roberto Holland - Dr. Valdir De Sousa.
- Endodoncia Principios y Práctica Clínica: Walton - Torabimejad
- Endodoncia: Ingle - Bahland.
- Atlas de Endodoncia: Stock.
- Manual de Endodoncia: Dr. Juan Raul Perrone.
- Manual de Actividades de Clínicos de Odontopediatría: Dra.Carmen Osorno Escareño.
- Odontología Pediátrica y del Adolescente: Ralph Mc Donald - David R. Avery.
- Patología de la Cavidad Bucal: Rudiger Becker - Konrad Morgenroter.
- Tratado de Odontología: Antonio Bascones
- Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea: J. Philip Sapp-Lewis R. Eversole-George P. Wysocki.
- Patología Bucal: Joseph A. Regezi.
- Cirugía Bucal y Maxilofacial en Niños: L.B. Kaban
- Radiología Oral - Principios e interpretación: Goaz - White.
- Cirugía Bucal y Maxilofacial;: Laskin.
- Cirugía Maxilofacial: Jorge Oribe.
- Patología Oral: Thoma.
- Traumatología Maxilofacial: Converse - Kasanjian.
- Cirugía Maxilofacial: Maurell.
- Traumatología Maxilofacial: Digmann.
- Anomalías de los maxilares: Hins - Kent.
- Manual de Cirugía Periodontal Periapical y de colocación de Implantes: J.J. Cambra.
- Periodoncia: Genco, Goldman Cohen.
- Periodontología clínica: Irving Glickman.
- Patología, Anatomía y Fisiología patológica Buco dental: Alcayaga OC, Olazabal RA.
- Odontopediatría: Bengto Magnusson.
- Ortodoncia,. J.C. Bennett.
- Periodoncia: John F. Princhard.
- Ortodoncia Práctica: Massimo Rossi.
- Tratado de Patología Bucal: William G. Shafer, Maynard, K. Hinn, Barned M. Levy.
- Fundamento Biológico de Odontología: Gustavo Barrios.
- Endodoncia: Maisto.
- Ministerio de Salud Chile. "Normas Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de Elementos Clínicos y Manual para su aplicación". Gobierno de Chile. 27 de Noviembre del 2001.
- Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo IX Enfermedades de la Cavidad Bucal, Glándulas Salivales y Maxilares. Organización Mundial de la Salud
- Características sociodemográficas de la población indígena. INE 2003.
- Características sociodemográficas de la población en Bolivia. INE: 2003.
- Cirugía bucal. Autor: Guillermo A. Ries Centeno. Tomo I. Tercera edición.. Dirección de Gestión y Capacitación de Recursos Humanos. MSD.
- Declaración de Berlín para la salud y servicios odontológicos. Dr. Aubrey
- Sheiham. Departamento de Epidemiología y Salud Pública. University College

- London Medical School, Inglaterra.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003. Informe preliminar.
- Endodoncia: Principios y práctica. Autores: R.E. Walton, M. Torabinejad. Segunda Edición.
- Estudio nacional de salud bucal: Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud de Colombia.
- Guía de evaluación para la acreditación de hospitales. Unidad de grupo técnico de regulación y calidad.
- Guía nacional de diseño y construcción de establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención. MSD. Proyecto reforma de Salud.
- INASES en cifras. Año 2001.
- Indicadores básicos de Salud 2003. INE - Bolivia.
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Censo 2001.
- Instituto Nacional de investigación odontológica y craneofacial. EEUU.
- 15. Instituto Nacional de Seguros de Salud: INASES. 2001.
- La educación dental en el siglo XXI. Autor: Alpidio Jiménez Gómez. Universidad de Antioquia, Colombia.
- La salud en las Américas. OPS. Volumen 1. Edición de 2002.
- La salud en las Américas OPS. Volumen 2. Edición de 2002.
- La salud oral en América. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.
- Modelo de atención en salud oral en los sistemas sanitarios de El Salvador.
- OPS/OMS, San Salvador, 1999.
- MSD. Modelo de inducción del modelo de gestión. Julio, 2003.
- Odontología preventiva en acción. Autores: S. Katz, J. McDonald, G. Stookey.
- Tercera edición.
- Operatoria Dental: atlas, técnica y clínica. Autor: Julio Barrancos Mooney.
- Primera edición. OPS/OMS. Documento CE 120/12.
- Perfil de país: República Dominicana 1999.
- Periodontología clínica de Glickman. Quinta edición.
- Programa de atención a niñas y niños menores de 6 años. Proyecto PAN.
- Programa de Fluoración de la sal en Bolivia.
- Secretaría Nacional de Salud. OPS/OMS. UNICEF. 1997.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Programa Nacional de Extensión de Cobertura en Salud. Proyecto Reforma de Salud.
- Republica de Bolivia, Gaceta Oficial, Crea la Ley del Seguro Universal Materno Infantil, el 21 de Noviembre del 2002, La Paz Bolivia, Enero del 2003.
- Republica de Bolivia, Gaceta Oficial D. S. crea el Sistema Único de Suministros de Medicamentos e Insumos, el 21 de Noviembre del 2002, La Paz Bolivia, Enero del 2003.
- Republica de Bolivia, Gaceta Oficial D. S. 26874 crea el Reglamento de Prestaciones y Gestión del Seguro Universal Materno Infantil, el 21 de Noviembre de 2002, La Paz Bolivia, Enero del 2003.
- Protocolos de Atención Odontológica para primer nivel de atención. MSD reforma del sector salud
- Programa Nacional de Extensa Junio 2003.
- Reglamento Interno SEDES LA PAZ. Aprobado por R.A. 030/02.
- Estatuto y reglamento del Colegio de Odontólogos de Bolivia.
- Protocolos de atención INASES.
- Paquetarios de prestaciones odontológicas SUMI
- Manual de funciones SEDES Cochabamba.

“Manual de Normas en Salud Oral

- Manual servicio social de salud rural obligatorio. Sedes La Paz. 2005
- Radiología odontológica. Autor: Recaredo A. Gómez Mataldi.
- Manual de Normas y funciones SEDES La Paz
- Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).
- Sistema Nacional de Información en salud. Grupos etéreos para salud. Año 2001.
- Sistema Nacional de Información y Monitoreo del SUMI.
- Sistema Nacional Único de Suministros. 2003
- Protocolo de Atención Bucodental para escolares (CALI – Secretaria de Salud Pública)
- Guía Practica “Bioseguridad en Odontología” Primera Edición 2004 Dra. Elizabeth Aviles,
- Educación en Salud Pública Familiar, Escolar Comunitaria. Segunda Edición 2006 Dra. Elizabeth Avilés E. Lic. David Avilés E.
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995.

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud.
Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Programa Nacional de Salud Oral.

MANUAL DE NORMAS EN SALUD ORAL

La Paz. 2006

2006 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Deposito Legal.

No.

La impresión de este documento ha sido posible gracias al apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, siendo autorizada su reproducción total o parcial a condición de citar la fuente y la propiedad.

Elaboración Técnica:

Esther Sánchez Vaca

Ana Carola Torres Crespo Arellano

Lidia Bustamante

Revisión Técnica:

Responsables Departamentales

Angel L Cruz, Castillo (La Paz)

Fabiola Fernández P (Sucre)

Edgar Rivera (Tarija)

Barriga (Pando)

Oscar Rivero (Beni)

Alex Castro (Cochabamba)

Francisco Mamani (Potosí)

Silvia Descarpontrier (Santa Cruz)

Edgar Martínez (Oruro)

Gonzalo Estrada Villán (El Alto)

Reforma de Salud

Lady Mollinedo M.

Odontólogos Redes de Servicios

Julieta Vargas

José Luis Cañaviri

Dannym G. Carvajal Morón

Cintia Pimentel

Karla S. Cuba Cueto

Eduardo Zegarra Ch.

Norah Torrez L

Jorge Calderón Paz

Gustavo Callisaya Calle

Lourdes Menacho

Tatiana Sempertegui

Marina Vela

Seguridad Social

Maria Teresa Landivar

María Angélica Guillen P.

Peter Sequeiros L. Noemia

Yolanda Gaspar Tellez

Jorge Ríos Jordán

Colegio de Odontólogos de Bolivia

Johe Escobar A.

Sociedad Boliviana de Salud Pública Bucal

Elizabeth Aviles E.

Consultora Reforma de Salud

Ana Carola Torres Crespo Arellano

Colaboración Técnica

Dra. Ludy Rodríguez de Padilla