



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

1. OBJETIVO

Proveer los parámetros para la atención de pacientes en el servicio de odontopediatría,

2. RESPONSABLES

Odontólogo general- Odontólogo especialista en odontopediatría

3. RECURSOS

1.1. Personal

- Odontólogo general/ Odontólogo especialista en Odontopediatría
- Auxiliar de odontología

1.2. Insumos y Dispositivos médicos

- Jeringa
- Capula
- Periostotomo
- Elevadores Pediátricos
- Fórceps básicos pediátricos
- Mango de bisturí
- Periostotomo
- Gasas
- Fresas
- Pinzas algodonerías
- Curetas
- Explorador
- Espejo de boca
- Cubetas
- Curetas
- Cucharilla
- Dentímetro
- Resina
- Sellantes
- Algodones
- Torundas
- Desmineralizante
- Adhesivo
- Fresas para pulir
- Ionómero de Vidrio
- Pasta para profilaxis
- Cepillo de profilaxis
- Flúor en Barniz



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

1.3. Equipos biomédicos

- Unidad odontológica
- Micromotor
- Pieza de alta

1.4. Medicamentos

- Solución salina 0.9%
- Esponjas hemostáticas
- Anestesia
- Los medicamentos que se formulen serán entregados por el asegurador o adquiridos por el paciente.

4. ALCANCE

El protocolo se aplicará a los pacientes pediátricos atendidos en CECIMIN, en las diferentes fases de tratamiento, prevención y promoción, curación, limitación del daño y rehabilitación.

5. ENFOQUE DIFERENCIAL

La aplicación de este procedimiento a todos los pacientes se realiza sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, permitiendo la inclusión de la población vulnerable con discapacidad múltiple, trastornos médicos subyacentes, ciclo de vida (adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Rron, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), Población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Las particularidades se abordan en el protocolo de atención con enfoque diferencial de CECIMIN.

CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN ODONTOPEDIATRÍA

Se denomina consulta de primera vez, a la primera asistencia del niño al odontólogo, con o sin experiencia previa de tratamiento.

Objetivos



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

1. Realizar una adecuada historia clínica, que permita al profesional establecer el manejo que se dará al niño de acuerdo a su estado general, a sus experiencias previas, su contexto emocional y social.
2. Permitir que el niño tenga empatía con el profesional y el sitio para lograr un tratamiento exitoso.
3. Realizar un completo exámen extra e intraoral que permita establecer diagnósticos, pronósticos y tratamientos adecuados para cada patología.
4. Evaluar de acuerdo al comportamiento del niño la necesidad de citas de adaptación o posibles manejos farmacológicos que se comentarán a los padres y/o acudientes.
5. Motivar al niño en la importancia del comportamiento y quietud para lograr un tratamiento rápido y exitoso.

Materiales

1. Instrumental básico
2. Algodones en rollo
3. Espejo de cara
4. Eyector

Procedimiento

Se iniciará la consulta diligenciando la historia clínica en orden de acuerdo a la presentación de esta; se iniciará con la información general, luego se realizará una anamnesis que comprende antecedentes personales y familiares, estado general, comportamiento psicosocial del paciente, se evaluarán experiencias odontológicas anteriores. Se iniciará una interacción con el paciente para hacer una evaluación extraoral facial, pasando luego a un examen intraoral completo. Se realizarán diagnósticos y posibles planes de tratamiento, si es necesario se solicitarán ayudas diagnósticas. Se plantea el plan de tratamiento a los padres y/o acudientes, al igual que las posibles remisiones.

Si el comportamiento del paciente lo permite y no presenta algún tipo de procedimiento prioritario, se iniciará un proceso de adaptación realizando un control de placa, una instrucción de higiene oral, una profilaxis o un procedimiento menor que no cause molestias mayores, con el fin de adaptar al niño a la consulta odontológica.

Si el paciente presenta un comportamiento difícil, es decir llora, es aprehensivo, no se deja atender se realizará una adaptación a cada una de las partes de la unidad teniendo en cuenta las técnicas de manejo de comportamiento como son :

1. Diga-muestre-haga

Técnica más comúnmente utilizada en el manejo de niños en la cual se dice que se va a hacer, se muestra al niño cómo se va hacer y que va a sentir para luego pasar a realizar el procedimiento en la boca. En casos en los cuales el niño presenta rechazo a algún elemento se puede mostrar en un muñeco, en alguno de sus padres o en el mismo profesional. En esta técnica los instrumentos cambiarán de nombre para que el niño lo asocie más a su vida cotidiana.

2. Condicionamiento



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

Es la técnica que como su nombre lo indica condiciona al paciente para mejorar su comportamiento o lograr un comportamiento deseado por el profesional, los condicionamientos más frecuentes empleados son la separación de los padres.

3. Moldeamiento

Se busca moldear el comportamiento del niño ante el tratamiento utilizando condicionamientos a repetición.

4. Refuerzo positivo

Son las palabras o acciones por parte del profesional para reforzar el comportamiento positivo que realiza el paciente ante el tratamiento, generalmente al finalizar la consulta si esta ha sido exitosa se premiará al paciente.

5. Restricción física

Cuando el paciente presenta un comportamiento definitivamente negativo y es necesario inmovilizarlo, esa inmovilización será realizada por alguno de los padres o acudientes sobre el sillón de la unidad, con el único fin de evitar cualquier laceración o accidente del paciente mientras se realiza el tratamiento.

CONSULTA PRIORITARIA EN ODONTOPEDIATRÍA

Se denomina consulta prioritaria, a la consulta que requiere el paciente por algún tipo de dolor o trauma.

Objetivos

1. Realizar una adecuada historia clínica prioritaria, que permita al profesional establecer el manejo que se dará al niño de acuerdo al motivo de consulta, el estado general, a sus experiencias previas.
2. Realizar un completo examen extra e intraoral que permita establecer diagnósticos, y tratamientos adecuados de urgencia para la patología.
3. Realizar un tratamiento radical que elimine el dolor del niño para que pueda volver a su estado de salud o normalidad
4. Haga conciencia a los padres y/o acudiente de la importancia de que no se llegue a ese estado en caso de que la urgencia no sea por trauma, ya que puede generar malas experiencias para futuras citas odontológicas.

Materiales

1. Instrumental básico
2. Algodones en rollo
3. Espejo de cara
4. Eyector
5. Instrumental y materiales necesarios luego de evaluar origen de la urgencia

Procedimiento

Se iniciará la consulta diligenciando la historia clínica en orden de acuerdo a la presentación de esta; para determinar estado de salud del niño, evolución de la



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

enfermedad actual, manejos previos y medicamentos suministrados. Se pasará a realizar un examen intra y extraoral principalmente enfocados a la zona donde se refiera el dolor o la alteración. Se dará un diagnóstico para determinar el tratamiento requerido en el momento para eliminar el dolor, tratando de que sea definitivo y radical que no conlleve a complicaciones, si es necesario se solicitarán ayudas diagnósticas. Se planteará el plan de tratamiento indicado. Se iniciará el procedimiento indicado de acuerdo al diagnóstico establecido.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA CONTROL DE PLACA BACTERIANA

Es el medio por el cual se le muestra al paciente y a los padres o acudiente los sitios donde se está realizando una mala higiene oral y se presenta gran acúmulo de placa bacteriana.

Objetivos

1. Mediante el uso de coloraciones mostrar al paciente y a los padres los sitios donde esta fallando la higiene oral
2. Tener un marcador para evaluar periódicamente si ha mejorado o no la higiene oral el paciente
3. Enseñar al paciente y/o a los padres en qué sitios de la cavidad oral tiene que hacer mayor énfasis en la higiene
4. Ser indicador para poder avanzar en tratamientos en los cuales la placa bacteriana debe tener un bajo porcentaje.
5. Concientizar a los padres que la placa bacteriana es el iniciador de la mancha blanca, primer paso en el proceso de desmineralización del diente para iniciar la caries dental.

Materiales

1. Instrumental básico
2. Algodones en rollo
3. Revelador de placa bacteriana (solución)
4. Espejo de cara
5. Eyector

Procedimiento

De acuerdo a la edad del paciente se pigmentan los dientes colocando dos gotas de sustancia en la lengua e indicando que realice el paso de esta por todas las superficies de

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

los dientes. En caso de pacientes de corta edad o difícil manejo el odontólogo tomará una mota de algodón la impregna con sustancia reveladora de placa y la pasará por todas las superficies de los dientes del paciente. Luego de esto se realizará un enjuague de la cavidad oral, se reportará en la historia; para continuar los procedimientos. Si el paciente es de difícil manejo y se opone al procedimiento se evaluará la cantidad de placa bacteriana clínicamente mostrándole al padre o acudiente los sitios donde la placa está en mayor concentración.

EDUCACIÓN EN DIETA

Es la asesoría que prestará el profesional en cuanto a los hábitos alimenticios del niño, para lograr que mejore su nutrición y su riesgo individual de caries.

Objetivos

1. Enseñar al paciente y/o a los padres o acudientes la importancia de una dieta adecuada para el crecimiento y desarrollo normal.
2. Mejorar la ingesta de carbohidratos y azúcares entre comidas para evitar que el pH de la cavidad oral permanezca ácido.
3. En caso de que existan hábitos como el biberón, la leche materna o el chupo mostrar a los padres y/o acudientes los riesgos que estos implican en la salud oral del paciente, y establecer métodos adecuados para eliminarlos sin causar alteraciones en el comportamiento del niño.
4. Interrelacionar la dieta y la higiene oral adecuadas para el mantenimiento de la salud oral.

Materiales

Información brindada a los padres o acompañantes y refuerzos constantes de la importancia de una adecuada nutrición.

EDUCACIÓN EN HIGIENE ORAL

Es la aplicación y modificación de técnicas de higiene oral de acuerdo al requerimiento de cada paciente.

Objetivos

1. Enseñar al paciente y/o a los padres o acudiente técnicas de cepillado que se adecuen a sus necesidades.
2. Con ayuda del control de placa se pretende que el paciente y/o los padres sepan cuáles son los sitios que requieren mayor énfasis en la higiene.
3. Generar destrezas e interés en los pacientes pediátricos para que tengan una adecuada higiene oral durante su vida.
4. Realizar refuerzos continuos en higiene oral para el mantenimiento de la salud oral.

Materiales



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

1. Instrumental Básico
2. Revelador de placa bacteriana (solución)
3. Espejo de cara
4. Cepillo de dientes
5. Seda dental
6. Eyector

Procedimiento

Luego de haber realizado un adecuado control de placa bacteriana, si el niño es mayor de 6 años se hará la instrucción directamente a él, con supervisión de los padres, de lo contrario se realizará a los padres o acudientes.

Inicialmente se indicarán las zonas de mal cepillado y se iniciará la instrucción, se indicará la técnica de acuerdo a las necesidades del paciente. Se iniciará por el cuadrante superior derecho en vestibular, el cuadrante superior izquierdo en vestibular, el cuadrante superior derecho en palatino, el cuadrante superior izquierdo en palatino, superficies incisales y oclusales superiores derechas e izquierdas, se continuará por el cuadrante inferior izquierdo en vestibular, el cuadrante inferior derecho en vestibular, el cuadrante inferior izquierdo en lingual, el cuadrante inferior derecho en lingual, superficies incisales y oclusales inferiores izquierdas y derechas. Por último se realizará un cepillado suave de la lengua.

PROFILAXIS

Es la remoción mecánica de la placa bacteriana y la película adquirida, se utilizará cepillo que evita el sobrecalentamiento del tejido dentario, evitando alteraciones pulpares.

Objetivos

1. Remover completamente la placa bacteriana
2. Eliminar la película adquirida
3. Preparar el tejido dentario para otros procedimientos

Materiales

1. Instrumental básico
2. Espejo de cara
3. Sustancia reveladora de placa (en procedimientos que no impliquen estética, para evitar pigmentaciones)
4. Cepillo para profilaxis
5. Agua oxigenada diluido o pasta profiláctica según procedimiento a realizar

Procedimiento

En caso de realizar control de placa bacteriana previo se podrá realizar la profilaxis con pasta profiláctica, previamente dispensada, tomando una cantidad de pasta con el cepillo y llevándola a la superficie del diente para iniciar el procedimiento, se irá lavando esporádicamente para observar como va quedando el procedimiento.



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

En casos en los cuales se vaya a realizar un procedimiento estético, se realizará la profilaxis con agua oxigenada, realizando el procedimiento previamente descrito.

Este procedimiento se realizará previo a la colocación de sellantes, flúor o en casos en los cuales el paciente llegue con un alto porcentaje de placa bacteriana.

TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ

Se refiere a la aplicación del fluoruro de sodio al 5% para permitir que las zonas hipomineralización del esmalte vuelvan a remineralizar evitando cavitaciones o lesiones posteriores.

Objetivos

1. Remineralizar esmalte hipomineralizado
2. Permitir que lesiones que están activas pero no cavitadas remineralice para evitar procedimientos invasivos.
3. En aquellos dientes que presentan lesiones extensas inducir algún tipo de mineralización para evitar procedimientos agresivos

Materiales

1. Instrumental básico
2. Espejo de cara
3. Profilaxis previa
4. Pincel Fluoruro de Sodio al 5% en barniz Eyector
5. Gasas

Se realizará una profilaxis previa con agua oxigenada diluida o pasta profiláctica.

Se darán indicaciones al paciente de no deglutir ninguna cantidad del material mientras se está llevando a cabo el procedimiento.

Previo secado de las superficies dentales, se procederá a la topicación de flúor en barniz con el pincel, posteriormente se le indica al paciente que con boca cerrada, desplace su lengua sobre las superficies para que el flúor entre en contacto con ellas. Terminado el procedimiento se procede con el eyector a retirar excesos. Se dan recomendaciones.

En caso de que la aplicación del flúor no sea generalizada sino localizada se secará previamente la zona con aire o con gasa, se llevará el flúor al sitio indicado se topará el barniz en la zona..

La frecuencia de aplicación del flúor se establecerá de acuerdo al riesgo individual del paciente y necesidades de este, podrá ir de semanas a meses.

Indicaciones post – procedimiento

- -No consumir alimentos ni bebidas en la siguiente hora.
- -No consumir alimentos irritantes o cítricos durante las siguientes 24 horas
- -No realizar cepillado hasta 24 horas después de aplicado el flúor.

COLOCACIÓN DE SELLANTES



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

Es la colocación de barreras físicas en los molares o dientes anteriores que presentan surcos y fosas profundas.

Indicaciones

1. Los sellantes están indicados actualmente en superficies de alto riesgo que presentan surcos y fosas profundas que presentan lesiones activas en forma de opacidad blanca en la superficie seca o húmeda.
2. En superficies que presentan microcavidades para prevenir caries ocultas.
3. Deben permitir controles periódicos porque si no se maneja higiene oral, el control de dieta puede presentar alteraciones.

Materiales

1. Instrumental básico
 2. Espejo de cara
 3. Profilaxis previa
 4. Instrumental completo para aislamiento total de campo si se requiere
- Tela de caucho
Perforador de tela de caucho
Portagrapas
Grapas de acuerdo al diente a aislar
Seda dental
5. Eyector
 6. Gasas
 7. Rollos de algodón
 8. Desmineralizante
 9. Sellante
 10. Pinza para papel de articular
 11. Papel de articular

Procedimiento

Se realizará una profilaxis previa con agua oxigenada diluida.

De acuerdo al comportamiento del paciente y a las habilidades del operador se decidirá si se realiza aislamiento total o relativo de campo para la colocación de los sellantes. Se desmineraliza la zona a sellar durante 30 segundos, lavar con abundante agua, secado y aplicación del sellante con un instrumento de punta roma para evitar que se rompan los prismas del esmalte que han quedado expuestos. Polimerizado de 20 a 40 segundos de acuerdo a la casa fabricante del material. Chequeo de oclusión pidiendo al paciente que muerda sobre un papel de articular para establecer si quedaron puntos altos que requieran ser pulidos.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

Se controlarán los sellantes en las citas de control que se darán al paciente de acuerdo al riesgo individual.

**PROTOCOLOS DE TRATAMIENTOS DE OPERATORIA EN ODONTOPEDIATRÍA
CECIMIN**

Estos tratamientos se realizan en los dientes que presenten microcavidades con opacidad adamantina y/o dentina gris y cavitaciones con opacidad adamantina exponiendo dentina. El tamaño de la lesión y la profundidad de esta determinarán el tipo de procedimiento que se va a realizar. Las técnicas invasivas se aplicarán cuando se sobrepase la eliminación de 1 mm de estructura dental, requiriendo de un material que recupere su funcionalidad biomecánica.

La operatoria dental se puede realizar con aislamiento absoluto del campo operatorio o con aislamiento relativo de acuerdo al comportamiento del paciente y a las habilidades del operador. El instrumental básico y para aislamiento se mantendrá a lo largo de los procedimientos de operatoria, por lo cual se establecerá la lista antes de iniciar la descripción de los procedimientos.

INSTRUMENTAL BÁSICO

- _ Espejo intraoral
- _ Explorador
- _ Cucharilla
- _ Pinza algodонера
- _ Eyector
- _ Algodones en rollo
- _ **LA SONDA PERIODONTAL NO SE CONSIDERA EN ODONTOPEDIATRÍA COMO INSTRUMENTAL BÁSICO YA QUE EN NIÑOS NO SE SONDEA POR EL RIESGO QUE ESTO IMPLICA**

AISLAMIENTO TOTAL DE CAMPO

- Tela de caucho
- Perforador de tela de caucho
- Portagrapas
- Grapas de acuerdo al diente a aislar
- Seda dental

INSTRUMENTAL DE OPERATORIA

- _ Aplicador de dycal
- _ Instrumento FP3

INSTRUMENTAL PARA ANESTESIA

- _ Anestesia tópica en gel
- _ Jeringa cárpula de succión
- _ Cápsulas (lidocaína con epinefrina o prilocaína)
- _ Aguja corta
- _ Algodones en rollo



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

_ LAS AGUJAS LARGAS NO SON UTILIZADAS EN ODONTOPEDIATRÍA YA QUE LAS AGUJAS CORTAS REALIZAN LOS BLOQUEOS REQUERIDOS.

RESINA/SELLANTE

Son los procedimientos menos invasivos de la operatoria dental, son restauraciones que se caracterizan por llevar resina/sellante en su composición.

Indicaciones

1. Micro cavitaciones o cavitaciones que tienen profundidad de 1 mm aproximadamente.

Materiales

1. Instrumental básico
2. Instrumental completo para aislamiento total de campo si se requiere
3. FP 3
4. Desmineralizante
5. Adhesivo o Bonding
6. Resina en pasta
7. Sellante
8. Fresa redonda pequeña

Procedimiento

Profilaxis con agua oxigenada diluida si el paciente tiene placa bacteriana.

Aislamiento total o relativo, retiro de la caries con fresa redonda, desmineralización del diente por 30 segundos, lavado con abundante agua, secado colocación del bonding o adhesivo en la zona donde se realizó cavidad, secado, polimerización por 20 segundos o cantidad de tiempo establecida por la casa fabricante, colocación de la resina en pasta, polimerizado de 30 a 40 segundos tiempo establecido por la casa fabricante, colocación del sellante de fosas y fisuras, polimerizado 20 a 40 segundos. Control de oclusión para verificar si no quedaron puntos altos.

Controles periódicos de acuerdo al riesgo individual de caries del paciente.

RESTAURACIONES PARA CAVIDADES CLASE I

Las cavidades clase I corresponden a las lesiones cariosas que se encuentran en la cara oclusal del diente, estas cavidades pueden obturarse con resina. El criterio del odontopediatra decidirá qué tipo de material utiliza de acuerdo a las condiciones particulares del paciente.

RESINA

Materiales

1. Instrumental básico
2. Instrumental de anestesia
3. Instrumental completo para aislamiento total de campo si se requiere
4. Instrumental de operatoria
5. Instrumento FP3
6. Ionómero de vidrio base intermedia
7. Fresas 245 o 330
8. Fresas para pulir resina

Procedimiento

Profilaxis si se requiere.

Anestesia infiltrativa o conductiva si se requiere, aislamiento total o relativo, retiro de la



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

caries con cucharilla o con fresa redonda o en forma de pera, colocación de una capa delgada de ionómero de vidrio si se requiere por la profundidad de la cavidad, polimerización, desmineralización 30 segundos, lavado, secado, colocación del adhesivo o bonding, secado, polimerización por 20 segundos, condensación de la resina por capas incrementales, tallado, polimerización 40 segundos, pulido final de la resina, control de oclusión para verificar si no quedaron puntos altos.

Controles periódicos de acuerdo al riesgo individual de caries del paciente.

RESTAURACIONES PARA CAVIDADES CLASE II

Las cavidades clase II corresponden a las lesiones cariosas que se encuentran en la cara Moclusal del diente y que involucran una de las caras proximales, estas cavidades pueden obturar con resina.

RESINA

Materiales

1. Instrumental básico
2. Instrumental de anestesia
3. Instrumental completo para aislamiento total de campo si se requiere
4. Instrumental de operatoria
5. Instrumento FP3
6. Ionómero de vidrio base intermedia
7. Fresas 245 o 330
8. Banda metálica o tiras de Mylar
9. Lijas para pulir resina
10. Fresas para pulir resina

Procedimiento

Profilaxis con agua oxigenada diluida si se requiere.

Anestesia infiltrativa o conductiva si se requiere, aislamiento total o relativo, retiro de la caries con cucharilla o con fresa redonda o en forma de pera, colocación de una capa delgada de ionómero de vidrio si se requiere por la profundidad de la cavidad, polimerización 40 segundos, desmineralización 30 segundos, lavado, secado, colocación de la tira de mylar o banda metálica, colocación del adhesivo o bonding, polimerización 20 segundos, condensación de la resina por capas incrementales iniciando en la cajuela, bruñido, tallado, polimerización 40 segundos, retiro de la banda ínter proximal, control de zonas retentivas ínter proximales, pulido y morfología, control de oclusión para verificar si no quedaron puntos altos.

Controles periódicos de acuerdo al riesgo individual de caries del paciente.

RESTAURACIONES PARA CAVIDADES CLASE III

Las cavidades clase III corresponden a las lesiones cariosas que se encuentran en las superficies proximales de los dientes anteriores que no involucran los ángulos incisales, estas cavidades se obturan con resina. En casos en los cuales la caries es muy extensa se puede pensar en una Forma Plástica o corona de acetato la cuál encontrará en la parte de Restauración.

RESINA

Materiales

1. Instrumental básico
2. Instrumental de anestesia

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

3. Instrumental completo para aislamiento total de campo si se requiere
4. Instrumento FP3
5. Bruñidor de bola
6. Ionómero de vidrio base intermedia
7. Fresas redonda o en forma de pera
8. Fresa de diamante para biselar
9. Tiras de Mylar
10. Lijas para pulir resina
11. Fresas para pulir resina

Procedimiento

Profilaxis si se requiere.

Anestesia infiltrativa o conductiva si se requiere, aislamiento total si se requiere o relativo, retiro de la caries con cucharilla o con redonda o en forma de pera, biselado de los bordes de la cavidad, colocación de una capa delgada de ionómero de vidrio si se requiere por la profundidad de la cavidad, polimerización 40 segundos, desmineralización 30 segundos, lavado, secado, colocación de la tira de mylar o banda metálica, colocación del adhesivo o bonding, polimerización 20 segundos, condensación de la resina por capas incrementales, contorneado de la resina, polimerización 40 segundos, retiro de la tira de mylar, control de zonas retentivas interproximales, pulido final, control de oclusión.

RESTAURACIONES PARA CAVIDADES CLASE IV

Las cavidades clase IV corresponden a las lesiones cariosas que se encuentran en las superficies proximales de los dientes anteriores que involucran los ángulos incisales, estas cavidades se pueden obturar con resina y realizarlo a mano alzada, pero pueden realizarse formas plásticas.

Materiales y Procedimiento

Igual que los utilizados para restauraciones clase III

RESTAURACIONES PARA CAVIDADES CLASE V

Las cavidades clase V corresponden a las lesiones cariosas que se encuentran en las zonas cervicales de los dientes, estas cavidades se pueden obturar con resina.

Materiales y Procedimiento

Igual que los utilizados para restauraciones clase I o Clase III

**RESTAURACIONES QUE INVOLUCRAN MÁS DE TRES SUPERFICIES EN DIENTES
TEMPORALES**

A. FORMAS PLÁSTICAS

Este tipo de restauraciones se realizarán en los dientes anteriores que presenten compromiso de 2 o 3 superficies dentarias y en aquellas que presenten compromiso de bordes incisales que sean difíciles de realizar a mano alzada.

B. CORONAS DE ACERO



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

Este tipo de restauraciones se realizarán en los dientes posteriores que presentan compromisos cariosos extensos 3 superficies o algún tipo de alteración del esmalte que no pueda ser reconstruido con materiales dentales ya mencionados

Materiales

1. Instrumental básico
2. Instrumental completo para aislamiento total de campo si se requiere
3. Instrumento FP3
4. Ionómero de vidrio base intermedia si se requiere
5. Ionómero de vidrio cementante
6. Fresas 245 o 330
7. Fresas de punto de contacto de diamante
8. Coronas de acero preferiblemente 3M
9. Pinza contorneadora de corona de acero 114
10. Pinza contorneadora gingival
11. Rueda de caucho
12. Puntas de caucho

Procedimiento

Anestesia si se requiere, aislamiento total o relativo, retiro de la caries con cucharilla o con fresa redonda o en forma de pera, colocación de una capa delgada de ionómero de vidrio si se requiere por la profundidad de la cavidad, polimerización, restauración parcial si se requiere con resina o ionómero reconstructor, selección de la corona de acero de acuerdo al tamaño del molar teniendo en cuenta su diámetro MD y VPo L, chequeo de oclusión, desgaste con la fresa punto de contacto de los contactos mesial y distal, desgaste oclusal siguiendo la morfología dental de aproximada 1 mm, desgaste de la corona con la rueda de

caucho iniciando en las superficies gingival mesial y gingivodental, prueba en las zonas donde presente isquemia de la encía se realizará mayor desgaste, contorno con la pinza 114 y contorno gingival, prueba final, secado del diente, cementación de la corona con ionómero de vidrio cementante, control de oclusión para verificar si no quedaron puntos altos. Indicaciones de higiene.

Controles periódicos de acuerdo al riesgo individual de caries del paciente



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

**PROTOCOLOS DE TRATAMIENTOS QUE COMPROMETEN EL COMPLEJO
DENTINO-PULPAR EN DIENTES TEMPORALES**

1. PULPA CLÍNICAMENTE SANA

- A. Signos y síntomas: Pulpa vital, Sin inflamación, asintomática
- B. Examen clínico: No hay presencia de caries, restauraciones adaptadas, no hay cambio de color, respuesta positiva normal a pruebas de sensibilidad
- C. Hallazgos radiográficos: No se observan cambios periapicales radiográficamente
- D. Tratamiento: Puede estar indicado el tratamiento endodóntico por fines restaurativos o periodontales

PULPITIS REVERSIBLES

Se considera pulpitis reversible a la patología dentinopulpar generada por un proceso carioso que se manifiesta con dolor provocado en la cual no se encuentra involucrado el tejido pulpar. El tratamiento a seguir es un recubrimiento pulpar indirecto, en caso de una exposición accidental libre de caries se realizará una pulpotomía, si esta no fuere exitosa se realizará un tratamiento convencional de conductos.

A. RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO

Materiales y Procedimiento

1. Instrumental básico
 2. Instrumental y materiales para anestesia local
 3. Instrumental completo para aislamiento total de campo si se requiere
 4. Instrumental de operatoria
 5. Ionómero de vidrio base intermedia
 6. Fresas redonda o en forma de pera Instrumental específico para el tipo de restauración
 7. Hidróxido de calcio puro o en pasta si se requiere.
- Profilaxis con agua oxigenada diluida.
- Anestesia, aislamiento total o relativo, retiro de la caries con cucharilla o con fresa redonda o en forma de pera, colocación de una capa delgada de ionómero de vidrio, en el caso en que al retirar caries se encuentre el piso de la cavidad cercano al tejido pulpar se colocará



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

en la zona hidróxido de calcio (dycal o life), luego se colocará el ionómero y finalmente la restauración escogida por el odontopediatra, realizando los procedimientos descritos anteriormente para cada material y cavidad.

Controles periódicos de acuerdo al riesgo individual de caries del paciente.

B. PULPOTOMÍA

Es el procedimiento por el cual se retira la pulpa cameral del diente, con el fin de mantener la vitalidad de la pulpa radicular, se realiza cuando se presenta una exposición pulpar accidental libre de caries

Materiales y Procedimiento

- -Instrumental básico
 - -Instrumental y materiales para anestesia local
 - -Instrumental completo para aislamiento total de campo si se requiere
 - -Instrumental de operatoria
 - -Fresas redonda o en forma de pera
 - -Motas de algodón estériles
 - -Agua destilada o suero fisiológico
 - -Momificante tipo momifar
 - -Óxido de zinc eugenol o IRM
 - -Oxifosfato de zinc
 - -Instrumental específico para el tipo de restauración
- Profilaxis con agua oxigenada diluida.

Anestesia, aislamiento total o relativo, retiro de la caries con cucharilla o con fresa redonda o en forma de pera, eliminación del techo cameral, eliminación de la pulpa cameral, hemostasia con mota de algodón estéril, hemostasia con mota de algodón estéril con agua o suero, si se requiere momificante. Colocación del cemento de óxido de zinc eugenol o

IRM, colocación del cemento de oxifosfato de zinc, si el diente se restaura con material de operatoria realizar dicha restauración como se especificó anteriormente. Controles periódicos. Si en el momento de la hemostasia luego de aplicar el momificante el diente continúa sangrando se procederá a realizar un tratamiento convencional de conductos en dientes temporales.

PULPITIS IRREVERSIBLES

**GUÍA, PROCEDIMIENTOS Y
COMPLICACIONES Actualización
ODONTOPEDIATRÍA CECIMIN JULIO 2020**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

Se considera pulpitis irreversible a la patología dentino pulpar generada por un proceso carioso que se manifiesta con dolor agudo constante en la cual se encuentra involucrado el tejido pulpar. El procedimiento a seguir es un tratamiento convencional de conductos.

C. TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS

Es el procedimiento por el cual se retira la pulpa cameral y radicular del diente, con el fin de mantenerlo hasta el recambio.

Materiales y Procedimiento

1. Instrumental básico
2. Instrumental y materiales para anestesia local
3. Instrumental completo para aislamiento total de campo
4. Limas de primera serie
5. Lentulos
6. Instrumental de operatoria
7. Fresas 245 o 330
8. Motas de algodón estériles
9. Agua destilada o suero fisiológico
10. Óxido de zinc eugenol o IRM
11. Oxifosfato de zinc

Profilaxis con agua oxigenada diluida.

Anestesia, aislamiento total o relativo, retiro de la caries con cucharilla o con fresa redonda en forma de pera, eliminación del techo cameral, eliminación de la pulpa cameral y radicular con limas de primera serie de 15 a 25 mm, abundante irrigación con agua

destilada o suero, al secar con conos de papel estos deben salir limpios, en este momento se procederá a obturar los conductos con lentulos rojos o azules y óxido de zinc eugenol; se colocará una mota y un cemento temporal mientras se toma la radiografía de control, cuando los conductos estén completamente obturados se colocará un cemento IRM y luego una capa de oxifosfato de zinc, hasta el momento en que se realice la restauración definitiva con algún material restaurador o con una corona de acero. Controles periódicos.

NECROSIS PULPAR

Se considera necrosis pulpar a la patología dentina pulpar generada por un proceso carioso crónico que conlleva a la muerte del tejido pulpar. El procedimiento a seguir es un tratamiento convencional de conductos (como se vió anteriormente) si no hay presencia de alteración en el ligamento periodontal o zona radiolúcida furcal; si esto ocurriese se realizará exodoncia del diente (el procedimiento se verá más adelante) y se procederá a colocar un mantenedor de espacio.

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA Y NO SUPURATIVA.

Se considera periodontitis apical crónica a la patología pulpar generada por un proceso carioso crónico que involucró el complejo pulpar, el cual sufre una necrosis que se manifiesta en los casos de crónica supurativa con presencia de absceso y tracto fistuloso, en los casos de crónica no supurativa se manifiesta con lesiones furcales; en caso de

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

agudización se presenta dolor, en casos más severos se puede presentar celulitis que comprometen espacios aponeuróticos de la cara.

El tratamiento a seguir en el caso de las periodontitis es la extracción del diente y la colocación de un mantenedor de espacio si se requiere (ver en manejo de espacios).

EXODONCIA

Es el procedimiento por el cual se extrae el diente causante de la infección.

Materiales y Procedimiento

- -Instrumental básico
- -Instrumental y materiales para anestesia local
- -Elevador recto
- -Elevadores de bandera izquierdo y derecho si se requiere
- -Elevadores apicales izquierdo y derecho si se requiere
- -Fórceps 150 (dientes superiores), 151 (dientes inferiores), 69 (restos radiculares)
- -Agua destilada o suero fisiológico
- -Alvogil o gelatam si se requiere
- -Porta-agujas si se requiere
- -Sutura si se requiere

Anestesia de la zona, con el elevador recto se realiza la luxación y debridación del diente, con el fórceps se realiza la aprehensión y exodoncia propiamente dicha. Control de hemorragia con gasas, lavado del alvéolo si es necesario. Colocación de materiales de Coagulación y sutura si se requiere. Indicaciones post-anestesia al paciente.

CELULITIS SECUNDARIA A UNA NECROSIS PULPAR.

20

**GUÍA, PROCEDIMIENTOS Y
COMPLICACIONES Actualización
ODONTOPEDIATRÍA CECIMIN JULIO 2020**

Se considera celulitis a la inflamación de alguna zona de la cara, causada por una infección bacteriana de origen dental.

El tratamiento a seguir depende de la complejidad y espacios involucrados. Si la infección es del tercio superior de la cara y el paciente presenta compromiso de párpado superior en inferior será de manejo hospitalario y se hará la remisión. En caso de infecciones de tercio inferior si pasa la línea media del mentón igualmente se realizará remisión, previo eliminación parcial de la causa apertura cameral del diente involucrado si se tiene acceso. En casos menos severos se hará la apertura cameral, irrigación con solución salina o agua destilada, colocación de mota de algodón, medicación antibiótica y antiinflamatoria, de acuerdo a los protocolos establecidos. Se citará al paciente en 5 días para realizar la exodoncia del diente causante de la infección (procedimiento descrito anteriormente).

NO SE CONSIDERA EL RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO COMO TRATAMIENTO DE DIENTES TEMPORALES YA QUE ESTE NO ESTÁ INDICADO POR LA REABSORCIÓN RADICULAR QUE PUEDE CAUSAR.

**PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS EN NIÑOS Y
TRAUMA DENTOALVEOLAR DE DIENTES TEMPORALES**

TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

Se denomina trauma de tejidos blandos a todas aquellas laceraciones que puedan presentarse en los tejidos periorales. Estos traumas se manejan de acuerdo al tipo y a los tejidos involucrados. Se manejan de acuerdo a su ubicación:

A. LACERACION DE LABIO

Se remitirá al cirujano plástico quien es el profesional capacitado para realizar suturas en piel de la cara y labios. Los primeros auxilios que se prestarán serán realizar presión para evitar la hemorragia y si es necesario se tomarán puntos que afronten y detengan la hemorragia.

B. LACERACIÓN DE MUCOSA INTRAORAL O CARRILLOS

Se considera laceración en la mucosa labial a toda herida que se presenta en la zona interna del labio o carrillos. El tamaño y la profundidad de la lesión determinarán si es necesario o no suturar por parte del especialista.

Materiales

1. Instrumental básico
2. Instrumental y materiales para anestesia local
3. Pinzas adson
4. Porta-aguja
5. Tijera para sutura
6. Tijera para tejido
7. Gasas estériles
8. Sutura (idealmente reabsorbible, tipo Vicryl (4-0 o 5-0))
9. Isodine

Procedimiento

Limpiar la zona con agua e isodine, anestesia tópica, anestesia infiltrativa, colocación de puntos simples de acuerdo a los planos involucrados. Retiro de sutura a los 5 días.

Indicaciones de masaje extraoral para evitar fibrosis del tejido. Controles periódicos.

C. LACERACIÓN EN LENGUA

Toda herida que comprometa la lengua, sea en su parte dorsal y/o en su parte ventral.

Materiales

1. Instrumental básico
2. Instrumental y materiales para anestesia local
3. Pinzas adson
4. Porta-aguja
5. Tijera para sutura

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

6. Tijera para tejido
7. Gasas estériles
8. Sutura (idealmente reabsorbible, tipo Vicryl (4-0 o 5-0)
9. Seda para realizar punto en lengua
10. Isodine

Procedimiento

Inicialmente se examinará la herida para determinar si es posible o no realizar la sutura en el consultorio, se tendrá en cuenta la cooperación del paciente y el compromiso vascular de la herida.

Anestesia tópica en las dos zonas retromolares para anestesia conductiva nervio lingual, anestesia conductiva, toma de punto en punta de la lengua, se iniciará sutura por planos de parte profunda a parte superficial, control de hemorragia para evitar hematomas, retiro punto de lengua, indicaciones en dieta, retiro de puntos y control en 5 días.

D. LACERACIÓN DE ENCÍA

Se valorará inicialmente la extensión de la lesión, si no requiere sutura por profundidad y extensión se explicará la forma de cicatrización y los cuidados y el compromiso del tejido, si existe pérdida total y exposición del periostio se colocará un cemento quirúrgico que proteja el hueso y se retirará en dos días cuando éste presente tejido de granulación, indicaciones de dieta e higiene.

TRAUMA DENTOALVEOLAR EN DIENTES TEMPORALES

Se denomina trauma de tejidos duros o dentoalveolar a todos aquellos traumas que involucran los dientes y sus tejidos adyacentes dentro del alvéolo y/o el alvéolo. Estos traumas se manejan de acuerdo al tipo y a los tejidos involucrados.

FRACTURAS CORONALES

Como su nombre lo indica solo involucran la corona del diente y del grado de compromiso dependerá su tratamiento.

1. LÍNEAS DE FRACTURA

Son fracturas que se presentan en el esmalte y se observan como líneas en forma horizontal o vertical del diente, el tratamiento de este tipo de traumas es el de controles periódicos.

2. FRACTURA CORONAL NO COMPLICADA

Involucra alguno de los bordes del diente, el tratamiento a seguir es la restauración con materiales estéticos y controles periódicos, se explicará a la madre o acudiente que cualquier alteración de color que note en el diente será indicio de que el trauma afectó el nervio y se deberá realizar un tratamiento convencional de conductos y su posterior restauración.

3. FRACTURA CORONAL COMPLICADA

Este tipo de fractura involucra el complejo pulpar, el tratamiento a realizar es un tratamiento convencional de conductos y su posterior restauración.

FRACTURAS CORONO RADICULARES

Como su nombre lo indica involucra la corona y la raíz del diente y del grado de compromiso dependerá su tratamiento.



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

1. FRACTURA CORONO RAÍZ NO COMPLICADA

Son fracturas que se presentan en la corona e involucran la raíz en su parte coronal y no son restaurables el tratamiento a seguir es la exodoncia y posterior manejo de espacio o estética.

2. FRACTURA CORONO RAÍZ COMPLICADA

Son fracturas que se presentan en la corona e involucran la raíz en su parte media, su tratamiento es la exodoncia y posterior manejo de espacio o estética.

3. FRACTURA RADICULAR

En este tipo de fracturas se presenta fractura en el tercio apical, el tratamiento a seguir es

la exodoncia de la parte coronal y media de la raíz y se dejará la parte apical para evitar que en el procedimiento se dañe el germen del permanente, esta porción apical erupcionará en el momento de la emergencia del permanente o se absorberá; posteriormente se realizará el manejo estético o manejo de espacio si se requiere.

TRAUMA DENTOALVEOLAR

Como su nombre lo indica involucra el diente y las estructuras de sostén, del grado de compromiso dependerá su tratamiento.

1. CONCUSIÓN

Es un tipo de trauma en el cual el diente no presenta ruptura del ligamento periodontal, no existe movilidad, hay presencia de sensibilidad a la percusión y a la masticación. El tratamiento a seguir es la eliminación de contactos.

2. SUBLUXACIÓN

Es un tipo de trauma en el cual el diente presenta ruptura de ligamento periodontal por lo cual hay hemorragia por el surco, movilidad presenta, sensibilidad a la percusión y a la masticación. El tratamiento a seguir es eliminación de contactos y férula semirrígida de 10 a 12 días.

• ELABORACIÓN DE LA FÉRULA

Se considera férula semirrígida a la férula realizada con resina y nylon o alambre de ligadura de ortodoncia trenzada, que permite movilidad funcional al diente. Esta se realizará tomando 2 dientes a la izquierda y dos a la derecha del diente que sufre el trauma.

GUÍA, PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES

Materiales

1. Instrumental básico
2. Instrumental para anestesia
3. Instrumento FP3
4. Alambre de ligadura trenzado
5. Resina (desmineralizante, adhesivo, resina)

Procedimiento

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

Anestesia si se requiere, medición del alambre para cortar el tamaño adecuado para que no queden puntas que puedan lacerar los tejidos blandos, desmineralización de punto en los dientes a fijar o ferulizar 30 segundos, lavado, secado, colocación del adhesivo o bonding, polimerización 20 segundos, colocación de punto de resina en el diente traumatizado y colocación del alambre, se debe cubrir este con resina, polimerización 40 segundos, se sigue el anterior procedimiento en todos los dientes que llevarán la férula, si es necesario se colocarán pequeños toques de resina en los molares para sacar el diente de contacto.

3. LUXACIÓN LATERAL

En este tipo de trauma se presenta un desplazamiento del diente que involucra sus tejidos de sostén y puede o no presentar fractura de tabla ósea. De acuerdo hacia el sitio que se desplace llevará su nombre, ej. Luxación palatina. El tratamiento a seguir es reposición y ferulización o exodoncia de acuerdo al criterio del odontopediatra. Si se requiere se realizará tratamiento estético o mantenedor de espacio.

· REPOSICIÓN DEL DIENTE

Prevía anestesia se procede a reposicionar el diente manualmente, debe dejarse en la misma posición que ocupaba previa al trauma, para estar seguro del procedimiento se puede preguntar a la madre o acudiente si el diente quedó en posición, esto también se corrobora si se mira el diente de diferentes ángulos, luego que procederá a realizar la fijación que durará de 2 a 3 semanas y la liberación de contactos.

4. LUXACIÓN EXTRUSIVA

En este tipo de trauma se presenta un desplazamiento parcial del diente fuera del alvéolo. El tratamiento a seguir es exodoncia. Si se requiere se realizará tratamiento estético o mantenedor de espacio.

5. LUXACIÓN INTRUSIVA

25

GUÍA, PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES Actualización ODONTOPEDIATRÍA JULIO 2020

En este tipo de trauma se presenta un desplazamiento del diente hacia el interior del alvéolo. El tratamiento a seguir es esperar la re-erupción del diente realizando controles radiográficos periódicos, se debe advertir a los padres sobre las posibles alteraciones que puede presentar el diente afectado en el momento de la erupción.

6. AVULSIÓN

En este tipo de trauma se presenta un desplazamiento total del diente fuera del alvéolo, no se realizará ningún tratamiento por el riesgo de causar algún daño en el diente permanente en formación, posterior a la cicatrización se puede realizar un tratamiento estético.

Aparatología para Ortodoncia Interceptiva

Para poder comprender la oclusión normal y la maloclusión, debemos necesariamente conocer cómo se desarrollan las piezas dentarias tanto pre como post natalmente y cual

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

es la situación de normalidad oclusal en los primeros años de vida. Una vez que han hecho erupción los veinte dientes temporales se establece una oclusión con rasgos morfológicos distintos a los de la oclusión permanente, que se caracteriza por:

1. Los incisivos están más verticales sobre la base maxilar y el ángulo interincisivo está más abierto que en la dentición permanente.

La sobremordida vertical está aumentada.

Hay diastemas interdientales fisiológicos entre los incisivos.

El vértice cuspídeo de los caninos superiores ocluyen sagitalmente en el punto de contacto entre el canino y el primer molar inferior.

Existen espacios abiertos en la zona de canino, descritos por Lewis y Lehman como espacios de antropoides o de primates.

Estos espacios suelen estar situados en mesial de los caninos superiores y en distal de los caninos inferiores

Las relaciones oclusales de la dentición temporal son similares a las de la dentición permanente, pero los términos empleados para su descripción son diferentes.

Una relación normal entre molares temporales es la de Plano Terminal Recto.

El equivalente a la Clase II de Angle en la dentición primaria es el Escalón Distal, mientras que la Clase I corresponde al Escalón Mesial.

PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES

La Clase III no suele observarse en la dentición primaria gracias al patrón normal de crecimiento craneofacial en que la mandíbula queda retrasada con respecto al maxilar superior.

A partir de los seis años, la dentición temporal va siendo sustituida por la dentición permanente, siendo los primeros molares inferiores los primeros que hacen erupción.

La relación anteroposterior entre los dos primeros molares permanentes depende de sus posiciones en los maxilares, la relación sagital entre el maxilar y la mandíbula y los promedios de las dimensiones mesiodistales de las coronas de los molares deciduos, tanto maxilares como mandibulares.

Los premolares son más pequeños que los dientes primarios que reemplazan.

Por término medio, el segundo molar inferior primario es 2 mm mayor que el segundo premolar; mientras que en el arco maxilar, el segundo molar primario es 1,5 mm mayor.

El primer molar primario es solo algo mayor que el primer premolar, pero deja libre 0,5 mm más en la mandíbula.

Como consecuencia de ello, existen a cada lado de la mandíbula unos 2,5 mm y en el maxilar 1,5 mm; a los que se denomina Espacio de Deriva.

Generalmente el segundo molar temporal mandibular es mayor en la dimensión mesiodistal que el segundo molar temporal maxilar, lo que permite que las caras distales de ambos dientes estén ubicados aproximadamente sobre un mismo plano.

Cuando se pierden los segundos molares primarios, los primeros molares permanentes se mesializan, utilizando el espacio de deriva y reduciendo la longitud y circunferencia de arco.

Normalmente los molares inferiores se desplazan más mesialmente que sus

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

equivalentes superiores, lo que contribuye a la transición normal desde la relación de Plano Terminal Recto en la dentición temporal a la relación de Clase I en la dentición permanente.

El crecimiento diferenciado de la mandíbula con respecto al maxilar superior también contribuye a la transición de los molares.

La relación de Escalón Distal puede corregirse y pasar a una relación de Clase I o puede permanecer como Relación de Clase II debido a que el crecimiento mandibular no sea suficiente. Una relación de Escalón Mesial puede convertirse en una Relación de Clase I o **evolucionar** hacia una Clase III al continuar el crecimiento mandibular.

27

**GUÍA, PROCEDIMIENTOS Y
COMPLICACIONES Actualización
ODONTOPEDIATRÍA CECIMIN JULIO 2020**

Las relaciones oclusales de la dentición temporal son similares a los de la dentición permanente, pero los términos empleados para su descripción son **diferentes**. Una relación normal entre molares temporales es la de Plano Terminal Recto. El equivalente a la Clase II de Angle en la dentición primaria es el Escalón Distal, mientras que la Clase I corresponde al Escalón Mesial.

La Clase III no suele observarse en la dentición primaria gracias al patrón normal de crecimiento craneofacial en que la mandíbula queda retrasada con respecto al maxilar superior.

Por su parte Graber y Swain describen la situación de los primeros molares de la siguiente manera:

“En pacientes con dentición temporal espaciada y plano recto de los molares temporales, los primeros molares permanentes inferiores erupcionan y se mueven hacia mesial los molares temporales, cierran el espacio distal a los caninos temporarios (espacios primates), convierten el plano terminal recto en una relación de escalón mesial, reducen la longitud de arco en la dentición inferior y permiten que los molares permanentes superiores erupcionan en una relación molar de Clase I. Esto se denominó Traslación Mesial Temprana”

Las alteraciones de la oclusión en los niños, frecuentemente, son anomalías de tipo dentoalveolar adquiridas, producidas por: caries, falta de desgaste fisiológico de los dientes temporales, extracciones de dientes en forma prematura, malos hábitos bucales como son: los de succión de chupete, dedo, labio, objetos, interposición de labio, lengua, mejilla, objetos, la respiración bucal y la onicofagia.

Todas estas causales alteran en forma progresiva, el normal desarrollo del aparato estomatognático, pudiendo transformar una anomalía de carácter adquirido en una de tipo esquelético, más difícil de tratar.

Es por esta razón que los tratamientos descritos a continuación en los niños ayudan en la interceptación precoz de las anomalías dentomaxilares, mejorando las condiciones del paciente ante probables tratamientos a futuro.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

MANTENEDORES DE ESPACIO

Los mantenedores de espacio conservan la longitud y el perímetro del arco, la distancia intermolar y previenen la inclinación mesial y rotación de molares.

Materiales

1. Instrumental básico
2. Sentador y empujador de bandas
3. Pinza quitabandas o 114
28

**GUÍA, PROCEDIMIENTOS Y
COMPLICACIONES Actualización
ODONTOPEDIATRÍA CECIMIN JULIO 2020**

4. Bruñidor de bola
5. Ionómero de vidrio cementante o cemento de fosfato de zinc
6. Puntas de caucho
7. Bandas de ortodoncia
8. Cubetas para impresión
9. Alginato
10. Yeso

Procedimiento

Se iniciará el procedimiento midiendo la banda y adaptándola con el empujador y el sentador en el segundo molar temporal, si está haciendo isquemia se retirará banda en esa zona, se dotará al diente con el bruñidor de bola. Se tomará una impresión en alginato, se sacará la banda y se colocará en la impresión se fijará con ganchos de cosedora o alambre de ortodoncia, se realizará el corrido de esta impresión y se mandará al laboratorio, se cementará con ionómero cementante, control a la semana, al mes y cada 3 o 4 meses.

BANDA Y ABRAZADERA

Indicada en caso de pérdida prematura de un solo molar deciduo.

- Selección y ajuste de la banda
- Toma de impresión con la banda en posición
- Fijación de la banda en la impresión, vaciado en yeso y envío al laboratorio
- Se realiza profilaxis del diente que lleva la banda
- Se aísla el campo operatorio
- Se prepara el ionómero de vidrio según las indicaciones del fabricante, se aplica al interior de la banda y se asienta en el molar.
- Se retiran los excesos

ARCO LINGUAL, BOTÓN PALATINO Y BARRA TRANSPALATINA

Indicado para mantener espacios, como aparato de anclaje y para fijación de aditamentos auxiliares.



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

- Selección y ajuste de las bandas
- Toma de impresión con las bandas en posición
- Fijación de las bandas en la impresión, vaciado en yeso y envío al laboratorio
- Se realiza profilaxis de los dientes que llevan las bandas
- Se aísla el campo operatorio
- Se prepara el ionómero de vidrio según las indicaciones del fabricante, se aplica al interior de las bandas y se asienta en los molares.
- Se retiran los excesos

PLACA DE HAWLEY

Este aparato permite mantener los dientes en posición o realizar movimientos dentales y esqueléticos menores.

Consta de una placa o base acrílica, ganchos de retención (Adams, gota, circulares, etc.), arco vestibular que puede modificarse de acuerdo a las necesidades y se le pueden agregar elementos activos como ganchos, tornillos, planos, etc.

Una vez tomada la impresión se envía al laboratorio para su elaboración, luego se instala y activa en caso de ser necesario.

PLANO INCLINADO

Se utiliza para la corrección de mordidas cruzadas anteriores en desarrollo, siempre y cuando se tenga espacio suficiente para mover el diente y una sobremordida vertical de por lo menos 40%.

No se debe usar más de 3 semanas por el riesgo de abrir la mordida por erupción posteriores. Requiere seguimiento continuo, los resultados son efectivos y rápidos.

PROGENIE

Es una placa de hawley con el arco vestibular maxilomandibular que se origina en elacrílico palatino y desciende hasta el tercio incisal de los incisivos inferiores y cruza horizontalmente sobre ellos. Su objetivo es el posicionamiento posterior de la mandíbula y lingualización de incisivos inferiores. Se modifica adicionando planos posteriores de mordida y tornillos de expansión palatina. Se utiliza específicamente en dentición decidua o mixtas cuando la maloclusión clase III está acompañado de mordida cruzada anterior.

APARATOS PARA EXPANSIÓN

Se pueden utilizar tanto fijos (Hyrax, Quad-Helix, Adams Porter) como removibles (placa de hawley activa).

Se emplean principalmente en el maxilar superior para disyunción o expansión palatina, corregir mordidas cruzadas posteriores, generar espacios y distalizar molares.

- Selección y ajuste de las bandas
- Toma de impresión con las bandas en posición
- Fijación de las bandas en la impresión, vaciado en yeso y envío al laboratorio
- Se realiza profilaxis de los dientes que llevan las bandas
- Se aísla el campo operatorio
- Se prepara el ionómero de vidrio según las indicaciones del fabricante, se aplica al interior de las bandas y se asienta en los molares.
- Se retiran los excesos

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

- Revisiones para activación
- Retención: una vez el aparato cumple con su función, debe dejarse en boca como retenedor (3 – 6 meses) o el doble del tiempo que se demoró la expansión.

REJILLA PARA HÁBITO

Se utiliza para corregir hábito de dedo y/o lengua creando una interferencia, su efectividad

es mayor si se usa fijo con bandas en los molares. Consta de un arco palatino soldado a bandas y posee una canastilla anterior para la colocación de la lengua y se pueden hacer modificaciones como por ejemplo adicionar arco vestibular o ganchos para producir movimientos dentarios menores.

Puede ocasionar marcas en la lengua o enterrarse en el paladar, es importante un seguimiento periódico.

- Selección y ajuste de las bandas
- Toma de impresión con las bandas en posición
- Fijación de las bandas en la impresión, vaciado en yeso y envío al laboratorio
- Se realiza profilaxis de los dientes que llevan las bandas
- Se aísla el campo operatorio
- Se prepara el ionómero de vidrio según las indicaciones del fabricante, se aplica al interior de las bandas y se asienta en los molares.
- Se retiran los excesos
- Instrucción al paciente para que posicione la lengua en la canastilla durante la deglución.
- Revisiones de control y motivación para que el paciente deje el hábito

APARATOLOGÍA ORTOPÉDICA

BIONATOR

Posee un alambre transpalatino grueso tipo Coffin, en lugar de cubierta deacrílico. El alambre vestibular sirve de contención que mantiene el labio alejado de los dientes y se extiende por bucal de premolares y molares, hasta distal de segundos molares o mesial del

primer molar permanente. Las partes acrílicas del bionator hacen contacto con los dientes y

con estructuras de apoyo.

Se usa principalmente en maloclusiones clase II, en niños de 6-7 años en adelante con deficiencia anteroposterior.

Produce posicionamiento anterior del maxilar inferior y promueve la nueva posición de este. Crea cambios dentales, esqueléticos, dentoalveolares y musculares.

Junto con el bionator se pueden colocar tornillos de expansión en la zona lingual, esto es para favorecer la expansión lateral y conseguir mayor espacio para el recambio de erupción, cuando el paciente presenta deficiencia transversal.

Para permitir la erupción de los dientes permanentes, se debe eliminar y recortaracrílico.

- Una vez tomada la impresión se envía al laboratorio para su elaboración
- Se instala
- Se dan instrucciones al paciente explicándole su uso continuo, excepto durante las comidas, la higiene oral o al practicar algún deporte
- El paciente debe ser advertido sobre los problemas al hablar, pero se le explicará que esto es transitorio y el aumento de saliva en los 3 primeros días.
- Uso de 14 a 16 horas diarias

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

- Si el bionator posee tornillo este no se activará en la postura del aparato, se activará en el consultorio en la primera cita de control a los 10 días, se le entrega la llave al paciente y se le instruye el modo de activación
- El paciente lo activa con 1/4 de vuelta cada 8 días por 8 - 10 meses
- Luego se hará una evaluación o hasta que se obtenga el resultado deseado del tratamiento no más de 10 - 12 meses o recomendar uso nocturno.

KLAMT

Para pacientes con apiñamiento leve o moderado con maloclusión clase I y dentición mixta temprana.

Produce una expansión transversal creando mayor espacio para el posicionamiento de los dientes que están erupcionando.

- Una vez tomada la impresión se envía al laboratorio para su elaboración
- Se instala
- Se dan instrucciones al paciente explicándole su uso continuo, excepto durante las comidas, la higiene oral o al practicar algún deporte
- El paciente debe ser advertido sobre los problemas al hablar, pero se le explicará que esto es transitorio y el aumento de saliva en los 3 primeros días.
- Uso de 14 a 16 horas diarias
- Citas de control

Es un dispositivo para ejercicio muscular y demanda uso continuo. Ayuda a la maduración, entrenamiento y reprogramación muscular. El aparato hace uso máximo del espacio vestibular como su área de operación, evitando toda presión labial y de carrillos que sea anormal.

No hayacrílico interoclusal ni interferencias en la oclusión en ninguno de los Frankel. El avance mandibular se realiza gradualmente en dos etapas de 3 mm. cada una.

- Una vez tomada la impresión se envía al laboratorio para su elaboración
- Se instala
- Se dan instrucciones al paciente explicándole su uso continuo, excepto durante las comidas, la higiene oral o al practicar algún deporte
- El paciente debe ser advertido sobre los problemas al hablar, pero se le explicará que esto es transitorio y el aumento de saliva en los 3 primeros días.
- Uso 24 horas día
- Después de que el aparato ha sido utilizado por lo menos de tres a cinco meses, la distancia entre los escudos labiales superiores y el alveolo disminuyen y es necesaria una nueva activación avanzando el escudo labial superior.

Existen cuatro tipos principales de aparatos:

- RF1 y RF2: para maloclusión clase II
- RF3: para clases III.

Útil en dentición mixta o permanente temprana, para corregir maloclusión clase III, caracterizada por una retrusión maxilar esquelética.

A diferencia del RF2 este posee escudos vestibulares alejados del proceso alveolar superior y unido estrechamente a la mandíbula, estimulando el desarrollo maxilar y restringiendo el desarrollo mandibular y además no hay que promover una función anterior por lo que el RF3 no tiene escudo lingual.

Se toma una mordida constructiva con un cilindro en forma de herradura, este El registro se toma en posición habitual. Debe haber 2 mm. de espacio interoclusal en

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

la región molar.

- RF4: para patrón facial hiperdivergente y mordida abierta anterior

MÁSCARA FACIAL

Está indicada en pacientes clase III en desarrollo (dentición mixta), especialmente en aquellos que tienen mayor tendencia de crecimiento horizontal mandibular y deficiencia en el crecimiento maxilar.

Produce avance maxilar, rotación abajo y atrás de la mandíbula e inclinación lingual de incisivos inferiores.

Consta de 3 componentes: Máscara facial, tornillos de expansión con planos acrílicos y elásticos. La máscara posee dos almohadillas que deben quedar sobre la frente y el mentón, el arco vestibular debe quedar un poco más bajo que el plano oclusal.

- Una vez tomada la impresión se envía al laboratorio para la elaboración del tornillo de expansión
- Se cementa con ionómero el tornillo
- Se dan instrucciones al pacientes para que unos días después de instalado el tornillo comience la activación del mismo. Esto se realiza aún en pacientes que no requieren aumento en la dimensión transversal para desarticular el sistema sutural y promover la tracción del maxilar.
- Posterior a la disyunción palatina se instala la máscara facial revisando que el arco vestibular mire un poco hacia abajo y adelante.
- Se dan instrucciones al paciente para el uso de los elásticos

TRACCIÓN EXTRAORAL

Se utiliza como mantenedor de espacio (anclaje adicional), para movimiento distal de molares superiores, retracción de caninos, reducción de la sobremordida horizontal (retracción de incisivos).

- Ajuste el arco interno, de manera que el arco intra y extraoral quede entre los labios. El arco externo no debe presionar la cara y debe quedar a nivel de los tubos de los molares o ligeramente por encima para evitar y se mandará al laboratorio, se cementará con ionómero cementante, control a la semana, al mes y cada 3 o 4 meses

MANEJO ANTIBIOTICO Y ANALGESICO PARA INFECCIONES OROFACIALES Y NO OROFACIALES

MANEJO ANTIBIÓTICO

La medicación antibiótica en infecciones orofaciales se realizará cuando el paciente presente algún tipo de deformidad de contorno en cara asociado a alteraciones cariosas dentales.

La fórmula médica que se realizará para dicho manejo es la siguiente:

mg del medicamento **X** Kg. de peso del paciente

Dosis día del antibiótico

mg dosis

250 mg 5ml

mg dosis x

Donde: **mg del medicamento es:** Cantidad de miligramos del medicamento es la cantidad de medicamento indicado

Kg. de peso del paciente: peso del paciente en kilogramos



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

Dosis día del antibiótico: corresponde al número de dosis que indica el medicamento que

se deben tomar en el día, en caso de que el antibiótico esté indicado cada 8 horas serán 3

dosis día, en caso de que el antibiótico esté indicado cada 6 horas serán 4 dosis al día.

250mg es la concentración del medicamento que se encuentra en 5 mililitros

Por ejemplo

Paciente de 7 años que pesa 18 kilogramos, presenta deformidad de contorno en hemicara

derecha no alérgico a la penicilina. La medicación elegida es:

50mg x 18 kg 250 5

----- = 300

3 300 X

X= 6 cc

La medicación será:

Amoxicilina suspensión de 250 mg, vía oral, tomar 6 cc cada 8 horas por 7 días.

MANEJO ANALGÉSICO

La medicación analgésica en pacientes pediátricos se realizará cuando el paciente presente algún tipo de dolor o manejo quirúrgico, la dosis se adaptará según dolor, por tiempo determinado.

La fórmula médica que se realizara para dicho manejo es la siguiente:

10 mg del medicamento X Kg. de peso del paciente = **mg dosis**

125 mg 5ml

mg dosis x

MANEJO INFECCIONES AGUDAS DE ORIGEN DENTAL EN NIÑOS

1. DEFINICIÓN.

Es un proceso infeccioso relacionado con la inoculación y multiplicación de microorganismos patógenos de origen dental que comprometen los mecanismos de defensa del huésped, el cuál dependiendo de su patogenicidad genera un compromiso local o sistémico, presentando signos y síntomas característicos de la respuesta de inflamación aguda: dolor, calor, rubor, tumor y pérdida de la función.

2. FISIOLÓGÍA DE LA INFECCIÓN ODONTOGÉNICA

Fisiopatología de la infección

- ☐ Fase Pulpar:
 - Las toxinas ingresan a través de la barrera dentinaria semipermeable.
 - Hay respuesta pulpar antes del ingreso de los microorganismos.
 - Al ingresar los microorganismos ya hay una respuesta inmune contra los productos de los microorganismos o ellos mismos.
- ☐ Fase Periapical:
 - Los microorganismos presentes en la pulpa alcanzan con velocidad limitada los tejidos periapicales, la exposición previa a los antígenos bacterianos (por estar en la pulpa, o por estar en la flora oral normal) permite que se monte una respuesta defensiva de una magnitud tal que

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

puede controlar la infección. Hay gran sintomatología clínica con presencia de pocos microorganismos.

- La velocidad de ingreso y proliferación de los microorganismos supera la capacidad de respuesta de las defensas del paciente por:

Microorganismos	Defensa Inadecuada
Gran cantidad	Limitado aporte
Muy patógeno	Deficiencia inmune
No existe memoria inmune contra la cepa	Alteración sistémica: (desnutrición)

- Fase Sistémica:
 - Los microorganismos fuera de control empiezan a diseminarse y a producir daños en los tejidos, al fijarse en los sitios con los cuales sus receptores de superficie presentan afinidad (cerebro, órbita, corazón, hueso maxilar, tejido celular subcutáneo, etc.) y proliferan.

Se observan respuestas sistémicas generalizadas: fiebre, malestar general, inflamación difusa.

3. FASES CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN AGUDA.

- **Edema** = Trasudado plasmático. Clínicamente se observa deformación de contorno difuso, consistencia blanda y depresible.
- **Celulitis** = Infiltrado celular. Clínicamente consistencia firme localizada o difusa, dura a la palpación con signos de inflamación aguda más aparentes.
- **Absceso**. Muerte celular, localización de restos celulares, mediadores químicos de la inflamación que se manifiesta clínicamente con presencia de exudado purulento, que fluctúa o crepita según los microorganismos aerobios o anaerobios presentes.

Generalmente las fases se pueden ir desarrollando de acuerdo al tiempo de evolución y pueden estar presentes simultáneamente o ser difíciles de identificar (celulitis y absceso).

4. DIAGNÓSTICO.

- Historia clínica completa con énfasis en estado nutricional y factores de riesgo psicosociales y culturales.
- Presencia de factor etiológico (Focos cariogénico, secuelas de trauma, pericoronitis, procesos endoperiodontales)
- Cuadro clínico compatible (Signos de inflamación aguda)

5. EXÁMENES PARACLÍNICOS E INTERCONSULTAS.

- Radiografías: periapicales y/o panorámicas.
- Inter consulta y valoración por el cirujano maxilofacial.
- Cuadro Hemático, Velocidad de sedimentación globular (VSG), cultivos y antibiogramas (Opcionales)

6. CONDICIONES DE ALERTA QUE INDICAN MANEJO HOSPITALARIO.

- Localización: (edema que esté comprometiendo cualquier espacio de evolución rápida con riesgo de diseminación a estructuras vitales).
- Más de un espacio aponeurótico comprometido.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

- ☐ Tiempo de evolución. (Generalmente más de 24 horas)
- ☐ Compromiso sistémico del paciente. (desnutrición, enfermedades debilitantes).
- ☐ Manifestaciones sistémicas de infección (fiebre, adinamia, trismus severo, disfagia, deshidratación entre otras).
- ☐ Paciente que no tolere la vía oral.
- ☐ Falta de compromiso de los padres.
- ☐ Complicación y no mejoría con el manejo ambulatorio.

7. MANEJO AMBULATORIO.

7.1 MANEJO MÉDICO

FARMACOLOGÍA: CONSIDERACIONES PRELIMINARES PARA ANTIBIOTICOTERAPIA.

- ☐ **¿Qué es dosis de carga de antibiótico?** Es una dosis mayor que la terapéutica (generalmente el doble de esta), administrada 1 o 2 horas antes del procedimiento quirúrgico (Premedicación).
- ☐ **¿Cuándo administrar dosis de carga?** Se recomienda cuando el huésped se encuentra debilitado, los microorganismos en fase de crecimiento acelerado y el riesgo de una bacteriemia a distancia es posible.
- ☐ **¿Cuándo NO es necesaria la pre medicación con dosis de carga?** Cuando la infección es **localizada** y de evolución **crónica y el huésped es inmunológicamente competente (sin compromiso sistémico)**
- ☐ **¿Qué es dosis de apoyo al tratamiento quirúrgico?** Son las dosis terapéuticas de los antibióticos de acuerdo a su farmacocinética.
- ☐ **¿Cuándo administrar dosis de apoyo?** Cuando la infección está localizada en fase de edema o infiltrado sin invadir espacios aponeuróticos y el huésped es inmunológicamente competente.
- ☐ **¿Cuándo NO administrar dosis de carga?** Cuando el huésped es sistémicamente sano, inmunológicamente competente y la infección está en fase de Absceso porque hay muerte celular y la virulencia de las bacterias disminuye y el organismo circunscribe esta área y por la circulación muchas veces no hay difusión.
- ☐ **¿Por qué NO administrar antibióticos innecesariamente?** Porque los antibióticos, igual que todos los fármacos tienen efecto sistémico no sólo local; lo que significa que se pueden producir efectos secundarios que muchas veces son mayores a los riesgos que se tratan de prevenir como son los de producir resistencia a los mismos, sobreinfección, sensibilización y alergias.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

SELECCIÓN DEL TIPO DE ANTIBIÓTICO. (Para manejo ambulatorio)

DOSIS DE CARGA

	PRIMERA ELECCIÓN	PRIMERA ALTERNATIVA	ALÉRGICOS A LA PENICILINA
Niños. (- 30 Kg.)	-Amoxicilina: 50 mg/Kg.	Cefalexina: 25- 50 mg/Kg	- Claritromicina: 15 mg./kg. - Azitromicina: 15 mgr./kg. - Eritromicina (POS): 20 mg/Kg.
Adultos.	-Amoxicilina (POS): 2 gramos. (dosis carga) 500 mgr. c/ 8 h. (dosis terapéutica)	- Cefalexina: 2 gr	- Eritromicina(POS): 1 gramo. - Clindamicina: Vía oral: 300 – 450 mg. C/6 horas. - Cefalexina: 2 gr.(dosis carga)

Nota:- Clindamicina = Solo en adultos

- Vía Oral = 300 – 450 mg. C/6 horas

- Inyectable: 1.200 – 1.800 mg. día, repartidos en 3 ó 4 dosis.

ANTIBIÓTICO	PRESENTACIÓN COMERCIAL	DOSIS TERAPÉUTICA ADMINISTRACIÓN ORAL
- Amoxicilina:	<ul style="list-style-type: none"> Polvo para suspensión por 125 mg/5 ml, por 250 mg/5ml, frasco de 60 ml. Cápsulas por 500 mg. Caja por 50 cápsulas 	La dosis ponderal es de 20 -50 mg/kg/día con base en la amoxicilina, en dosis divididas cada 8 horas.
- Cefalexina	<ul style="list-style-type: none"> Suspensión 250 mg/5ml. Frasco por 60 ml Cápsulas por 500 mg. Caja por 10 cápsulas 	La dosis ponderada es de 25 a 50 mg/kg dividida en 4 tomas al día, con un máximo de hasta 4 g/día como dosis total.
- Claritromicina	<ul style="list-style-type: none"> Suspensión 250 MG/5 ml Frasco x 50 ML 	La dosis ponderada es de 7.5 a 15 mg/kg de peso por día, repartidos en dos tomas, durante 10 días
- Azitromicina	<ul style="list-style-type: none"> Suspensión 200 mg/5ml. Frasco por 15 ml Tabletas por 500 mg. Caja por 3 tabletas 	La dosis ponderada es de 10 mg/kg a 20 mg/kg durante 3 días, en la que no se debe exceder una dosis diaria máxima de 500 mg.
- Eritromicina	<ul style="list-style-type: none"> Suspensión 250 mg/5ml. Frasco por 60 ml Tabletas por 500 mg. Caja por 50 tabletas 	Dosis ponderada es de 30-50mg/kg/día, cada 6-12h. Dosis máxima recomendada: 4g/día.
- Clindamicina:	<ul style="list-style-type: none"> Cápsulas por 300 mg. Caja por 24 cápsulas 	Dosis ponderada es de 20 a 40 mg/Kg/día, fraccionada en 2, 3

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

	<ul style="list-style-type: none"> • Ampollas 600mg/4ml. Caja por 2 ampollas. (intrahospitalaria primera elección en niños) 	ó 4 dosis. Dosis máxima recomendada 2,7 g/día.
--	--	--

7.2 MANEJO QUIRÚRGICO:

☐ **Eliminación de la causa.**

En el tratamiento de las infecciones odontogénicas es de vital importancia la identificación y tratamiento del diente responsable, sí, se trata de dientes temporales generalmente se extraen. Sí son permanentes y está indicada la exodoncia, se realiza, de lo contrario se efectúa manejo endodóntico y periodontal.

☐ **Drenaje definitivo.**

Cuando compromete espacios aponeuróticos, permite la descompresión de los tejidos, evita la diseminación por continuidad, controla la liberación de mediadores químicos, enzimas, prostaglandinas, etc., mejora la sintomatología, cambia el PH y el medio ambiente en los tejidos reduciendo la supervivencia bacteriana. Se realiza con anestesia local si el manejo es ambulatorio o general sí el paciente está hospitalizado de acuerdo al número de espacios comprometidos, y del estado general del paciente, en este caso el manejo es por parte de cirugía oral y maxilofacial. Sí el material purulento está localizado en el ápice de un diente temporal, generalmente con la exodoncia hay salida del exudado y no se requiere una incisión adicional.

8. TERAPIA DE APOYO.

1. Dieta blanda hipercalórica.
2. Abundantes líquidos.
3. Higiene oral estricta.
4. En pacientes atendidos ambulatoriamente se les programa un control en 24 a 48 horas, dependiendo del estado sistémico, del contexto socio cultural, advirtiéndole que si no hay mejoría debe consultar inmediatamente al Servicio de Urgencias y que posiblemente requerirá una radiografía panorámica. En el control se recomienda irrigar con suero fisiológico movilizándolo el dren. El paciente debe mostrar evolución satisfactoria con disminución de los signos de inflamación aguda y estabilización del estado sistémico.
5. Continuar tratamiento por consulta externa.

COMPLICACIONES EN ODONTOPEDIATRÍA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

SENSIBILIDAD POST-OPERATORIA:

Factores predisponentes:

- Restauraciones extensas previas
- Técnica inadecuada
- Daño pulpar
- Trauma de oclusión

Manifestaciones clínicas:

- Dolor o sensibilidad a cambios térmicos ó a la presión

Tratamiento:

- Alivio de oclusión
- Retiro de restauración y su repetición
- Manejo con desensibilizantes
- Seguimiento
- Si el dolor se convierte en espontáneo ó incrementa la intensidad deberá realizarse endodoncia dependiendo del diente y el estado de reabsorción radicular.
- Exodoncia

LACERACIONES:

Factores predisponentes:

- Pacientes de difícil manejo
- Zona de difícil acceso
- Macroglosia
- Movimiento accidental

Manifestaciones clínicas:

- Sangrado
- Ulceración
- Dolor
- Hematoma

Tratamiento:

- Suspender atención odontológica si lo amerita la lesión
- Tranquilizar al paciente y acompañante
- Aplicación de anestesia tópica en el área, dando recomendaciones para evitar mordeduras accidentales de la zona anestesiada

EXPOSICIÓN PULPAR:

Factores predisponentes:

- Caries extensa
- Tallado extenso

Manifestaciones clínicas:

- Dolor
- Sangrado

Manifestaciones radiográficas:

- Zona radiolúcida compatible con cavidad extensa que comprometa cuernos ó cámara pulpar

Tratamiento:

- Pulpotomía en dientes temporales vitales
- Pulpectomía
- Recubrimiento pulpar directo
- Endodoncia



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022

DESALOJO DE OBTURACIÓN:

Factores predisponentes:

- Obturaciones extensas
- Ingesta de alimentos inmediatamente después del tratamiento
- Paciente de difícil manejo
- Contaminación de la cavidad
- Técnica inadecuada
- Mala preparación de la cavidad

Manifestaciones clínicas:

- Dolor a los cambios térmicos
- Cavidad expuesta y con empaquetamiento alimenticio

Tratamiento:

- Repetición de la restauración

FRACTURAS DENTARIAS:

Factores predisponentes:

- Pérdida de la integridad dentaria
- Trauma con instrumentos
- Malos hábitos (Onicofagia)
- Técnica inadecuada

Manifestaciones clínicas:

- Fractura clínicamente evidente

Tratamiento:

- Restauración del diente.

BIBLIOGRAFÍA

Pinkham,J; Casamassimo,F; Nowak,M.Odontología pediátrica . Ed. Interamericana.
Koch, Morder, Poulsen, Rasmussen. Odontopediatria Enfoque clínico . 1ra ed. 1994.Ed.
Panamericana.

Baratieri L. ET AL. Operatoria dental, procedimientos preventivos y restauradores.1993
Quintessence.

Barrancos M. J. Operatoria Dental . 1988. Ed. Panamericana .1ra edición.

Navarro, F.Cementos ionómero de vidrio. 1998. Ed. Artes Médicas. 1ra edición.

Mondelli, Francisco. Uso clínico de las resinas compuestas. Revista Maxi
odonto:Dentística. Volumen 1. Fascículo. Mayo/Junio 1995.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

Issao, M.; Guedes-Pinto, A.C. Manual de Odontopediatria . 9.ed. São Paulo, Pancast, 1994.

Mc Donald, R. E.; Avery, D.R. Odontopediatria , 4 a.ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1986, cap. 8, p.168-90.

Toledo, O.A. Odontopediatria. Fundamentos para la práctica clínica . São Paulo , Panamericana, 1986.

Vos, A.Z. et al. Manual de Odontopediatria . Fascículo 1. I
Noção da Criança ao tratamento Odontológico.

Andreasen, J. O . - Traumatic injuries of the teeth. Munkegaard, Copenhagen, 1982.
Graber, T.M. Ortodoncia Teoría y Práctica-3era ed. E. Interamericana Buenos Aires 1994

AKATA, M.; WEI, S. Guia Oclusal en Odontopediatria. 2da ed ; Edit. Actualidades
médico odontológicas, Madrid-España 1995 P
Proffit, W. Ortodoncia Contemporánea. 2da Ed. Edit Abdr, Sao Paulo 1993
Ten Cate, A.R.; Erupción dental. In: BHASKAR, S.N., ed.
Histología y Embriología de Orban

Academy of Operative Dentistry. Recommendations for clinical practice: Fissure caries.
Oper Dent 2001; 26: 324-327.

Van Amerongen JP, Davidson CL, Opdam NJM, Roeters FJM, Kidd EAM. Restoring the
tooth: 'the seal is the deal'; in Fejerskov O & Kidd E: Dental Caries: The Disease and its
Clinical Management. Copenhagen, Blackwell Munksgaard, 2003, pp 275-291.

Andreasen JO, Andreasen FM. Essentials of Traumatic Injuries to the Teeth. Munksgaard
1990, Copenhagen.

Anusavice KJ: Materials of the Future: Preservative or Restorative?. Operative Dentistry
1998; 23: 162-167.

Ashley PF et al: Toothbrushing Habits and Caries Experience. Caries Res 1999; 33: 401-
402.

Axelsson P, Paulander J, Svårdström G, Trollskog G, Nordensten S: Integrated Caries
Prevention Effect of a Needs-Related Preventive Program on Dental Caries in Children.
Caries Res 1993; 27(suppl 1): 83-94.

Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of the performance of methods for
identifying carious lesions. J Public Health Dent 2002; 62(4): 201-213.

Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. A systematic review of selected caries prevention and
management methods. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29: 399-411.

Berg Joel H. Glass Ionomer cements. Pediatric Dentistry 2002, 24:430-438.

Bille J, Thylstrup A. Radiographic diagnosis and clinical tissue changes in relation to



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA
M-COE-OE-PT-009 VI, 20-01-2022**

treatment of approximal carious lesions. Caries Res 1982; 16: 1-6.

Bjørndal L. Dentin caries: Progresión y clinical management. Oper Dent 2002; 27: 211-217.

Bjørndal L, Mjör IA. Dental caries: Characteristics of lesions and pulpal reaction; in Mjör IA: Pulp-dentin Biology in Restorative Dentistry. Chicago, Quintessence Publishing Co. Inc, 2002, 55-76.

Duggal M.S., Gautam S.K., Nichol R. and A. J. Robertson. Series Editor Duggal M. Pediatric Dentistry in the new Millenium: 4. Cost-effective restorative Techniques for primary Molars. Dental Update, October 2003, 30: 410-415.

Ekstrand K, Martignon S, Ricketts DNJ, Qvist V. Detection and Activity Assessment of Primary Coronal Caries Lesions. A Methodical Study. (En proceso de publicación en Operative Dentistry).

González MC, Ruíz JA, Fajardo MC, Gómez AD, Moreno CS, Ochoa MJ, Rojas LM. Comparison of the Index with Nyvad´s Caries Diagnosis Criteria in 3 and 4 years old, Colombia Children, Pediatric Dentistry 25; (2), 132-136; 2003.

Ismail A. Visual and Visuo-tactile Detection of Dental Caries. J Dent Res 2004; 83(Spec IssC):C56-C66.

Mobley Connie C. Nutrition and Dental caries. Dent Clin N. Am 2003;47:319-336
Ross C. Randall. Preformed metal crowns for primary and permanent molar teeth: review of the literature. Pediatric Dentistry 2002; 24:489-500.