

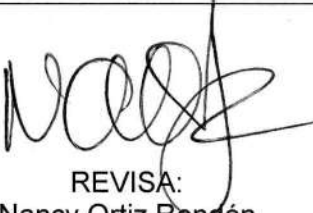

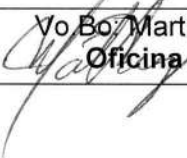



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 1 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

ODONTOLOGIA OPERATORIA

 ELABORO: Maria Victoria Vargas Riobueno Coord. Odontología	 REVISAS: Nancy Ortiz Rondón Subgerente Asistencial	 Luis Ignacio Betancourt Silguero Gerente APROBADO: RESOLUCIÓN No. 517 de 2018/09/03
FECHA: 2018/08/28	FECHA: 2018/08/29	
 Vo Bo Martha E. Amaya C. Oficina de Calidad	FECHA: 2018/08/30	



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 2 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	4
2.	ALCANCES Y RESPONSABLES	4
3.	GENERALIDADES	4
3.1	GUÍA DE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS EN CARIES DENTAL: DIAGNÓSTICO Y MANEJO.....	4
3.1.1	DIAGNÓSTICO INTEGRAL EN CARIES DENTAL.....	4
3.1.2	DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO.....	4
3.1.2.1	Lesiones de caries (presencia de zonas de radiolucidez)	5
3.1.2.2	Estado de las restauraciones (presencia de zonas de radiopacidad)	5
3.1.3	DIAGNÓSTICO VISUAL – CRITERIOS ICDAS MODIFICADO	5
3.1.4	CARIES CORONAL PRIMARIA.....	6
3.1.5	CARIES SECUNDARIA	9
3.1.6	CARIES RADICULAR	9
3.1.7	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL / OTRAS PATOLOGÍAS.....	10
3.1.8	ESTADO DE LAS RESTAURACIONES	14
3.1.9	VALORACION DE RIESGO INDIVIDUAL DE CARIES DENTAL	14
3.2	TRATAMIENTO PREVENTIVO PARA LESIONES DE CARIES PRIMARIA Y SECUNDARIA ACTIVAS SEGÚN SUPERFICIE DENTAL.....	14
3.2.1	TRATAMIENTO OPERATORIO PARA LESIONES DE CARIES PRIMARIA Y SECUNDARIA EN DIENTES PRIMARIOS	16
3.2.2	TRATAMIENTO OPERATORIO PARA LESIONES DE CARIES PRIMARIA Y SECUNDARIA EN DIENTES PERMANENTES	16
3.2.2.1	Preparaciones cavitarias para operatoria.....	16
3.2.2.2	Preparaciones cavitarias	16
3.2.2.3	Selección de material en Procesos Operatorios	17
3.3	PROTOCOLO CLINICO GENERALIDADES.....	18
3.3.1	TECNICA MULTICAPAS	18
3.4	PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON RESINAS COMPUESTAS EN CAVIDADES DE DIENTES ANTERIORES.....	20
3.5	PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON RESINAS COMPUESTAS EN CAVIDADES DE DIENTES POSTERIORES.....	20
3.6	PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON AMALGAMA	21
3.7	PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON IONOMERO	22
3.7.1	VENTAJAS DE LOS IONOMEROS.....	22
4.	FLUJOGRAMA.....	23
4.1	PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON RESINAS COMPUESTAS EN CAVIDADES DE DIENTES ANTERIORES	23
4.2	PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON RESINAS COMPUESTAS EN CAVIDADES DE DIENTES POSTERIORES	25

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 3 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

4.3	PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON AMALGAMA	27
4.4	PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON IONOMERO	29
5.	TERMINOS Y DEFINICIONES	30
6.	BIBLIOGRAFIA.	30
7.	REGISTRO DE CALIDAD.....	31

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 4 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

1. OBJETIVO

Mejorar la salud oral de la población, a partir de la implementación de estrategias efectivas en prevención y manejo de la caries; establece estándares, teniendo en cuenta la flexibilidad propia a su aplicación en los diferentes grupos poblacionales, características de las patologías y de los prestadores de servicios.

2. ALCANCES Y RESPONSABLES

Minimizar el impacto de las enfermedades orales (caries dental) en el desarrollo psicosocial y de la salud, haciendo énfasis en la promoción de la salud oral y en la reducción de enfermedades orales en poblaciones con mayor carga de estas condiciones y enfermedades

3. GENERALIDADES

La guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la caries dental, ofrece a odontólogos, e higienistas, unos parámetros que unifican criterios, facilitan el logro de objetivos y buscan mejorar la salud oral de la población, a partir de la implementación de estrategias efectivas en prevención y manejo de la caries.

3.1 GUÍA DE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS EN CARIES DENTAL: DIAGNÓSTICO Y MANEJO

3.1.1 DIAGNÓSTICO INTEGRAL EN CARIES DENTAL

El diagnóstico integral del estado de la dentición comprende: Diagnóstico Radiográfico, Visual, Diferencial, el Estado de las Restauraciones, la Valoración de riesgo de Caries y el Índice ceo-d / COP-D. Este diagnóstico integral permitirá tomar la decisión adecuada para la atención del paciente.

3.1.2 DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Teniendo en cuenta que el diagnóstico integral del estado de la dentición del paciente incluye examen visual y radiográfico de la dentición y valoración del riesgo individual, inicie el examen con diagnóstico radiográfico a través de radiografías periapicales si se tiene la radiografía periapicales tienen gran utilidad en el examen de la dentición, considerándose parte del proceso diagnóstico. Además de permitir el diagnóstico en las superficies interproximales de dientes posteriores (de alta dificultad al examen visual), aumentan la posibilidad de detectar lesiones de caries oclusal en dentina, ayudan a determinar la profundidad

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 5 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

y estado de las restauraciones y, sirven para determinar la profundidad de las lesiones y así ayudar a tomar decisiones de tratamiento preventivo u operatorio; además, pueden dar una alerta de otra situación presente que requiera un examen más profundo.

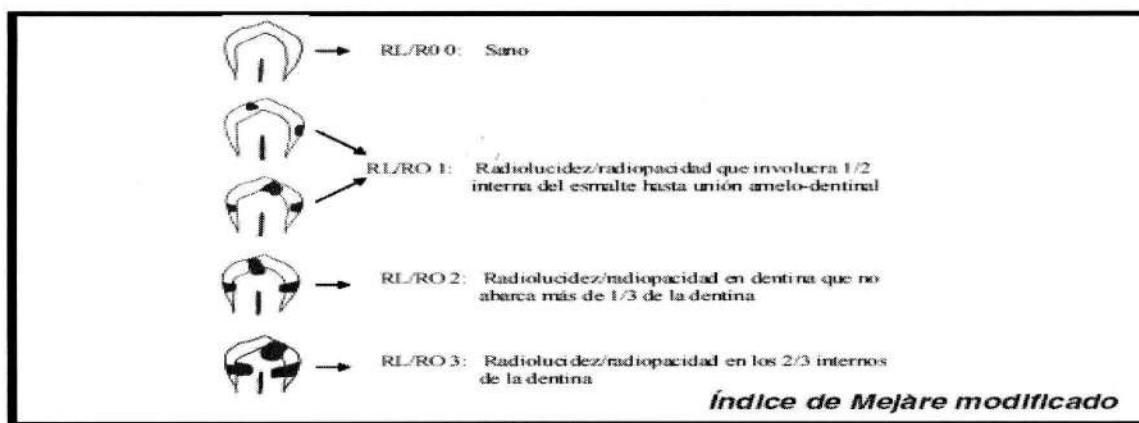
3.1.2.1 Lesiones de caries (presencia de zonas de radiolucidez)

Detecte y clasifique las lesiones de caries (radiolucidez-RL) según la Figura 1 y consigne los hallazgos en la Historia Clínica en el espacio correspondiente a “RL compatibles con caries” según diente/superficie y profundidad con “E” si se encuentra en esmalte y “D” si involucra dentina. La Historia Clínica presenta las convenciones a utilizar.

3.1.2.2 Estado de las restauraciones (presencia de zonas de radiopacidad)

Clasifique las restauraciones (radiopacidad-RO) según la Figura 1 y consigne los hallazgos en la Historia Clínica en el espacio correspondiente a “RO compatibles con restauración” consignando en diente/superficie, su profundidad (E, D) y si se encuentran radiográficamente adaptadas “A” o defectuosas “D”. La Historia Clínica presenta las convenciones a utilizar.

Figura 1. Sistema de registro para lesiones de caries (radiolucidez=RL) y para restauraciones (radiopacidad=RO) en el examen radiográfico.



3.1.3 DIAGNÓSTICO VISUAL – CRITERIOS ICDAS MODIFICADO

El diagnóstico visual de la dentición requiere inicialmente de una toma de índice de placa bacteriana de Silness & Løe modificado y posteriormente de una profilaxis dental para remover adecuadamente la placa bacteriana de las

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 6 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

superficies dentales y así poder acceder al examen visual de las superficies dentales y el consecuente diagnóstico.

Este proceso diagnóstico toma con seguridad mayor tiempo del que tomaba el proceso diagnóstico tradicional. Sus principales características son:

- Se basa en el examen visual de las lesiones presentes de acuerdo con los signos que se encuentren y deja a un lado el diagnóstico visual-táctil apoyado principalmente en el explorador como herramienta de detección de retención, por considerarse de poca sensibilidad y especificidad diagnóstica. Aparte, causan daño a la estructura dental en las lesiones iniciales de esmalte.
- Incluye la valoración de lesiones de caries no cavitacional y las que aún no se consideran cavitacionales (micro cavidades, sombras subyacentes de dentina)
- Valora el estado de progresión de las lesiones presentes para enfocar el tratamiento preventivo específico en las activas
- Considera por separado el diagnóstico de caries coronal primaria, caries secundaria y caries radicular
- Realiza diagnóstico diferencial frente a otras patologías presentes como defectos del desarrollo del esmalte, lesiones no cariosas del tercio cervical y fracturas coronales.
- Evalúa el estado de las restauraciones independientemente de la caries secundaria
- Consigna el ceo/COP-D desglosado y sumado para tener un referente de comparación estandarizado
- Su principal ventaja a nivel individual, radica en la factibilidad de tener, unido al examen radiográfico y a la valoración de riesgo individual de caries, un diagnóstico comprehensivo del estado de la dentición del paciente, que permita tomar decisiones de tratamiento más certeras y apropiadas.

3.1.4 CARIES CORONAL PRIMARIA

Detecte si hay lesión/es de caries coronal primaria, en cuyo caso determine su severidad de acuerdo con los criterios ICDAS modificado, por la Figura (2) de caries coronal primaria y de la Figura (3) y la Tabla 1.

Una vez valorada la severidad de la/s lesión/es de caries coronal primaria, valore el estado de progresión de la/s lesión de acuerdo con la Tabla 1. Prosiga a consignar los hallazgos en el espacio correspondiente de la historia clínica escribiendo para cada caso el diente, la superficie, la lesión y su estado de progresión (activa "A" o detenida "D") (Tabla 1), siguiendo las convenciones de la

Figura 2. Caries coronal Primaria.

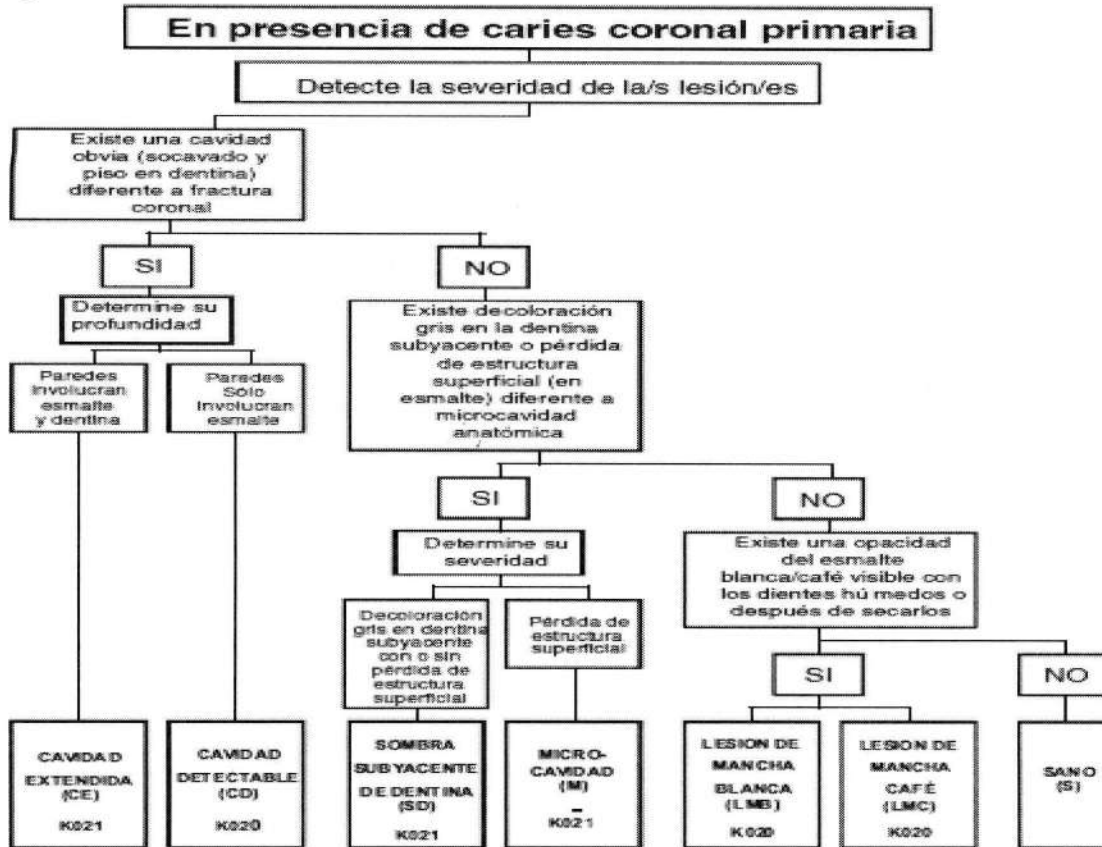
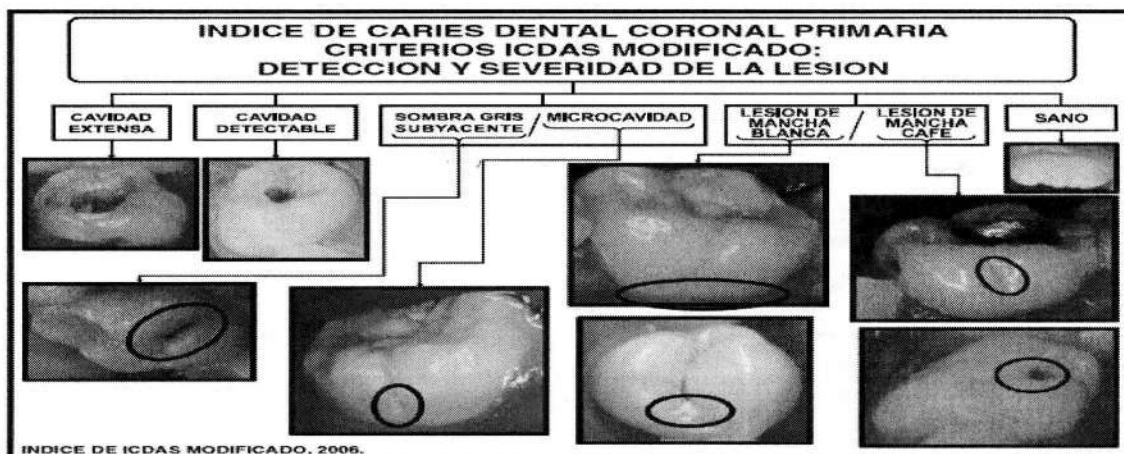


Figura 3. Índice de caries dental coronal primaria – Criterios ICDAS modificado con convenciones para consignación en historia clínica y registros CIE-10.



 <p>Departamento del Meta Empresa Social del Estado</p>	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 8 de 31	 <p>GOBIERNO DEL META</p>
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

Tabla No 1 Sistema de clasificación de caries dental coronal primaria – Criterios ICDAS Modificado y hallazgos de actividad/detención.

CARIES CORONAL PRIMARIA			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: DETECCIÓN	APARIENCIA CLÍNICA	HALLAZGOS COMPATIBLES CON ACTIVIDAD	HALLAZGOS COMPATIBLES CON DETENCIÓN
SANO	Sin cambio de translucidez del esmalte después de secado con aire por más de 5 segundos		
OPACIDAD CAFÉ / BLANCA • K020 (ACTIVA) • K023 (DETENIDA)	Opacidad del esmalte (mancha blanca /café) visible en superficie oclusal (entrada de fosas y fisuras), en superficie vestibular (en tercio cervical) o en interproximal (del punto de contacto hacia gingival).	- <u>En sitio retentivo de placa:</u> - oclusal, en diente en erupción, en la entrada de fosa/fisura amplia con cierta profundidad, en todas las cavidades cerradas; en cavidades abiertas en sitio de retención; - vestibular, en contacto con el margen gingival; - interproximal, bajo el punto de contacto	- <u>En sitio no retentivo de placa:</u> - oclusal, en fosa/fisura plana, en las cavidades abiertas en sitio de no retención; - vestibular, a + de 500 µ (diámetro de la punta redonda del explorador) del margen gingival; - interproximal, cuando hay diastema o ausencia de diente vecino
MICRO-CAVIDAD / SOMBRA SUBYACENTE DE DENTINA • K021 (ACTIVA) • K023 (DETENIDA)	Micro cavidad: pérdida cariosa de integridad superficial sin exposición de dentina, sin socavado. Sombra subyacente: Sombra de dentina decolorada visible a través del esmalte, gris, azul o café, aparentemente intacta, más allá de la lesión de mancha blanca o café. Usualmente se ve más fácilmente cuando el diente está húmedo.	- <u>Apariencia visual:</u> blancuzca/ amarillenta y con pérdida de lustre (opaca); en micro cavidad + pérdida de estructura superficial; en cavidad + pérdida de estructura	- <u>Apariencia visual:</u> blancuzca/ café o negra y puede estar brillante; en micro cavidad + pérdida de estructura superficial; en cavidad + pérdida de estructura
CAVIDAD DETECTABLE • K020 (ACTIVA) • K023 (DETENIDA)	Cavidad en esmalte opaco o decolorado con la base en dentina.	- <u>Sensación táctil:</u> rugosa en lesión no cavitacional / micro cavidad/ sombra subyacente; blanda en lesión cavitacional	- <u>Sensación táctil:</u> suave/lisa en lesión no cavitacional / micro cavidad/ sombra subyacente; dura en lesión cavitacional
CAVIDAD EXTENSA • K021 (ACTIVA) • K023 (DETENIDA)	Pérdida obvia de estructura dental, la cavidad puede ser profunda o amplia y la dentina es claramente visible tanto en las paredes como en la base. Si es en superficie lisa, puede o no estar presente el reborde marginal. Una cavidad extensa involucra por lo menos la mitad de la superficie dental y posiblemente llega a la pulpa.		

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 9 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

3.1.5 CARIES SECUNDARIA

Detecte si hay lesiones de caries secundaria, refiriéndose a aquellas lesiones de caries asociadas a una restauración. Determine su severidad y estado de progresión (Tabla 2) y prosiga a consignar los hallazgos en el espacio correspondiente de la historia clínica escribiendo para cada caso el diente, la superficie, la lesión y su estado de progresión (activa “A” o detenida “D”), siguiendo las convenciones de la Tabla 2.

Tabla No 2. Sistema de clasificación de caries dental secundaria – criterios ICDAS modificado y hallazgos de actividad/detención

CARIES SECUNDARIA		
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: DETECCIÓN (Convenciones)	HALLAZGOS COMPATIBLES CON ACTIVIDAD	HALLAZGOS COMPATIBLES CON DETENCIÓN
CARIES SECUNDARIA NO CAVITACIONAL (CS-NC) K020	<u>Apariencia visual:</u> - Defecto/s marginal/es > punta redonda explorador - Opaco/ tizoso/ sombra, punta redonda explorador no entra, - Decolorado por caries, punta redonda explorador no entra	<u>Apariencia visual:</u> No hay signos de caries, punta redonda explorador no entra
CARIES SECUNDARIA CAVITACIONAL (CS-C) K021	<u>Sensación táctil:</u> Tejido vecino a obturación rugoso/blando al sondeo con explorador redondeado <u>Sitio retentivo de placa:</u> Relacionada con un sitio natural de retención de placa	<u>Sensación táctil:</u> Tejido vecino a obturación suave/duro al sondeo con explorador redondeado <u>Sitio retentivo de placa:</u> No relacionada con un sitio natural de retención de placa

3.1.6 CARIES RADICULAR

Detecte si hay lesiones de caries radicular (Tabla 3), refiriéndose a aquellas lesiones de caries en la raíz en condiciones de exposición radicular por retracción gingival o por bolsa periodontal. Determine su severidad y regístrelas en el espacio correspondiente de la historia clínica, consignando si las lesiones se consideran activas “A” o detenidas “D” y según las convenciones de la Tabla 3.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 10 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

Tabla 3. Sistema de clasificación de caries dental radicular – criterios ICDAS modificado y hallazgos de actividad/detención.

CARIES DENTAL RADICULAR		
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: DETECCIÓN (Convenciones)	HALLAZGOS COMPATIBLES CON ACTIVIDAD	HALLAZGOS COMPATIBLES CON DETENCIÓN
CARIES RADICULAR NO CAVITACIONAL (CR-NC) K022 (ACTIVA) K023 (DETENIDA)	<u>Textura:</u> - Blanda - Semi-dura (cuero) <u>Cavidad:</u> Presencia de cavidad <u>Localización:</u>	<u>Textura:</u> - Dura <u>Cavidad:</u> - Ausencia de cavidad o cavidad suave <u>Localización:</u>
CARIES RADICULAR CAVITACIONAL (CR-C) K022 (ACTIVA) K023 (DETENIDA)	A menos de 1mm del margen gingival <u>Color:</u> - Amarillo/café claro	A más de 1mm del margen gingival <u>Color:</u> - Negro/café oscuro

3.1.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL / OTRAS PATOLOGÍAS

Evalúe si hay lesiones diferentes a caries: defectos del desarrollo del esmalte (Tabla 4), lesiones no cariosas (Tabla 5) y, fracturas dentales; ayúdese de la Tabla 6 y, registre según convenciones en el espacio correspondiente de la historia clínica.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 11 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

Tabla 4. Sistema de clasificación de defectos del desarrollo del esmalte.

DEFECTOS DEL DESARROLLO DEL ESMALTE			
Clasificación (Convenciones)	HIPOPLASIA (Hp) K0040	HIPO MINERALIZACIÓN LOCALIZADA (Hm-L) K0031	HIPO MINERALIZACIÓN GENERALIZADA (Hm-G) K008 Tipo Fluorosis: (Hm-G-F) K0030
Definición	Defecto estructural del desarrollo del esmalte producido en período intrauterino hasta los 5 años de vida (excepto en 3os molares permanentes)		
	Defecto de tipo cuantitativo	Defecto de tipo cualitativo localizado en uno o más dientes, generalmente permanentes	Defecto de tipo cualitativo generalizado con patrón en espejo que se da en grupos de dientes del mismo período de formación; en dientes primarios y/o permanentes
Etiología	Asociado a un impacto más temprano y severo en el desarrollo del esmalte. Sistémico o localizado (amelogénesis imperfecta, malformaciones congénitas y otros síndromes, desnutrición).	Origen localizado, asociado con trauma en el germen dental permanente de tipo: - trauma dentoalveolar en diente primario, - por secuela de infección pulpar del diente primario, - por iatrogenia durante procesos quirúrgicos	Origen sistémico por: - Flúor (K0030) - Tetraciclina (K0083) - Desnutrición - Sarampión - Avitaminosis D
Aspecto clínico	Invaginación del esmalte con o sin cambio de color	Mancha blanca/crema/amarilla/café en el esmalte localizada generalmente en uno o más dientes anteriores en la superficie vestibular, casi siempre delimitada	Mancha/s blanca/crema/amarilla/café en el esmalte visibles en grupos pares de dientes. - Fluorosis: defecto difuso blanco o café (por pigmentación extrínseca) que afecta toda la extensión superficial; en cualquier superficie dental; presenta diferentes grados de severidad (-leves líneas blancas horizontales, -líneas marcadas -"motas de nieve", -toda la extensión superficial blanca, -+ presencia de fosas - destrucción adamantina en toda la corona) - Tetraciclina: defecto delimitado como una banda horizontal blanco/crema/amarillo/café



	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 12 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

Tabla 5 Sistema de clasificación de lesiones no cariosas.

LESIONES NO CARIOSAS			
Clasificación (Convenciones)	EROSIÓN (Erosión) K032	ABFRACCIÓN (Abfracción) K038	ABRASIÓN (Abrasión) K031
Definición	Lesiones crónicas, diferentes a caries dental que causan pérdida irreversible de estructura dental; fácilmente se dan de manera combinada.		
	Lesión no cariosa de desgaste químico crónico intrínseca (K0321) o extrínseca (K0320 o K0322 o K0323)	Lesión no cariosa de desgaste en forma de cuña a nivel de la unión amelo-cemental en la superficie vestibular	Lesión no cariosa de desgaste mecánico patológico, generalmente en el tercio cervical de la superficie vestibular
Etiología	Exposición a ácidos. Intrínseca: Asociada a trastornos gastro-intestinales (reflujo gastro-esofágico, vómitos crónicos - bulimia, alcoholismo) (K0321) o extrínsecas (dieta: bebidas energizantes, limón, gaseosas, dieta vegetariana (K0322); ocupacionales: catadores de vino, nadadores (K0320); uso crónico de medicamentos: inhaladores, vitaminas masticables) (K0323)	Exposición a estrés tensil, compresivo o tangencial por fuerzas masticatorias o parafuncionales	Proceso mecánico anormal asociado con individuos de higiene oral excesiva (cepillo dental y cremas) (K0310) y uso de objetos extraños habituales (esferos, otros) (K0311), Ocupacionales (K0312) o por sustancias abrasivas (vitaminas masticables, bicarbonato de sodio, etc.) (K0313)
Aspecto clínico	Lesión de disolución química en parte de o toda la superficie dental; en intrínsecas se observa más en superficies palatinas/linguales y en extrínsecas -en vestibulares	Defecto en forma de cuña en el tercio cervical, con ápice hacia el interior y bordes definidos en el exterior, con micro fracturas longitudinales; asociado a hipersensibilidad dentinal	Desgaste progresivo de estructura dental difusa o localizada, generalmente en tercio cervical; cuando es moderada - severa se transluce la dentina y el defecto se ve amarillo; no asociado a hipersensibilidad dentinal


	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 13 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

Tabla 6. Diagnóstico diferencial entre lesiones de caries no cavitacional, fluorosis dental, otras hipo mineralizaciones y erosión.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE CARIES DENTAL				
	Lesión de caries no cavitacional	Fluorosis (hipo mineralización generalizada difusa) (K030)	Hipo mineralización localizada de limitada (K031)	Erosión (K032)
Placa bacteriana	Siempre asociada	Puede o no estar en áreas de retención de placa	Generalmente no en áreas de retención	No asociada
Localización	En retención de placa (vestibular: 1/3 cervical; oclusal: entrada de fosas/fisuras; interproximal: debajo del área de contacto)	En oclusal: en cúspides y puede cubrir lomos; -en superficie lisa: en toda la superficie, variando de aspecto según severidad, desde líneas blancas horizontales delgadas a "motas" y cubrimiento total	En dientes posteriores: en cúspides; en dientes anteriores en la superficie vestibular, tercios medio o incisal	Puede ocurrir en cualquier superficie; más frecuentemente en palatino, oclusal y tercio cervical de vestibular
Pérdida de estructura	Clinicamente ausente	Pueden presentarse fosas	Clinicamente ausente	Siempre presente, variando en grado
Área comprometida	Localizada	Toda la superficie, según severidad	Localizada	Según severidad y el tiempo de exposición
Decoloración	Blanca / café	Blanca; puede pigmentarse de café	Blanca / crema / amarilla / café	Posible decoloración según pérdida estructural; (en severos -translucidez dentinal y/o borde incisal /cuspideo transparente; posible pigmentación
Limites de decoloración	Difuso	Difuso	Claramente delimitado	Si presente, bien demarcada
Forma	Sigue el área de retención de placa (borde gingival, paredes de fosas y fisuras, contorno interproximal)	Según severidad: - en superficies lisas: -leve: líneas blancas horizontales delgadas, -moderada: líneas gruesas que pueden confluir en "motas de algodón", -severa: toda la superficie blanca y posibles fosas; - en oclusal: -leve: en las cúspides, -moderada: también en lomos cuspideos, -severa: se unen manchas y pueden presentarse fosas	Oval o redonda	El ancho excede la profundidad; sigue la forma del diente
Patrón	Puede o no ser simétrico	Simétrico; en grupos de dientes del mismo periodo de formación	No simétrico	Según exposición (localizada por grupos de dientes; generalizada)
Apariencia visual	Opacidad / brillo, blanco / café	Al secar se observa opacidad	Brillante	Al secar se ve liso y opaco
Examen visual	Bajo luz; mejor detectada perpendicular al diente	Bajo luz; mejor detectada en una línea de visión tangencial al diente	Bajo luz; mejor detectada perpendicular al diente	Bajo luz; detectada desde todos los ángulos

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 14 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

3.1.8 ESTADO DE LAS RESTAURACIONES

Valore, con ayuda de un explorador, cada restauración presente y determine si se encuentra:

- Adaptada = Restauración Compatible “RC”, cuando al pasar un explorador de punta redonda por los márgenes de la restauración ésta presenta adaptación adecuada
- Retentiva de placa bacteriana (levemente sub-contorneada o sobre-contorneada,
- pero biomecánicamente compatible con salud) = Restauración Retentiva “RR”, cuando al pasar un explorador de punta redonda por los márgenes de la restauración ésta presenta sitios de retentivos, pero se puede convertir nuevamente en una restauración adaptada haciendo un pulimento, ya sea del esmalte o de la restauración misma
- Defectuosa (biomecánicamente incompatible con salud) = Restauración Defectuosa “RD”, cuando definitivamente existe una brecha o “gap” entre la restauración y la estructura dental, ó una fractura de la restauración, ó, un halo negro rodeando una restauración en resina, indicativa de micro filtración.

Recuerde que es diferente la presencia de caries secundaria al estado alterado de una restauración y estas dos situaciones pueden presentarse simultánea- o separadamente, siendo la etiología diferente. Consigne en la historia clínica en el espacio correspondiente y, siguiendo las convenciones.

3.1.9 VALORACION DE RIESGO INDIVIDUAL DE CARIES DENTAL

La valoración del riesgo de caries individual se recomienda para un uso más efectivo de los recursos, permite trabajar concomitantemente con el paciente y tener las herramientas para empoderarlo en su auto-cuidado pedagógicamente y estableciendo responsabilidades del personal profesional y del paciente, además de servir como herramienta de responsabilidad civil en la consignación de su resultado y evolución de la estrategia preventiva (en caso indicado) en la historia clínica.

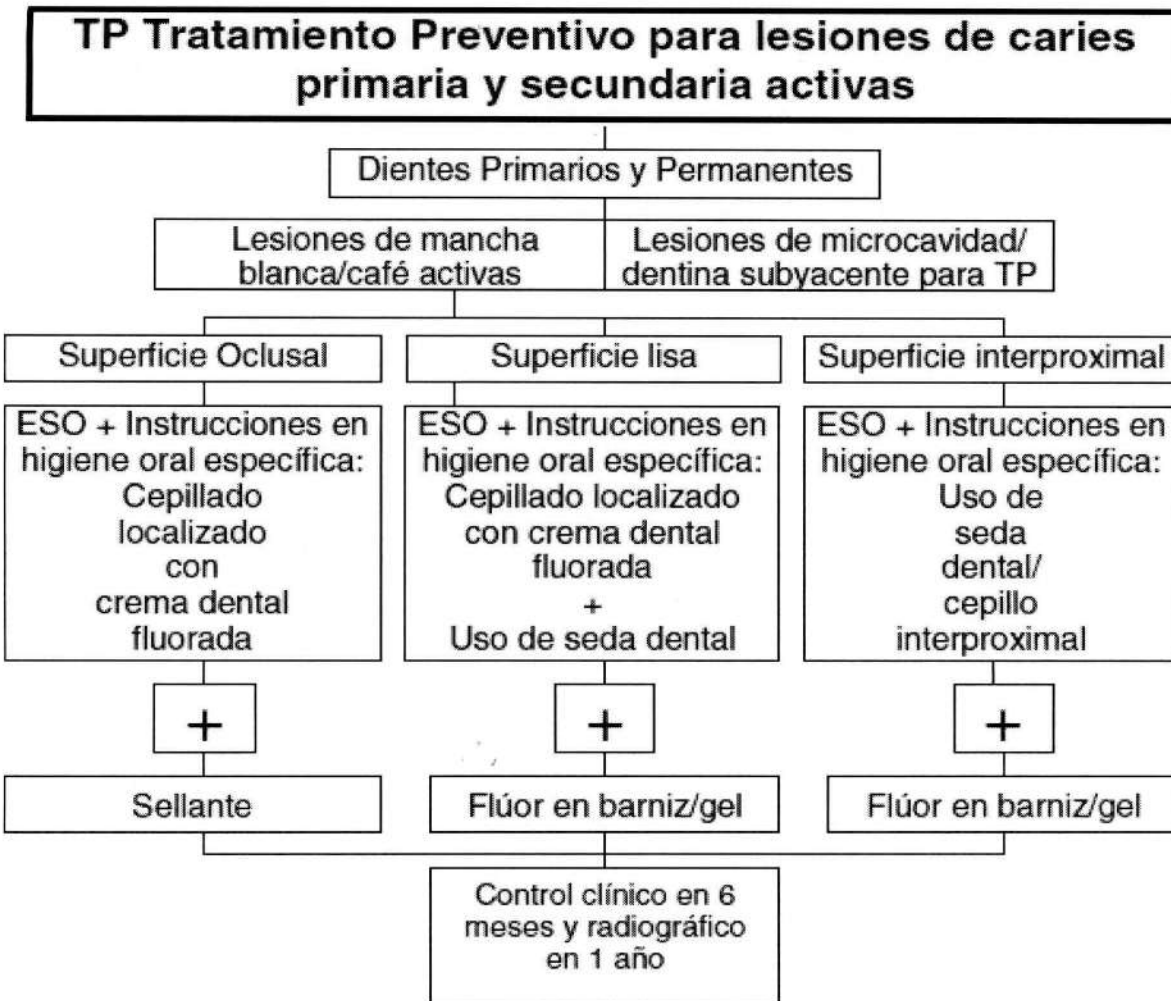
3.2 TRATAMIENTO PREVENTIVO PARA LESIONES DE CARIES PRIMARIA Y SECUNDARIA ACTIVAS SEGÚN SUPERFICIE DENTAL

La progresión de las lesiones de caries no cavitacionales activas puede ser detenida por tratamientos preventivos, enfocados en la interrupción del desequilibrio existente entre la superficie dental y el fluido de placa bacteriana circundante. Estas medidas preventivas incluyen, entre otros:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 15 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

- Educación en salud oral específica
- Uso de sellantes
- Uso de flúor tópico.

Flujograma 2. Tratamiento preventivo de lesiones de caries primaria y secundaria activas según superficie dental.



ESO = educación en salud oral TP = tratamiento preventivo

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 16 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

3.2.1 TRATAMIENTO OPERATORIO PARA LESIONES DE CARIES PRIMARIA Y SECUNDARIA EN DIENTES PRIMARIOS

Lesiones que requieren sólo tratamiento operatorio:

- Cavitacionales detectables y extensas detenidas
- Sombra subyacente y micro cavidad detenidas con radiolucidez en dentina
- Lesiones para tratamiento operatorio más preventivo (ESO específica):
- Cavitacionales detectables y extensas activas.
- Sombra subyacente y micro cavidad activas con radiolucidez en dentina.

Tenga en cuenta que está trabajando con niños y la colaboración del paciente va a depender de su comportamiento y del trato que usted le de. En algunos casos puede requerir de remisión a odontopediatría. Por otra parte, analice si el diente en cuestión está próximo a exfoliar y su consecuente tratamiento.

3.2.2 TRATAMIENTO OPERATORIO PARA LESIONES DE CARIES PRIMARIA Y SECUNDARIA EN DIENTES PERMANENTES

Las lesiones de caries coronal primaria y secundaria para tratamiento operatorio en dentición permanente son las mismas que para dentición primaria; los tratamientos varían en ciertas consideraciones (Flujograma 2). Se calcula un tiempo requerido de alrededor de 20 minutos para un procedimiento operatorio en un diente permanente

3.2.2.1 Preparaciones cavitarias para operatoria

La operatoria dental con el mayor conocimiento de la evolución de la patología en la estructura dentaria, el desarrollo de una mayor tecnología y la evolución en los materiales dentales tiene como premisas fundamentales la conservación de la estructura dentaria y su comportamiento biomecánico ante la carga. Para ello la importancia de la preparación cavitaria, depende en primera instancia al tipo de lesión de la estructura dentaria y la cantidad de tejido injuriado o comprometidos, recordemos que la extensión por prevención, conveniencia y retención no son objetos primordiales de la actual operatoria.

3.2.2.2 Preparaciones cavitarias

Conceptos previos a tener en cuenta:

1. Si el diente restaurar es anterior o posterior
2. Si se va a restaurar con resina, amalgama, ionomero.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 17 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

3. La fresa ideal operatoria es la fresa de pera, pero usted tiene más opciones, según la cavidad.
4. Clase de cavidad requerida, según su conocimiento y academia determine la clividad a realizar según la profundidad de la cavidad y las superficies que involucre.
- (Clase I (Oclusal),
Clase II, Oclusal o pared Mesial o pared Distal),
Clase III si hay diente adyacente, el acceso debe hacerse por palatino o lingual; sin embargo, si con el transiluminador se ve que la caries afecta más la superficie vestibular y se puede conservar la palatina y hacer acceso por vestibular.
Clase IV (la mayoría de las veces es provocada por trauma dentoalveolar o es una extensión de una clase III, en cualquier de los dos casos se limita a la lesión y se bisela.
Clase V en esmalte, la pared axial debe seguir el contorno de la cámara, es decir debe ser convexa. Las paredes laterales deben tener retención adicional por fuerza tensil y todo el angulo cavo-superficial debe ser biselado ampliamente. Si la cavidad queda radicalmente debe hacerse retención adicional.

3.2.2.3 Selección de material en Procesos Operatorios

MATERIAL RESTAURATIVO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Amalgamas (es una mezcla de mercurio líquido con partículas sólidas de plata, estaño, cobre y a veces zinc, paladio, indio y selenio)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es el material más antiguo colocado en boca. 2. Fácil de manipular 3. Mantienen la forma anatómica 4. Resistentes a la fractura 5. Vida útil prolongada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Color antiestético 2. Son frágiles 3. Modulo elástico distante al del diente. 4. Están expuestos a la corrosión y galvanismo 5. No tiene adhesión a la estructura dental 6. Pueden sufrir deterioro marginal.
Resinas de Nanotecnología Resinas Compuestas, estos materiales experimentaron diversas modificaciones en busca de que posean óptimas propiedades mecánicas, estéticas y que sean biocompatibles, además se trató de que pudiesen emplearse tanto para	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estética 2. Conservación de la estructura dental 3. Adhesión de la estructura dental 4. Baja conductividad térmica 5. Eliminación de corrientes galvánicas. 6. Radiopacidad 7. Alternativa a la amalgama. 8. Biocompatibles 9. Preparaciones más conservadoras. 10. No desgasta al diente antagonista 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contracción de polimerización 2. Posibilidad de Caries secundaria 3. Sensibilidad posoperatoria 4. Resistencia al desgaste disminuida 5. Sorción de agua 6. Técnica sensible

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 18 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

dientes anteriores como para los posteriores.	11. Baja solubilidad 12. Adaptación marginal perfecta e impermeable. 13. Radiopacas 14. Excelente pulido	
---	---	--

3.3 PROTOCOLO CLINICO GENERALIDADES

“Para los siguientes protocolos se se pretende cambiar los conceptos académicos y experiencia y experticia del odontólogo y es de anotar que se deben seguir las indicaciones del fabricante de los diferentes productos que se esté utilizando en el momento por la variedad de marcas para dichos procedimientos”.

Clase de Cavidades Dentales.

A modo de resumen, las cinco clases de cavidades dentales, según Black, son:

- **Clase I: molar o premolar.** Localizadas en la zona de fosas, surcos y fisuras.
- **Clase II: dos o más superficies de una pieza.** Suelen realizarse cuando existen caries proximales en molares y premolares.
- **Clase III: Incisivos y caninos.** Cuando hay una lesión que afecta a las superficies proximales de esas piezas y el borde incisal no está afectado.
- **Clase IV: Incisivos y caninos,** borde incisal. Cuando hay una lesión que afecta a las superficies proximales de esas piezas y el borde incisal está afectado.
- **Clase V: Superficies lisas vestibulares o palatinas.** Las más habituales: caries de cuello o abrasiones del esmalte.
- La **clase VI.** Este tipo no está recogido por Black. Hace referencia a lesiones que afectan a las cúspides de un diente posterior o a la superficie incisal de un diente anterior (caninos).

3.3.1 TECNICA MULTICAPAS

- **Objetivo:** Disminuir la contracción de polimerización, disminuir la tensión cuspeida o cavitacional generada por la contracción del material. Reducir el mayor número de burbujas y gaps para así disminuir la sensibilidad pos operatoria y mejorar la textura superficial. Asegurar un curado adecuado por capas, mejorando adaptación marginal y reduciendo la microfiltración.
- **Capas incrementales por biomaterial:**
 - Menor de 0,5 mm adhesivos y readhesivos

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 19 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

- 0,5 a 1 mm Resinas fluidas
 - De 1 a 2 mm Resina compuesta hibrida
 - De 2 a 5 mm Resina compuesta empacables o ceromericas.
- Formas de polimerización, según la colocación de la lámpara:
 - Transdental: a través de tejido dentario, utilizando lámparas de alta intensidad.
 - Blanda o de inicio suave: Utilizando lámpara de alta intensidad.
 - Cuidados Clínicos:
 - Recuerde que el diente histológicamente presenta una capa de dentina y una capa de esmalte, con espesores diferentes de cervical a incisal; esto debe ser reproducido con cualquier material con fines estéticos.
 - Trabajar por multicapas con espesores de 1 a 5 mm.
 - No utilice adhesivos para moldear la resina porque esto aumenta la contracción del material; los cambios de color y la separación de las capas de resina polimerizadas.
 - Polimerización blanda o suave inicial.
 - Utilizar espátulas metálicas delgadas y con antiadherentes
 - Los colores más oscuros requieren más tiempo de polimerización por su saturación.
 - En opacos aumentar el tiempo de polimerización.
 - El pulimento se realiza con fresas y uno de sus objetivos es eliminar la capa inhibida.
 - Sugiera a su paciente no ingerir alimentos con colorantes, evitar el labial y el cigarrillo durante las primeras 48 horas.
 - Advertencias para el manejo clínico de las resinas.
 - No utilice adhesivos para moldear la resina porque esto aumenta la contracción del material, los cambios de color y la separación de las capas de resinas polimerizadas. Utilice o agentes tensoactivos para limpiar la parte activa de las espátulas (eucida).
 - Utilice polimerización blanda o suave inicial, esta consiste en que el haz de luz de la lámpara es baja, lo que hace que la velocidad de contracción de la resina sea lenta y suave lo que genera una disminución de las fuerzas tensiles internas del material y disminuyen la posibilidad de filtración marginal y agrietamientos de la interfase restauradora.
 - Utilizar espátulas delgadas y preferiblemente con antiadherentes.
 - Los colores más oscuros requieren más tiempo de polimerización por su saturación.
 - En opacos aumentar el tiempo de polimerización.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 20 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		



- El pulimento se realiza con fresas y uno de sus objetivos es eliminar la capa inhibida.
- Sugiera a su paciente no ingerir alimentos con colorantes, evitar el labial y el cigarrillo durante las primeras 48 horas.
- Debe la oclusión determinar los contactos, que deben ir sobre esmalte.

3.4 PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON RESINAS COMPUESTAS EN CAVIDADES DE DIENTES ANTERIORES.

1. Valoración, diagnóstico y plan de tratamiento en diente a tratar.
2. Anestesia local o según el caso clínico si lo requiere
3. Preparación cavitaria de acuerdo con la patología cavitacional presente.
4. Escogencia del Color, según la guía de color. Observe la línea de sonrisa, la forma de los dientes, el degrade de color y la textura superficial.
5. Aisle el campo operatorio: en forma absoluta o relativa.
6. Cerciórese que la caries activa ha sido eliminada y que el tejido remanente es duro y resistente. Si nota grietas en la cavidad, asegúrese de la integridad Pulpar.
7. De acuerdo con el análisis tridimensional de la cavidad coloque base intermedia.
8. Realice aislamiento entre diente y diente con tiras de mylar si es preciso.
9. Estamos utilizando adhesivo multipropósito (no se requiere grabar con ácido el esmalte) Aplique adhesivo con el microbrush y fricciones. Airee suavemente y retire excesos de adhesivo. Polimerice por 10 segundos (o según la casa del fabricante)
10. Aplique la resina escogida, en multicapas de 0.5 a 2mm polimerice siempre por capas por 20 segundos.
11. Pula con fresas de diamante de grano fino para resinas o discos soflex según criterio del odontólogo.
12. Haga un chequeo exhaustivo de la oclusión, si fuere necesario. Utilice discos de lija en las caras libres y tiras de lija interproximales.
13. No olvidar el consentimiento informado.
14. Recomendaciones al paciente usuario o persona.
15. Realice la evolución en historia clínica paso a paso

3.5 PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON RESINAS COMPUESTAS EN CAVIDADES DE DIENTES POSTERIORES.


1. Valoración, diagnóstico y plan de tratamiento en diente a tratar.
2. Anestesia local o según el caso clínico si lo requiere
3. Preparación cavitaria de acuerdo con la patología cavitacional presente.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 21 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

4. Escogencia del Color, según la guía de color, la forma de los dientes, el degrade de color y la textura superficial.
5. Aislé el campo operatorio: en forma absoluta o relativa.
6. Cerciórese que la caries activa ha sido eliminada y que el tejido remanente es duro y resistente. Si nota grietas en la cavidad, asegúrese de la integridad Pulpar.
7. De acuerdo con el análisis tridimensional de la cavidad coloque base intermedia.
8. Si lo requiere por el tipo de cavidad Clase II, es recomendado para abrir el contacto y compensar el espesor del material de la matriz, además mejora la visibilidad del campo operatorio interproximal.
9. Protección dentinal si lo requiere con la experticia del profesional debe definir la conducta.
10. Sistema adhesivo multipropósito colocarlo antes de la matriz.
11. Colocación de la matriz (puede ser plástica o metálica).
12. La inserción de la resina: la colocación de la resina en las cajuelas proximales es la parte más sensible de la técnica. Partiendo de la base de realizar la técnica de estratificación (por capas), ya que se va a controlar la contracción de polimerización 2 incrementos verticales, uno hacia V y otro hacia L o 2 oblicuos y complementarios también hacia V y L.
13. Los incrementos finales se realizaran en oclusales con la morfología adecuada.
14. Si existen dos cajuelas proximales trabaje una primero, se retira una cuña y se coloca otro en el otro espacio para trabajar la cajuela del mismo.
15. Pulido y acabado: el pulido es necesario para eliminar microporosidades superficiales y la capa inhibida.
16. En caso de cavidades clase II, debemos chequear el contacto interproximal con seda dental, asegurándonos de no dejar ninguna retención y permitir así una higiene de zonas.

3.6 PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON AMALGAMA

1. Anestesia infiltrativa o troncular según el caso, si es necesario
2. Eliminación del tejido cariado con pieza de alta velocidad, fresas de diamante o carburo y cucharilla
3. La preparación cavitaria puede incluir cavidades clase I, II, Esta preparación puede involucrar la remoción de tejido dentario cariado o restauraciones defectuosas. Es necesario crear planimetría en las paredes y hacer las formas de retención como paralelismo o leve convergencia de las paredes y colas de milano. Nunca debe biselarse el margen cavo-superficial en esmalte en ninguna de las paredes.
4. Aislamiento de campo

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 22 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

5. En las cavidades clase II debe colocarse la banda con el porta-matriz y cuñas de madera
6. Protección dentino-pulpar, colocación de hidroxido de calcio, adhesivo o base intermedia
7. Colocación de la amalgama, empacado, condensado, bruñido y tallado
8. Retiro del aislamiento de campo
9. Verificación de la oclusión y eliminación del excedente
10. Pulido de la amalgama a las 24 horas

3.7 PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON IONOMERO



Procedimiento por medio del cual se obturan las lesiones cervicales tipo abfracción, erosión o abrasión, restaurando la estructura dental y mejorando la sensibilidad y la estética con un material altamente biocompatible que libere flúor

La técnica sandwich consiste en el uso de cementos ionómeros de vidrio como fondo o base cavitaria, para, posteriormente, realizar la restauración con un material composite o resina.

1. Anestésiar, si se requiere.
2. Conformar cavidad clase V. No son necesarias espaciosas retenciones mecánicas. Para recubrimiento de la pulpa utilizar cemento de hidróxido de calcio pasta-pasta o adhesivo si no es tan profunda.
3. Lavar y secar pero NO RESECAR.
4. Mezclar la cantidad requerida de cementos. El tiempo de trabajo es de 1 minuto 45 segundos a 23 °C (73.4° F) Temperaturas más altas acortan el tiempo de trabajo.
5. Eliminar la humedad superficial pero NO RESECAR, se pueden usar torundas de algodón para secar la cavidad. NOTA: La cavidad deberá estar lo bastante seca para que la superficie tenga un aspecto lustroso mate.
6. Aplicar el cemento en la preparación utilizando una jeringa u otro instrumento adecuado. Evitar las burbujas de aire.
7. Conformar el contorno y, si es necesario, colocar una matriz durante los primeros 2 minutos de fraguado. Cuidando que no queden burbujas encerradas debajo del esmalte.
8. Realizar la protección de obturación, mediante la aplicación de vaselina en las superficies libres de ionómero para posteriormente fotopolimerizar la zona.



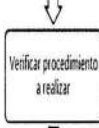
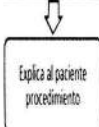



3.7.1 VENTAJAS DE LOS IONOMEROS


- Creación de enlaces químicos con esmalte y colágeno de la dentina.
- Buena resistencia a la compresión (aproximadamente 30 MPa).

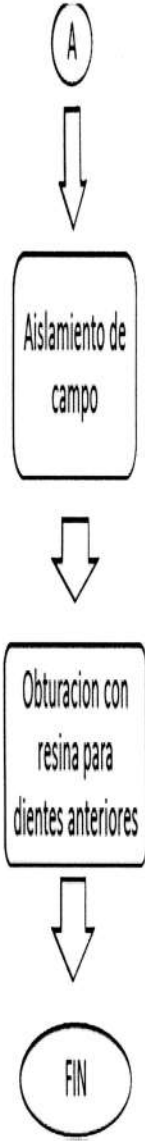
	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 23 de 28	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		



- Coeficiente de expansión térmica similar a la de los tejidos dentales.
- Liberación constante de flúor contenido en la matriz, a través de un intercambio de iones a lo largo del tiempo
- El rol de estos materiales dentales es la prevención y bloqueo de la caries. Ambos hechos, han sido ampliamente descritos en la literatura y les ha valido el nombre de «materiales bioactivos»




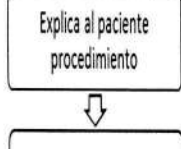

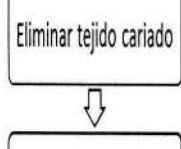
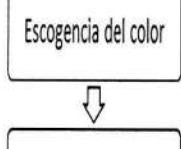

4. FLUJOGRAMA

PROCEDIMIENTO		4.1 PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON RESINAS COMPUESTAS EN CAVIDADES DE DIENTES ANTERIORES				
No			QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1		INICIO	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Servicio de odontología	Se verifica agendamiento del paciente y procedimiento a realizar
2		Recepción del paciente	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Saludo al paciente, lo acomodo en la silla
3		Se verifica el procedimiento a realizar en el paciente	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Se confirma el diagnóstico y plan de tratamiento
4		Le explica el procedimiento	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Se diligencia el consentimiento informado de odontología y Recomendaciones al paciente usuario o persona.
5		Anestesiarse, si se requiere y si no se requiere, obviar este paso y hacer la descripción en la historia clínica.	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Anestesiarse, si se requiere y según las condiciones sistémicas del paciente y elegir la técnica según la zona a tratar y elegir el anestésico de elección.
6		Eliminación del tejido cariado.	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Con pieza de alta velocidad, fresas de diamante.
7		Escogencia del Color	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Según la guía de color. Observe la línea de sonrisa, la forma de los dientes, el degrade de color y la textura superficial.
8		Aislamiento de campo	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Realizar aislamiento absoluto o relativo.


	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 24 de 28	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		



9		Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	<ul style="list-style-type: none"> • Cerciórese que la caries activa ha sido eliminada y que el tejido remanente es duro y resistente. Si nota grietas en la cavidad, asegúrese de la integridad Pulpar. • De acuerdo con el análisis tridimensional de la cavidad coloque base intermedia. • Realice aislamiento entre diente y diente con tiras de mylar si es preciso. • Estamos utilizando adhesivo multipropósito (no se requiere grabar con ácido el esmalte) Aplique adhesivo con el microbrush y fricciones. Airee suavemente y retire excesos de adhesivo. Polimerice por 10 seg (o según la casa del fabricante) • Aplique la resina escogida, en multicapas de 0.5 a 2mm polimerice siempre por capas por 20 seg. • Pula con fresas de diamante de grano fino para resinas o discos soflex según criterio del odontólogo. • Haga un chequeo exhaustivo de la oclusión, si fuere necesario. Utilice discos de lija en las caras libres y tiras de lija interproximales.
10		FIN			

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 25 de 29	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

PROCEDIMIENTO		4.2 <u>PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON RESINAS COMPUESTAS EN CAVIDADES DE DIENTES POSTERIORES</u>				
No		QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1		INICIO	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Servicio de odontología	Se verifica agendamiento del paciente y procedimiento a realizar
2		Recepción del paciente	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Saludo al paciente, lo acomodo en la silla
3		Se verifica el procedimiento a realizar	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Se confirma el diagnóstico y plan de tratamiento
4		Le explica el procedimiento	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Se diligencia el consentimiento informado de odontología y Recomendaciones al paciente usuario o persona.
5		Anestesiar, si se requiere y si no se requiere, obviar este pasó y hacer la descripción en la historia clínica.	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Anestesiar, si se requiere y según las condiciones sistémicas del paciente y elegir la técnica según la zona a tratar y elegir el anestésico de elección.
6		Eliminación del tejido cariado.	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Con pieza de alta velocidad, fresas de diamante.
7		Escogencia del Color	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Según la guía de color. Observe la línea de sonrisa, la forma de los dientes, el degrade de color y la textura superficial.
8		Aislamiento de campo	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Realizar aislamiento absoluto o relativo.

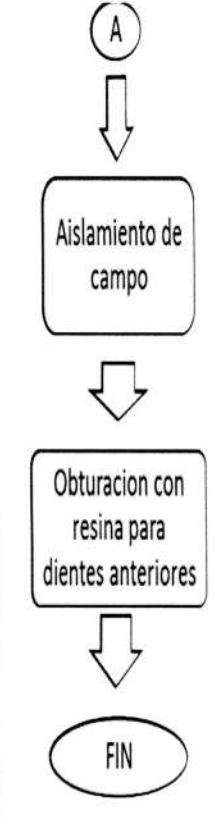
	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON-02	Página 26 de 29	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

9		Obturacion con resina en dientes posteriores	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	<ul style="list-style-type: none"> • Cerciórese que la caries activa ha sido eliminada y que el tejido remanente es duro y resistente. Si nota grietas en la cavidad, asegúrese de la integridad Pulpar. De acuerdo con el análisis tridimensional de la cavidad coloque base intermedia. • Si lo requiere por el tipo de cavidad Clase II, es recomendado para abrir el contacto y compensar el espesor del material de la matriz, además mejora la visibilidad del campo operatorio interproximal. • En caso de cavidades clase II, debemos chequear el contacto interproximal con seda dental, asegurándonos de no dejar ninguna retención y permitir así una higiene de zonas. Pulido y acabado: el pulido es necesario para eliminar microporosidades superficiales y la capa inhibida. • Si existen dos cajuelas proximales trabaje una primero, se retira una cuña y se coloca otro en el otro espacio para trabajar la cajuela del mismo. Los incrementos finales se realizaran en oclusales con la morfología adecuada. • La inserción de la resina: la colocación de la resina en las cajuelas proximales es la parte más sensible de la técnica. Partiendo de la base de realizar la técnica de estratificación (por capas), ya que se va a controlar la contracción de polimerización 2 incrementos verticales, uno hacia V y otro hacia L o 2 oblicuos y complementarios también hacia V y L. • Colocación de la matriz (puede ser plástica o metálica. Sistema adhesivo multipropósito colocarlo antes de la matriz. Protección dentinal si lo requiere con la experticia del profesional debe definir la conducta.
10		FIN				


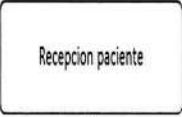
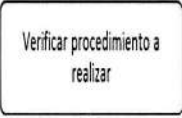
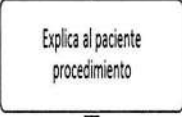
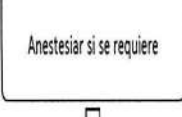
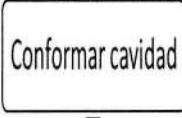

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON-02	Página 27 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		



FLUJOGRAMA		4.3 PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON AMALGAMA				
No		QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1	INICIO	INICIO				
2	Recepcion paciente	Recepción del paciente	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Saludo al paciente, verifica agendamiento
3	Verificar procedimiento a realizar	Se verifica el procedimiento a realizar	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Se confirma el diagnóstico y plan de tratamiento
4	Explica al paciente procedimiento	Le explica el procedimiento	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Se diligencia el consentimiento informado de odontología y Recomendaciones al paciente usuario o persona.
5	Anestesiar si se requiere	Anestesiar, si se requiere y si no se requiere, obviar este paso y hacer la descripción en la historia clínica.	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Anestesiar, si se requiere y según las condiciones sistémicas del paciente y elegir la técnica según la zona a tratar y elegir el anestésico de elección.
6	Eliminacion del tejido cariado	Eliminación del tejido cariado.	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	con pieza de alta velocidad, fresas de diamante o carburo y cucharilla
7	Preparacion cavitaria	La preparación cavitaria puede incluir cavidades clase I, II	Odontólogo		Unidad odontológica	Esta preparación puede involucrar la remoción de tejido dentario cariado o restauraciones defectuosas. Es necesario crear planimetría en las paredes y hacer las formas de retención como paralelismo o leve convergencia de las paredes y colas de milano. Nunca debe biselarse el margen cavo-superficial en esmalte en ninguna de las paredes.
	A					

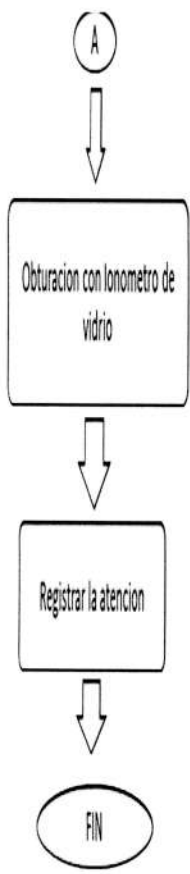

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 28 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

8		Aislamiento de campo	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Realizar aislamiento absoluto o relativo.
9		Obturbación con amalgama	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	<ul style="list-style-type: none"> - En las cavidades clase II debe colocarse la banda con el porta-matriz y cuñas de madera. - Protección dentinopulpar, colocación de hidróxido de calcio, adhesivo o base intermedia. - Colocación de la amalgama, empaçado, condensado, bruñido y tallado. - Verificación de la oclusión y eliminación del excedente Retiro del aislamiento de campo.
10		Registrar la atención	Odontólogo	Una vez finalizado el procedimiento	Historia clínica Hosvital	En el sistema de información de la entidad
11		FIN				

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 29 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

PROCEDIMIENTO		4.4 <u>PROTOCOLO CLINICO PARA OBTURACION CON IONOMERO</u>				
No		QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1		INICIO				
2		Recepción del paciente	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Saludo al paciente, se verifica agendamiento
3		Se verifica el procedimiento a realizar	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Se confirma el diagnóstico y plan de tratamiento
4		Le explica el procedimiento	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Se diligencia el consentimiento informado de odontología
5	 	Anestesiarse, si se requiere y si no se requiere, obviar este paso y hacer la descripción en la historia clínica.	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Anestesiarse, si se requiere y según las condiciones sistémicas del paciente y elegir la técnica según la zona a tratar y elegir el anestésico de elección.
6		Conformar cavidad clase V. No son necesarias espaciosas retenciones mecánicas. Para recubrimiento de la pulpa utilizar cemento de hidróxido de calcio pasta-pasta o adhesivo si no es tan profunda	Odontólogo	Una vez identificado el procedimiento a realizar	Unidad odontológica	Retirando la caries con pieza de alta biselar ángulos, lavar bien la cavidad y verifico con que no quede caries.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON-02	Página 30 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

7		Obtura ción con Ionome tro de vidrio	Odontólo go	Una vez identificado el procedimient o a realizar	Unidad odontoló gica	<p>-Lavar y secar pero NO RESECAR.</p> <p>-Mezclar la cantidad requerida de cementos. El tiempo de trabajo es de 1 minuto 45 segundos a 23 °C (73.4° F) Temperaturas más altas acortan el tiempo de trabajo.</p> <p>-Eliminar la humedad superficial pero NO RESECAR, se pueden usar torundas de algodón para secar la cavidad. NOTA: La cavidad deberá estar lo bastante seca para que la superficie tenga un aspecto lustroso mate.</p> <p>-Aplicar el cemento en la preparación utilizando una jeringa u otro instrumento adecuado. Evitar las burbujas de aire.</p> <p>-Conformar el contorno y, si es necesario, colocar una matriz durante los primeros 2 minutos de fraguado. Cuidando que no queden burbujas encerradas debajo del esmalte.</p>
8		Registr ar la atención	Odontólo go	Una vez finalizado el procedimient o	Historia clínica Hosvital	En el sistema de información de la entidad.
9		FIN				

5. TERMINOS Y DEFINICIONES

La nanotecnología: puede utilizarse para lograr que los productos sean más ligeros, más fuertes, más accesibles y más exactos. Si este tipo de material se usara para fabricar un avión, éste podría pesar 50 veces menos y ser igual de resistente.

Resinas Compuestas, estos materiales experimentaron diversas modificaciones en busca de que posean óptimas propiedades mecánicas, estéticas y que sean biocompatibles, además se trató de que pudiesen emplearse tanto para dientes anteriores como para los posteriores.

6. BIBLIOGRAFIA.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON- 02	Página 31 de 31	
	ODONTOLOGÍA OPERATORIA	Fecha Vigencia 2018/09/03	Documento Controlado		

- Guía de diagnóstico, prevención y tratamiento de la caries dental, Universidad Nacional de Colombia, (Guía adoptada por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Política Pública de Salud Oral para Bogotá. Secretaria Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá.), 2006
- Guía de práctica clínica para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la caries dental, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 1era edición, Bogotá D. C. Mayo de 2007.
- Módulos de Diseño de Sonrisa de la federación Odontológica Colombiana "instituto de educación continuada, Mario H Ospina Fernandez, director académico Efrain Lopez, dirección administrativo Dr Mauricio Garcia H, 2004.

7. REGISTRO DE CALIDAD.

Historia clínica.

Registros	Código	Identificación	Ubicación	Responsable del Almacenamiento	Tiempo de Retención	Disposición Final
Consentimiento informado de Odontología.	FR-CEODO N-11	Consentimiento informado de Odontología	Archivo	Odontolog@	20 años.	Dstrucción.

CONTROL DE CAMBIO

VERSIÓN No	DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO	APROBÓ	FECHA
1	Se elabora la primera versión Procedimiento para obturación con Ionometro de vidrio PR-ODON-14, Procedimiento para obturación con resina de fotocurado PR-ODON-15, Procedimiento para obturación en amalgama PR-ODON-16.	Gerencia	30/05/2011
1	Se unifican los procedimientos operatorios y se elabora guía GUI-CEODON-02.	Gerencia	03/09/2018

