



CIUDAD DE MÉXICO



GACETA OFICIAL DISTRITO FEDERAL

Órgano de Difusión del Gobierno del Distrito Federal

DÉCIMA OCTAVA ÉPOCA

3 DE JULIO DE 2015

No. 125

Í N D I C E

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

Secretaría de Salud

- ◆ Aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas del Servicio de Odontología en Unidades Hospitalarias 4

Coordinación General de Modernización Administrativa

- ◆ Aviso por el que se dan a conocer los Formatos de Solicitud de los Trámites que han obtenido la Constancia de Registro en el Registro Electrónico de los Trámites y Servicios del Manual de Trámites y Servicios al Público del Distrito Federal 59
- ◆ Aviso por el que se da a conocer que el servicio “Seguro de Desempleo” a cargo de la Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo ha obtenido la Constancia de Registro en el Registro Electrónico de los Trámites y Servicios del Manual de Trámites y Servicios al Público del Distrito Federal 105

Delegación Álvaro Obregón

- ◆ Reglas de Operación del Programa Delegacional de Apoyo a Familias en Desventaja Social 2015 107
- ◆ Convocatoria del Programa Delegacional de Apoyo a Familias en Desventaja Social 2015 116

CONVOCATORIAS DE LICITACIÓN Y FALLOS

- ◆ **Sistema de Aguas de la Ciudad de México.-** Licitación Pública Internacional Número EA-909004998-I51-2015.- Convocatoria No. 04.- Adquisición de suministro, instalación y puesta en marcha de conjunto bomba y motor tipo sumergible 122

Continúa en la Pág. 2

Índice

Viene de la Pág. 1

- ◆ **Secretaría de Seguridad Pública.-** Licitación Pública Nacional Número 30001066-007-15.- Convocatoria 007.- Subrogación multianual del servicio para imponer multas por medio de cinemómetros a vehículos que excedan los límites de velocidad 124
- ◆ **Secretaría de Seguridad Pública.-** Licitación Pública Nacional Número 30001066-008-15.- Convocatoria 008.- Subrogación de servicios para imponer multas a través del Sistema Integral de Fotomultas 126
- ◆ **Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.-** Licitación Pública Nacional Número LPN/DA/CRHM/020/2015.- Convocatoria No. 020.- Servicio Integral para el Desarrollo e Impartición del Curso- Taller de Intervención breve en Adicciones para el Tratamiento Ambulatorio con componentes de Reinserción Social y Reducción de Daño, dirigido al personal de los centros penitenciarios del Distrito Federal 128
- ◆ **Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.-** Licitación Pública Nacional Número EA-909007972-N11-15.- Convocatoria 08/15.- Adquisición de materiales, accesorios y suministros médicos con la finalidad de conseguir mejores precios y condiciones de entrega y/o prestación de servicios por parte de los proveedores 129

SECCIÓN DE AVISOS

- ◆ Salud y Fuerza Laboral, S.A. de C.V. 130
- ◆ Transportes Rodolfo Ledesma, S.A. de C.V. 131
- ◆ Credi Comex, S.A. de C.V. Sofom E.N.R. 131
- ◆ Economía de Medios Administrativos 132
- ◆ Corporación de Empresas Mineras, S.A. de C.V. 133
- ◆ Audit Legal OMG, S.A. de C.V. 134
- ◆ JK SP y Compañía Sociedad en Comandita, S.A. de C.V. 134
- ◆ Servicios Ecuestres el Olivar, S.A. de C.V. 135
- ◆ Dmrkt Advisors, S.A. de C.V. 135
- ◆ Industrias Vinícolas San Marcos, S.A. de C.V. 136
- ◆ Operadora de Cafeterías Gourmet, S.A. de C.V. 137
- ◆ Human Capital Consulting México, S.A. de C.V. 138
- ◆ Carozzi México, S. de R.L. de C.V. 138
- ◆ Satotex, S.A. de C.V. 139
- ◆ **Edictos** 140
- ◆ **Aviso** 154

CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



**GACETA OFICIAL
DISTRITO FEDERAL**

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA, Secretario de Salud, con fundamento en el artículo 29 fracción XIX, 16 fracción IV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, 24 fracción XX de la Ley de Salud del Distrito Federal, 11 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, 26 fracciones V y VIII y 67 fracciones VI, XIV y XXI del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal emito el siguiente:

AVISO POR EL CUAL SE DAN A CONOCER LAS TÉCNICAS DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA EN UNIDADES HOSPITALARIAS

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN

3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

4. POLÍTICAS GENERALES DE OPERACIÓN

5. TÉCNICAS ODONTOLÓGICAS:

5.1 Odontología Preventiva.

5.1.1 Profilaxis.

5.1.2 Utilización del Hilo Dental.

5.1.3 Odontoxesis.

5.1.4 Aplicación Tópica de Flúor.

5.1.5 Aplicación de Selladores de Fosetas y Fisuras.

5.1.6 Identificación de Placa Dentobacteriana.

5.2 Operatoria Dental.

5.2.1 Recubrimiento Pulpar Directo.

5.2.2 Recubrimiento Pulpar Indirecto.

5.2.3 Obturaciones Temporales con Cemento de Óxido de Zinc y Eugenol.

5.2.4 Obturaciones Temporales con Cemento de Oxifosfato de Zinc.

5.2.5 Obturaciones con Ionómero de Vidrio.

5.2.6 Obturaciones Permanentes con Amalgama.

5.2.7 Obturaciones Permanentes con Resina Autopolimerizable.

5.2.8 Obturaciones Permanentes con Resina Fotopolimerizable.

5.2.9 Coronas de Acero.

5.3 Tratamientos Periodontales.

5.3.1 Curetaje Periodontal.

5.3.2 Curetaje Alveolar.

5.3.3 Drenado de Abscesos Periodontales.

5.3.4 Drenado de Abscesos Periapicales.

5.4 Terapias Pulpares.

5.4.1 Pulpotomía.

5.4.2 Pulpectomía.

5.5 Exodoncia.

5.5.1 Extracción de Diente Temporal.

5.5.2 Extracción de Diente Permanente.

5.5.3 Extracciones Múltiples de Dientes Temporales o Permanentes.

5.6 Traumatismos Alveolo Dentarios.

5.6.1 Atención de una Fractura de Corona Clínica.

5.6.2 Atención de Fracturas Radiculares.

5.6.3 Atención de una Luxación Dentaria.

5.6.4 Avulsión Dentaria.

6. ANEXOS

6.1 Radiografías Dentales Intrabucales.

6.2 Prescripción de Medicamentos.

6.3 Educación para la Salud.

6.4 Medidas de Control y de Seguridad.

6.4.1 Concepto.

6.4.2 Objetivos y Estrategias Generales.

6.4.3 Principios Básicos para la Atención Odontológica.

6.4.4 Lineamientos para el Control de Infecciones Cruzadas (Barreras Universales).

6.4.5 Vestimenta Adecuada y Barreras de Protección.

6.4.6 Esterilización y Desinfección de Instrumental Odontológico.

6.4.7 Limpieza y Desinfección del Mobiliario y Superficies.

6.4.8 Uso y Cuidado de las Piezas de Mano, Válvulas y Líneas de Agua y Aire.

6.4.9 Manejo de Biopsias y Dientes Extraídos.

6.4.10 Manejo Apropiado de los Desechos.

1. INTRODUCCIÓN

La Salud Bucal de la población es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud-enfermedad; por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención integral para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático, que permitan, a mediano y largo plazo, disminuir el nivel de prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población.

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la caries dental y la enfermedad periodontal; las de frecuencia media son las anomalías dentofaciales y maloclusiones y las de frecuencia variable son el cáncer oral, los defectos de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental.

Los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con la clasificación internacional de la OMS, se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellas la caries dental, que afecta a más del 90% de la población mexicana.

Asimismo, las enfermedades bucales por su alta morbilidad se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud.

Por lo anterior, este documento de técnicas está dirigido a los cirujanos dentistas que laboran en el Servicio de Odontología de las unidades hospitalarias, con el propósito de constituirse como una herramienta de apoyo para la atención del derechohabiente o usuario.

El documento está integrado por los siguientes capítulos: Introducción, Objetivo, Políticas Generales de Operación, Técnicas Odontológicas y Anexos.

Con el propósito de mantener su vigencia, este documento deberá actualizarse periódicamente conforme a las modificaciones de la legislación en la materia y a los avances científicos.

El presente documento se elabora con fundamento en las atribuciones de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial establecidas en el artículo 67 fracciones VI y XIV del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito y en las funciones de la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial descritas en el Manual Administrativo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

2. MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN

CONSTITUCIÓN

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 05 de febrero de 1917, última reforma 07 de julio de 2014.

ESTATUTO

- Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de julio de 1994, última reforma 27 de junio de 2014.

LEYES

- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1982, última reforma 24 de diciembre de 2013.
- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984, última reforma 17 de marzo de 2015.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de diciembre de 1998, última reforma 29 de enero de 2015.
- Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 22 de mayo de 2006.
- Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009, última reforma 23 de marzo de 2015.

REGLAMENTOS

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, última reforma 24 de marzo de 2014.

- Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 28 de diciembre de 2000, última reforma 19 de noviembre de 2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de abril de 2004, última reforma 17 de diciembre de 2014.
- Reglamento de la Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 04 de diciembre de 2006.
- Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de julio de 2011.

DOCUMENTOS NORMATIVO-ADMINISTRATIVOS

- Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA1-1993. Bienes y Servicios. Sal Yodada y Sal Yodada Fluorurada. Especificaciones Sanitarias, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de marzo de 1995, última reforma 26 de diciembre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección Ambiental - Salud Ambiental - Residuos Peligrosos Biológico - Infecciosos - Clasificación y Especificaciones de Manejo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la Atención a la Salud del Niño, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de febrero de 2001, última reforma 26 de septiembre de 2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-230-SSA1-2002. Salud Ambiental. Agua para Uso y Consumo Humano. Requisitos Sanitarios que se Deben Cumplir en los Sistemas de Abastecimiento Públicos y Privados Durante el Manejo del Agua. Procedimientos Sanitarios para el Muestreo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2005.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006. Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de octubre de 2008.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de abril de 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010. Que Establece los Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Pacientes Ambulatorios, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de agosto de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010. Para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de noviembre de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de noviembre de 2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012. Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de septiembre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la Vigilancia Epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013.

- Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013. Promoción de la Salud Escolar, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de diciembre de 2013.

3 OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Proporcionar los lineamientos a los que debe apegarse el personal del servicio de odontología en las unidades hospitalarias, que sirvan de guía y orientación para el adecuado desarrollo de sus actividades, acciones y responsabilidades, a fin de proporcionar una atención médica integral más eficiente, eficaz y efectiva a la población del Distrito Federal.

4. POLÍTICAS GENERALES DE OPERACIÓN

- El Servicio de Odontología debe funcionar en estrecha coordinación con las diferentes áreas de servicio de la unidad hospitalaria que participan en la atención del derechohabiente o usuario referido de hospitalización.
- El personal del Servicio de Odontología deberá satisfacer con eficiencia y eficacia las demandas de atención.
- La consulta odontológica estará sujeta a procesos permanentes de supervisión y evaluación, con el fin de proporcionar servicios de buena calidad a la población derechohabiente o usuaria.
- La consulta odontológica la otorgará el personal adscrito al Servicio de Odontología, debiendo apegarse a las normas institucionales vigentes.
- A todo derechohabiente o usuario atendido en el servicio se le deberá elaborar “Historia Clínica Odontológica”, la cual deberá integrarse a su expediente clínico.
- Todo tratamiento odontológico será autorizado por el derechohabiente o usuario firmando el formato de “Consentimiento Informado”, en el que se le explicará de manera detallada el diagnóstico y plan de tratamiento a realizar; en caso de ser menor de edad, quien firmará será el padre o tutor.
- Para que el derechohabiente o usuario sea atendido en el servicio, deberá ser canalizado por el médico tratante.
- El personal del Servicio de Odontología al término de la jornada deberá registrar las actividades realizadas en el formato “Informe Diario de Actividades de Estomatología” (SISPA-SS-02-P).
- A todo derechohabiente o usuario que se le proporcione atención odontológica subsecuente, se le deberá llenar el formato de “Registro de Atención Odontológica”.
- Es responsabilidad del personal del Servicio de Odontología informar al derechohabiente o usuario, o en su caso al padre, madre o tutor, sobre la valoración bucodental y tratamiento a realizar.
- A todo derechohabiente o usuario que se le proporcione atención odontológica, procedente del Servicio de Urgencias, se le deberá elaborar formato “Hoja de Urgencias Odontológicas”.
- Es responsabilidad del personal del Servicio de Odontología informar al médico responsable del Servicio de Urgencias u Hospitalización sobre la valoración bucodental y tratamiento a realizar.
- Es responsabilidad del personal de odontología, enfermería e intendencia conocer y aplicar las Medidas de Control y Seguridad en el Consultorio Dental. (Apartado 6.4 Medidas de Control y Seguridad, Capítulo de ANEXOS de este documento).

5. TÉCNICAS ODONTOLÓGICAS

5.1 Odontología Preventiva.

5.1.1 Profilaxis.

Concepto:

Consiste en la eliminación por medios electromecánicos de la placa dentobacteriana que se encuentra sobre la encía y corona clínica, con ayuda del cepillo de cerdas blandas y pieza de mano de baja velocidad.

Objetivo:

Eliminar la placa dentobacteriana para evitar se desarrollen procesos patológicos en las piezas dentales, tejidos blandos y de soporte, a fin de mantener la salud bucal en optimas condiciones.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Eyector desechable de saliva.
- Cono de papel desechable.
- Godete de cristal.
- Pasta Profiláctica.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Instrumental básico 1 x 4 (Espejo bucal, excavador, explorador y pinzas de curación).
- Cepillo de cerdas blandas para pieza de mano de baja velocidad.
- Pieza de mano de baja velocidad con contra ángulo.

Técnica:

- Iniciar la eliminación de la placa dentobacteriana por medios electromecánicos con ayuda del cepillo de cerdas blandas colocado en el contra ángulo de la pieza de baja velocidad y la pasta profiláctica para uso dental, cepillando de manera gentil las áreas anatómicas mencionadas anteriormente, para que posteriormente se realice la aplicación tópica de flúor o de selladores de fosetas y fisuras, según sea el caso.
- Las principales técnicas de cepillado son:
 - Frotación: Las puntas de cerda del cepillo deben estar en el borde gingival; la dirección de las cerdas es horizontal, el cepillado se efectúa con movimientos en dirección anteroposterior, conservando el cepillo en posición horizontal.
 - Barrido: Las puntas de cerda deben estar en el borde gingival y la dirección de las mismas en sentido apical, paralelas al eje longitudinal de los dientes y los movimientos deben hacerse girando el cepillo en dirección oclusal, manteniendo contacto con la encía y a continuación con la superficie dental.
 - Bass: Las puntas de cerda deben estar en el borde gingival; con dirección en sentido apical, 45° al eje longitudinal de los dientes y con movimientos vibratorios, sin cambiar la posición de las cerdas.
 - Stillman: Las puntas de cerda deben estar en el borde gingival; con dirección en sentido apical, unos 45° al eje longitudinal de los dientes moviéndolo haciendo presión sobre el borde para producir isquemia gingival y después eliminarla, repetir varias veces, girar un poco el cepillo en dirección oclusal durante el procedimiento.
 - Stillman Modificado: Las puntas de cerda deben estar en el borde gingival, con dirección en sentido apical, unos 45° al eje longitudinal de los dientes y su movimiento debe ser aplicando presión como el método de Stillman, pero vibrar el cepillo al mismo tiempo y moverlo de modo gradual en dirección oclusal.
 - Fones: Las puntas de cerda deben estar en el borde gingival; con en forma horizontal y su movimiento con los dientes en oclusión, desplazar el cepillo con un movimiento rotatorio contra las superficies dentales superiores e inferiores y los bordes gingivales.

- Charters: Las puntas de las cerdas niveladas con las superficies oclusales de los dientes; su dirección es en forma oclusal, unos 45° al eje longitudinal de los dientes, con movimiento vibratorio mientras se desplaza el borde gingival en dirección apical.

Tiempo de Duración:

- Se requieren de 10 a 20 minutos para cubrir todas las zonas que necesitan ser limpiadas.

5.1.2 Utilización del Hilo Dental.**Concepto:**

El hilo dental permite quitar la placa de las superficies dentales proximales inaccesibles para el cepillo. De manera ideal, se debe acompañar del cepillado como parte de la práctica normal de la higiene bucal.

Objetivo:

Mantener la salud bucal de los tejidos blandos y de soporte en óptimas condiciones en los espacios interproximales de los dientes.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Hilo dental con o sin cera.
- Cono de papel desechable.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.

Técnica:

- Usar hilo dental con cera o sin cera. El material encerado puede dejar una capa sobre la superficie dental que en ocasiones inhibe la asimilación de fluoruro de la pasta dental o de los tratamientos tópicos.
- Cortar entre 30 y 40 cm. de hilo dental y enrollar ligeramente los extremos en el dedo índice de ambas manos, dejando de 5 a 8 cm. de hilo entre dedo y dedo.
- Pasar el hilo dental con cuidado por los puntos de contacto moviéndolo en dirección vestibulo-lingual hasta que se deslice lentamente, evitar que el hilo sea forzado con brusquedad pues se podría lastimar la papila interdental.
- Mover el hilo con cuidado en dirección oclusolingival y vestibulo lingual contra cada superficie proximal, se debe permitir que se extienda justo debajo del margen gingival, después de pasarlo por todos los dientes, enjuagar vigorosamente la boca para eliminar la placa y los residuos de los espacios interdenciales.

Tiempo de Duración:

- 20 minutos.

5.1.3 Odontoxesis.**Concepto:**

Consiste en la eliminación de sarro supra y subgingival por medios mecánicos.

Objetivo:

Eliminar el sarro supra y subgingival por medios mecánicos para evitar se desarrollen procesos patológicos en las piezas dentales, tejidos blandos y de soporte, a fin de mantener la salud bucal en óptimas condiciones.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Eyector desechable de saliva.
- Cono de papel desechable.
- Gasas estériles.
- Godete de cristal.
- Pasta profiláctica.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Instrumental básico 1 x 4 (Espejo bucal, excavador, explorador y pinzas de curación).
- Cureta CK6 o juego de curetas para odontoxesis.
- Cepillo de cerdas blancas para pieza de mano de baja velocidad.
- Copas de hule para pieza de mano de baja velocidad.
- Pieza de mano de baja velocidad con contra ángulo.

Técnica:

- Efectuar la exploración clínica de la cavidad oral y una vez localizados los dientes por tratar, retirar el sarro supra o subgingival con el CK6 o la cureta adecuada para la superficie dentaria, iniciando del tercio gingival hacia el tercio oclusal en los dientes posteriores y del tercio gingival hacia el tercio incisal en los dientes anteriores hasta lograr la eliminación total de los cálculos, eliminando al mismo tiempo las pigmentaciones en caso de que existan, utilizando el cepillo de cerdas blancas con la pieza de mano de baja velocidad y la pasta profiláctica.
- Realizar la técnica descrita en una sola sesión para los cuatro cuadrantes y finalmente es necesario proporcionar al paciente las instrucciones higiénicas requeridas para mantener la salud bucal.

Tiempo de Duración:

- 30 minutos.

5.1.4 Aplicación Tópica de Flúor.**Concepto:**

Es la serie de actividades o pasos que se realizan para aplicar en las superficies de los órganos dentarios una sustancia que ayude a aumentar la resistencia contra la caries dental.

Objetivo:

Aplicar flúor sobre las superficies de los órganos dentarios para reforzar la mineralización de los cristales de hidroxiapatita del esmalte y así contribuir a aumentar la resistencia contra la caries dental.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Eyector desechable de saliva.
- Cono de papel desechable.
- Rollos de algodón dental.
- Cepillo dental infantil.
- Hisopo con algodón.
- Gel de Fluoruro de Sodio al 2%.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Instrumental básico 1 x 4 (Espejo bucal, excavador, explorador y pinzas de curación).
- Estuche de profilaxis.
- Copas de hule para pieza de baja velocidad.
- Pieza de mano baja velocidad.
- Cucharillas de vinil para fluoruro.

Técnica:

- Pedir al paciente que se cepille los dientes, en pacientes pediátricos es necesario supervisar el cepillado; es preciso eliminar los residuos de alimentos antes de aplicar el fluoruro, incluso si la higiene bucal es satisfactoria, la observación del paciente pediátrico durante esta fase, brinda la oportunidad de reforzar una técnica adecuada.
- Aislar los dientes por cuadrante con rollos de algodón, usar eyector de saliva, el aislamiento permite secar los dientes y evitar que el fluoruro aplicado se diluya con la saliva; a continuación, secar los dientes aislados con aire comprimido.
- Aplicar la solución o gel, con una torunda de algodón sostenida con las pinzas, a todas las superficies dentales, haciéndola llegar a los espacios intersticiales desde los lados vestibular y lingual; alejar de los dientes los rollos de algodón, dejar los dientes cubiertos con solución o gel durante 4 minutos. También se puede hacer la aplicación con cucharillas de vinil para aplicación de flúor.
- Después de 4 minutos quitar la solución o gel con un enjuague leve, instruir al niño y al familiar para que no escupa, ni haga colutorios y no ingiera alimentos durante 15 minutos.

Tiempo de Duración:

- 30 minutos.

5.1.5 Aplicación de Selladores de Fosetas y Fisuras.**Concepto:**

Es la actividad que se realiza para depositar sobre las superficies oclusales de las coronas clínicas una sustancia que aumenta la protección contra la caries dental.

Objetivo:

Aplicar sobre las fosetas y fisuras de los órganos dentarios, un material que sirva de sellador para evitar la penetración de bacterias acidófilas que desmineralizan los cristales de hidroxiapatita, a fin de prevenir y aumentar la resistencia del esmalte dentario.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Eyector desechable de saliva.
- Cono de papel desechable.
- Rollos de algodón dental.
- Juego de selladores de fosetas y fisuras (jeringa con ácido ortofosfórico, frasco con líquido catalizador, frasco con líquido bond, frasco con líquido de sellador, aplicadores desechables).
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Instrumental básico 1 x 4 (Espejo bucal, excavador, explorador y pinzas de curación).

Técnica:

- Realizar la profilaxis o limpieza dental, colocar el eyector de saliva, aislar el campo operatorio con rollos de algodón dejando libres las coronas clínicas y secar con el aire de la jeringa triple.
- Aplicar el gel grabador a base de ácido ortofosfórico sobre las superficies oclusales, esperar de 10 a 15 segundos, según lo indique el proveedor del producto, retirar los rollos de algodón y lavar con spray del agua de la jeringa triple en cantidad abundante, pedir al paciente que se enjuague.
- Volver a colocar el eyector de saliva, aislar nuevamente el campo operatorio con rollos de algodón, secar las superficies oclusales con el aire de la jeringa triple y aplicar el Bond sobre las mismas, esperando 10 segundos antes de colocar finalmente el Sellador de Fosetas y Fisuras, esperar 10 a 15 segundos, retirar los rollos de algodón y el eyector de saliva, pedir al paciente que escupa y que no ingiera alimentos ni bebidas durante una hora después del tratamiento.

Tiempo de Duración:

- 30 minutos.

5.1.6 Identificación de Placa Dentobacteriana.**Concepto:**

Consiste en poner de manifiesto la presencia de la placa bacteriana y otros depósitos sobre los dientes y las superficies gingivales adyacentes.

Objetivo:

Identificar la presencia de placa dentobacteriana en las superficies de los órganos dentarios y gingivales adyacentes, mediante la aplicación de sustancias o tabletas reveladoras de placa, a fin de aplicar medidas preventivas o curativas para su control.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Eyector desechable de saliva.
- Cono de papel desechable.
- Tabletas reveladoras de placa dentobacteriana.
- Hilo dental.
- Cepillo dental infantil o de adulto (según sea el caso).
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Instrumental básico 1 x 4 (Espejo bucal, excavador, explorador y pinzas de curación).

Técnica:

- Indicar al paciente que mastique una tableta reveladora durante 30 segundos y trate de distribuirla por todas las superficies dentarias, posteriormente, se le pide que escupa y se enjuague para eliminar los excedentes de la tableta.
- Examinar cuidadosamente las superficies dentarias, las zonas coloreadas indican las áreas con presencia de placa dentobacteriana.
- Enseñar al paciente la Técnica de Cepillado, el uso del hilo dental, así como el cepillado de la lengua para la eliminación de la saburra y la halitosis.

Tiempo de Duración:

- 30 minutos.

5.2 Operatoria Dental.**5.2.1 Recubrimiento Pulpar Directo.****Concepto:**

Es una técnica odontológica que consiste en la colocación de cemento de hidróxido de calcio sobre la comunicación pulpar para la neoformación de dentina secundaria, cuando la lesión cariosa ha llegado a la parte profunda de la dentina y estableció una comunicación franca y visible con la pulpa del órgano dentario.

Objetivo:

Conservar la vitalidad pulpar del órgano dentario, mediante la neoformación de dentina secundaria para propiciar la cicatrización pulpar, a fin de restablecer la anatomía y funcionalidad del diente.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.

- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Hidróxido de calcio.
- Loseta de cristal.
- Cemento de óxido de zinc y eugenol.
- Cemento de oxifosfato.
- Cemento Ionómero de Vidrio.
- Radiografías periapicales infantiles o de adulto.
- Caja reveladora de radiografías.
- Líquidos revelador y fijador.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Excavador.
- Aplicador de Dycal.
- Espátula para cemento dental.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano y nervio lingual.
- Iniciar la preparación de la cavidad con fresa de diamante de alta velocidad, continuando con fresa de bola de carburo de alta velocidad. Se examina el sitio de la comunicación pulpar para observar si hay sangrado o signo de degeneración pulpar, se lava la cavidad dental con agua destilada o suero fisiológico para evitar mayor contaminación pulpar, se seca la cavidad con torundas de algodón estéril y se coloca un recubrimiento pulpar de hidróxido de calcio sobre la pulpa expuesta y todo el piso de la cavidad.

- Colocar una base de cemento de óxido de zinc y eugenol y terminar de rellenar la cavidad con cemento de oxifostato hasta el ángulo cavo superficial, o también después del recubrimiento pulpar, se puede rellenar toda la cavidad con cemento ionómero de vidrio hasta el ángulo cavo superficial y tomar radiografía de control.
- Este tratamiento está indicado en dientes jóvenes, cuya pulpa no está infectada y deberá realizarse inmediatamente después de que se estableció la comunicación pulpar.
- Indicar al paciente que no podrá masticar alimentos duros con el diente rehabilitado ni ingerir bebidas frías de 20 a 30 días después del tratamiento.
- La obturación con material permanente se debe efectuar después de este periodo de observación, siempre y cuando el paciente refiera la ausencia de molestias a la masticación e ingesta de bebidas frías.
- La rehabilitación debe realizarse por cuadrantes para optimizar la duración del tratamiento.

Tiempo de Duración:

- 30 minutos.

5.2.2 Recubrimiento Pulpar Indirecto.**Concepto:**

Es una técnica tendiente a proteger la pulpa del órgano dentario cuando la lesión cariosa aun no ha llegado a establecer una comunicación franca y visible.

Objetivo:

Proteger la pulpa del órgano dentario mediante la colocación de material de curación que recubre el techo pulpar, estimulando la neoformación de dentina secundaria, a fin de mantener la vitalidad y funcionalidad de dicho órgano.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Hidróxido de calcio.
- Loseta de cristal.
- Cemento de óxido de zinc y eugenol.
- Cemento Ionómero de Vidrio.

- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Excavador.
- Aplicador de Dycal.
- Espátula para cemento dental.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Iniciar la preparación de la cavidad con fresa de diamante de alta velocidad, continuando con fresa de bola de carburo de alta velocidad. Se puede terminar la remoción de dentina reblandecida con el excavador.
- Lavar la cavidad, secar con torundas de algodón sin provocar desecación, colocar el recubrimiento pulpar indirecto de hidróxido de calcio y colocar la base de óxido de zinc con eugenol sobre el recubrimiento pulpar o el ionómero de vidrio y dejar las curaciones una semana como máximo.
- Citar al paciente al término de la semana para la obturación definitiva de las cavidades e indicarle que no puede masticar alimentos ni ingerir bebidas durante 30 minutos después del tratamiento.
- Cuando la obturación definitiva se vaya a realizar con resina auto o fotopolimerizable, no se usará la base con cemento de óxido de zinc y eugenol, se colocará ionómero de vidrio clase II.
- La rehabilitación debe realizarse por cuadrantes para optimizar la duración del tratamiento.

Tiempo de Duración:

- 30 minutos.

5.2.3 Obturaciones Temporales con Cemento de Óxido de Zinc y Eugenol.**Concepto:**

Es la colocación de material de curación temporal en la cavidad preparada para recibir una obturación permanente, con el fin de poner en observación al órgano dentario y verificar la ausencia de síntomas o signos que nos indiquen una patología.

Objetivo:

Preparar a los órganos dentarios para recibir una obturación permanente, mediante la colocación de material de curación intermedia, a fin de restituir la anatomía y funcionalidad del diente.

Principio:

Esta Técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Hidróxido de calcio.
- Loseta de cristal.
- Cemento de óxido de zinc y eugenol.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Excavador.
- Aplicador de Dycal.
- Espátula para cemento dental.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Iniciar la preparación de la cavidad con fresa de diamante de alta velocidad, continuando con fresa de bola de carburo de alta velocidad. Se puede terminar la remoción de dentina reblandecida con el excavador.

- Lavar la cavidad, secar con torundas de algodón sin provocar desecación, colocar el recubrimiento pulpar indirecto de hidróxido de calcio, así como colocar la base de óxido de zinc con eugenol, y dejar las curaciones el tiempo necesario. La rehabilitación debe realizarse por cuadrantes para optimizar la duración del tratamiento.
- Indicar al paciente no comer alimentos ni ingerir bebidas durante 30 minutos después del tratamiento, así como alimentos duros y/o pegajosos para evitar el desalojo de las curaciones.
- El óxido de zinc y eugenol no se debe dejar como curación permanente, existen otros materiales para ese fin.

Tiempo de Duración:

- 30 minutos.

5.2.4 Obturaciones Temporales con Cemento de Oxifosfato de Zinc.**Concepto:**

Es la reconstrucción anatomofuncional con material de restauración intermedia en los dientes temporales próximos a exfoliarse.

Objetivo:

Conservar los dientes temporales con su integridad vital para que sirvan como mantenedores de espacio para la dentición permanente en un período no mayor a un año o como base protectora y aislante de los estímulos externos hacia la cámara pulpar en cavidades demasiado profundas de los dientes temporales y/o permanentes, antes de la colocación del material obturador definitivo.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Hidróxido de calcio.
- Loseta de cristal.
- Cemento de óxido de zinc y eugenol.
- Cemento de oxifosfato de zinc.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.

- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Excavador.
- Aplicador de Dycal.
- Espátula para cemento dental.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.

Técnica:

- Anestesiar el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Iniciar la preparación de la cavidad con fresa de diamante de alta velocidad, continuando con fresa de bola de carburo de alta velocidad. Se puede terminar la remoción de dentina reblandecida con el excavador.
- Lavar la cavidad, secar con torundas de algodón sin provocar desecación, colocar el recubrimiento pulpar indirecto de hidróxido de calcio, así como la base de cemento de oxifosfato de zinc, sobre el recubrimiento pulpar, dejar las curaciones el tiempo necesario, realizar la rehabilitación por cuadrantes para optimizar la duración del tratamiento y citar al paciente para la obturación definitiva en caso de requerirla.
- No comer alimentos ni ingerir bebidas durante 30 minutos después del tratamiento, ni comer alimentos duros y/o pegajosos para evitar el desalojo de las curaciones.
- Tiempo de duración: 30 minutos.

5.2.5 Obturaciones con Ionómero de Vidrio.**Concepto:**

Es la reconstrucción anatómica y funcional de los órganos dentarios con ionómero de vidrio como obturación permanente, después de la remoción de caries.

Objetivo:

Obturar el órgano dentario con ionómero de vidrio para devolverle su funcionalidad y anatomía evitando tratamientos restaurativos de mayor complejidad y costo para la Institución.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa carpule.
- Rollos de algodón o dique de hule.

- Eyector de saliva.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Hidróxido de calcio.
- Loseta de cristal.
- Cuñas de madera.
- Ionómero de vidrio.
- Banda matriz.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes Protectores.
- Espejo Bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Aplicador de Dycal.
- Excavador.
- Espátula de cemento dental.
- Jeringa Carpule.
- Porta matriz.

Técnica:

- Anestesiar el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Poner dique de hule, diseñar las cavidades con fresas de diamante según el caso, removiendo la caries con fresas de carburo y excavador o cucharilla de dentina. Aunque el cemento de ionómero de vidrio se adhiere al esmalte y la dentina, es preferible, de ser posible, proporcionar retención mecánica dentro de la cavidad.
- Cubrir la cavidad, sólo si es profunda, con hidróxido de calcio de fraguado rápido únicamente sobre la porción profunda de la cavidad y colocar un porta matriz si es necesario.
- Limpiar las paredes de la cavidad, utilizando 10% de poli (ácido acrílico), que se aplica con torunda de algodón al piso y a las paredes de las cavidades, durante 10 o 15 segundos, seguido de lavado con agua y secado ligero. La superficie de esmalte y dentina cortada durante la preparación de la cavidad queda cubierta con residuos finos, que se eliminan mediante el limpiado de ácido, lo cual mejora la adhesión.

- Insertar el cemento de ionómero de vidrio mezclando el material y aplicarlo a la cavidad, cuando el ionómero endurece aplicar una capa de barniz especial. El tiempo de trabajo de los materiales es sólo de 1.5 a 2 minutos. La deshidratación después de que el material endurece afecta de manera adversa sus propiedades físicas.
- Eliminar la matriz y recortar los excedentes después de que fragüe el material, pulir la restauración a los pocos minutos de espera, la rehabilitación debe realizarse por cuadrantes para optimizar la duración del tratamiento.
- Indicar al paciente que no ingiera ningún líquido o alimento sólido y que no fume en caso de ser adulto fumador, por lo menos durante una hora después del tratamiento.

Tiempo de Duración:

- 30 a 45 minutos.

5.2.6 Obturaciones Permanentes con Amalgama.**Concepto:**

Es la reconstrucción anatómica y funcional de los dientes con una aleación de plata, estaño, zinc, cobre y mercurio, después de la realización de la remoción de caries y la colocación de material temporal.

Objetivo:

Obturar el órgano dentario con amalgama para devolverle su funcionalidad y anatomía evitando tratamientos restaurativos de mayor complejidad y costo para la Institución.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Banda matriz metálica.
- Cuñas de madera.
- Manta para exprimir amalgama.
- Aleación para amalgama.
- Mercurio tridestilado.
- Pasta para pulir amalgama.
- Cepillo de cerdas blancas para contra ángulo de pieza de baja velocidad.
- Copa de Hule.
- Guantes.
- Cubrebocas.

- Lentes Protectores.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Excavador.
- Aplicador de Dycal.
- Porta matriz.
- Porta amalgama.
- Obturador cuádruple para amalgama.
- Obturador Mortonson para amalgama.
- Recortador Hollenback para amalgama.
- Obturador Wescott para amalgama.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Jeringa tipo Carpule.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Desgastar lo suficiente las curaciones colocadas en las cavidades rehabilitadas para la colocación de las amalgamas; dependiendo del tipo de cavidad ya sea Clase I o II, colocar o no el porta matriz, ajustar la matriz con las cuñas de madera para evitar la sobre obturación en las superficies ínterproximales de los dientes.
- Colocar la amalgama en la cavidad con ayuda del porta amalgamas, empacar el material con ayuda del Cuádruple o Mortonson, con el Hollenback eliminar los excedentes de amalgama y con el Wescott dar la anatomía a las superficies oclusales de los premolares y molares obturados. En caso de haber utilizado porta matriz, este se retira con cuidado para no fracturar las crestas marginales o los rebordes que fueron reconstruidos.
- Verificar ajuste y oclusión adecuadas, realizar el pulido 24 hrs. después; la rehabilitación debe realizarse por cuadrantes para optimizar la duración del tratamiento.
- Evitar alimentos y bebidas durante una hora después del tratamiento para evitar fractura de las amalgamas.

Tiempo de Duración:

- De 30 a 45 minutos por cuadrante.

5.2.7 Obturaciones Permanentes con Resina Autopolimerizable.**Concepto:**

Es la reconstrucción anatómica y funcional de los órganos dentarios con resina autopolimerizable como obturación permanente, después de la remoción de caries.

Objetivo:

Obturar el órgano dentario con resina autopolimerizable para devolverle su funcionalidad y anatomía evitando tratamientos restaurativos de mayor complejidad y costo para la Institución.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Hidróxido de calcio.
- Loseta de cristal.
- Cuñas de madera.
- Resina Autopolimerizable (juego).
- Tiras de celuloide.
- Tiras de Lija.
- Papel para articular.
- Banda matriz.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Excavador.
- Aplicador de Dycal.
- Espátula para cemento dental.

- Jeringa para anestesia tipo Carpule.
- Porta matriz.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Diseñar las cavidades con fresas de diamante según el caso (Clases III, IV o V) removiendo las caries con fresas de carburo y excavador; aislar los dientes con rollos de algodón, colocar recubrimientos pulpares con hidróxido de calcio y grabar el esmalte con ácido ortofosfórico.
- Retirar los rollos de algodón y lavar abundantemente, colocar nuevos rollos y secar las cavidades, barnizar las cavidades con el Bond, colocar matriz y cuñas de madera en caso de cavidades Clase III, empacar la resina autopolimerizable, recortar el excedente, verificar la oclusión con papel para articular y pulir con tiras de lija o piedras de Arkansas (si se cuenta con ellas). La rehabilitación debe realizarse por cuadrantes para optimizar la duración del tratamiento.
- Indicar al paciente que no ingiera algún líquido, alimentos y que no fume en caso de ser adulto fumador, por lo menos durante una hora después del tratamiento.

Tiempo de Duración:

- 30 a 45 minutos.

5.2.8 Obturaciones Permanentes con Resina Fotopolimerizable.**Concepto:**

Es la reconstrucción anatómica y funcional de los órganos dentarios con resina fotopolimerizable como obturación permanente, después de la realización de la remoción de caries.

Objetivo:

Obturar el órgano dentario con resina fotopolimerizable para devolverle su funcionalidad y anatomía evitando tratamientos restaurativos de mayor complejidad y costo para la Institución.

Principios:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Lámpara para Resina Fotopolimerizable.

- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Hidróxido de calcio.
- Loseta de cristal.
- Cuñas de madera.
- Resina fotopolimerizable (juego).
- Tiras de celuloide.
- Tiras de lija.
- Papel para articular.
- Banda matriz.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Excavador.
- Aplicador de Dycal.
- Espátula para cemento dental.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.
- Porta matriz.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Colocar recubrimientos pulpaes en caso de cavidades Clase III, IV ó V, en caso de cavidades Clase I ó II desgastar lo suficiente las curaciones de Ionómero de Vidrio colocadas con anterioridad, realizar limpieza dental o profilaxis de los dientes por obturar.
- Aislar los dientes con rollos de algodón, colocar el eyector de saliva, colocar ácido ortofosfórico sobre el ángulo cabo superficial de las cavidades y después de 15 segundos retirar los rollos de algodón y lavar los dientes con abundante agua.
- Volver a aislar los dientes por obturar, es el momento de colocar la banda de celuloide si es necesaria y las cuñas de madera, a continuación, barnizar las cavidades con el Bond y aplicar el rayo de luz de la lámpara durante 20 segundos y comenzara empacar en las cavidades la resina fotopolimerizable aplicando la luz de la lámpara en lapsos de 20 segundos. Verificar la oclusión con el papel para articular y hacer los ajustes necesarios hasta llegar a la oclusión céntrica ayudados de piedras de Arkansas (en caso de contar con ellas), fresas de alta velocidad para ajustar resinas y tiras de lija.

- Retirar los rollos de algodón y el eyector de saliva, se le pide al paciente que realice su aseo dental 3 veces/día para evitar las pigmentaciones de las resinas.

Tiempo de Duración:

- 30 a 45 minutos por cuadrante.

5.2.9. Coronas de Acero.**Concepto:**

Consiste en colocar una corona de acero inoxidable prefabricada cuando la caries en un órgano dental primario es extensa, y no es posible realizar una restauración con amalgama, resina compuesta ni cemento de ionómero de vidrio.

Objetivo:

Restituir la funcionalidad y anatomía del órgano dentario primario, mediante la colocación de una corona prefabricada de acero, evitando tratamientos restaurativos de mayor complejidad y costo para la Institución.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa carpule.
- Rollos de algodón o Dique de hule.
- Eyector de saliva.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Pieza de baja velocidad.
- Pinzas para ajustar coronas.
- Coronas de acero.
- Contra ángulo.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de punta de lápiz.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Fresas de baja velocidad.
- Piedra abrasiva fina.
- Rueda de pulido de hule.
- Hidróxido de calcio (juego).
- Ionómero de vidrio

- Loseta de cristal.
- Cuñas de madera.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Alginato.
- Yeso piedra.
- Abatelenguas
- Hilo dental.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Aplicador de Dycal.
- Excavador.
- Espátula de cemento dental.
- Espátula para alginato.
- Tijeras para contornear.
- Tijeras curvas para coronas.
- Jeringa Carpule.
- Taza de hule.
- Cucharillas para impresión infantil.
- Compás o calibrador.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Eliminar la caries con excavadores o cucharilla de dentina, o con una fresa grande de baja velocidad, si la caries es profunda y hay posible exposición pulpar, es necesario preparar primero una cavidad retentiva antes de proseguir a quitar caries profunda. Obturar la cavidad con ionómero de vidrio. Si se hace la Pulpotomía sellar la cámara pulpar.
- Preparación del órgano dentario:
- Rebajar el diente usando la pieza de mano de alta velocidad, se realiza en tres partes:

- Superficie oclusal: Penetrar la fisura oclusal con una fresa de diamante de 1 a 1.5 mm de profundidad, extenderse hacia las fisuras y fosetas, pasando por cualquier cresta oblicua, con ampliación a la superficie vestibular, lingual y proximales. También se hacen surcos con la misma profundidad que corren desde las fisuras siguiendo la inclinación de las cúspides. Se requiere una reducción de 1 a 1.5 mm para poder colocar la corona sin abrir la mordida.
- Superficies proximales: Colocar una fresa de punta de lápiz en contacto con el diente en los espacios vestibular, lingual e interproximal, angulando 20° a la vertical y con su punta en el margen gingival, conservar la fresa en esta posición mientras se corta a través del diente. Después de avanzar 2 mm, revisar que el corte sea satisfactorio y que no se produzca un escalón. La retención depende principalmente de un ajuste preciso al margen gingival.
- Superficies vestibular y lingual o palatina: Con la fresa de punta de lápiz reducir las superficies vestibular y lingual, al nivel del borde gingival, casi 1 mm, y redondear los ángulos cavo superficiales en las superficies oclusales e interproximales. La reducción de las superficies vestibular y lingual o palatina es mínima, basta con sólo permitir que ajuste la corona.
- Selección de la corona:
- Colocar las puntas del compás o calibrador en las superficies mesial y distal del diente a nivel del margen gingival.
- Elegir la corona con la misma dimensión mesiodistal que la señalada con el compás o calibrador.
- Probar la corona en el diente para confirmar que tenga el ajuste preciso.
- Ajuste de la corona en el diente:
- Con el explorador revisar que su borde quede en el surco gingival, si estuviera sobre el borde de la encía, doblar el borde de la corona hacia adentro con pinzas y presionar cuidadosamente la corona hasta que llegue a su sitio.
- Si se extiende demasiado, la encía se tornará isquémica; de ser así, cortarla en dicha región con tijeras para corona o reducirla con una piedra, y probarla de nuevo. (Si se cortó la corona con tijeras pulirla con una piedra antes de colocarla de nuevo en el diente).
- Cuando la corona no parece ajustar satisfactoriamente, revisar la oclusión, si la corona está alta, quitarla y revisar que haya suficiente espacio libre cuando los dientes se encuentran en oclusión, asimismo, se reducirá más la superficie oclusal del diente o la periferia de la corona para permitir el ajuste de modo adecuado.
- Contornear la corona, revisar el margen de la encía con un explorador, usar pinzas de contornear para que se adapte la misma; colocar nuevamente la corona sobre el diente, revisar el borde y eliminar cualquier otro borde que exista.
- Usar un excavador o cucharilla de dentina para retirar la corona bien ajustada, revisar los contactos interproximales; de ser preciso, usar las pinzas para abombar para ampliar la corona y producir mejores contactos. Idealmente, la corona debe llegar a su lugar ajustada y no debe ser fácil de quitar.
- Algunas veces es difícil colocar una corona que ajuste de manera adecuada directamente desde oclusal; puede ser más sencillo ubicar primero el margen lingual y después girarla en sentido vestibular hasta que asiente por completo.
- Colocación de la corona:
- Pulir el margen alisando el borde de la corona con una piedra o rueda de hule, ya que una superficie áspera irrita la encía y favorece la acumulación de placa dentobacteriana.
- Aislar el diente con rollos de algodón, colocar eyector de saliva, usar el cemento adhesivo mezclado a una consistencia cremosa y haciéndolo fluir hacia abajo por las paredes internas de la corona hasta que quede casi llena.
- Colocar la corona sobre el diente de posición lingual a vestibular y presionarla con fuerza en su sitio, primero con los dedos y después con un abatelenguas, pidiéndole al paciente que lo muerda firmemente.
- Cuando el cemento fragüe, quitar todo el excedente, en particular en el surco gingival y de las zonas interdentes, mediante un explorador y el hilo dental, respectivamente. El hacer fluir el cemento por las paredes de la corona disminuye el riesgo de atrapar aire. El ajuste de la corona en dirección lingual a vestibular permite que el cemento excedente fluya en sentido vestibular.
- Solicitar al paciente que no ingiera ningún alimento, por lo menos durante una hora después del tratamiento.

Tiempo de Duración:

- De 45 a 60 minutos.

5.3 Tratamiento Periodontales.**5.3.1 Curetaje Periodontal.****Concepto:**

Es el procedimiento mediante el cual se eliminan con la ayuda de curetas, los elementos contaminantes (como sarro y tejidos necrosados) que están afectando uno o más dientes y que se localizan en los tejidos de soporte.

Objetivo:

Eliminar mecánicamente del órgano dentario el sarro y los tejidos de soporte necrosados, para rehabilitar su salud y restituir su funcionalidad.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Gasas estériles.
- Eyector de saliva desechable.
- Suero fisiológico.
- Cemento quirúrgico rosa.
- Loseta de cristal.
- CK6.
- Antimicrobianos y AINES.
- Radiografía periapical de adulto.
- Líquidos revelador y fijador para uso dental.
- Caja reveladora de radiografías dentales.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.

- Excavador.
- Espátula para cemento.
- Curetas para periodoncia.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Tomar una radiografía periapical para visualizar la zona afectada por la lesión, se coloca eyector de saliva, se realiza el curetaje cerrado con la eliminación de la bolsa y el ligamento periodontal enfermos.
- Lavar abundantemente con suero fisiológico, colocar un apósito quirúrgico con cemento rosa para proteger la zona atendida.
- Mediar al paciente con antimicrobianos y AINES. Asimismo, indicarle dieta libre de grasas e irritantes y citarlo en 7 días para revisión y tratamiento definitivo, pudiendo ser pulpectomía o extracción dentaria según sea el caso. En caso de absceso periodontal y/o absceso periapical, éste se punciona para favorecer la salida de material purulento y se curetea la zona afectada y se lava abundantemente con solución fisiológica.
- Realizar la rehabilitación por cuadrantes para optimizar la duración del tratamiento.

Tiempo de Duración:

- 45 minutos.

5.3.2 Curetaje Alveolar.**Concepto:**

Consiste en limpiar, raspar y curetear el alveolo dental, para eliminar el proceso infeccioso que se formó, posterior a una extracción y en donde no hubo formación de coágulo sanguíneo precursor de la cicatrización o se formó un coágulo falso, presentándose finalmente dolor e inflamación en el hueso alveolar.

Objetivo:

Eliminar la infección producida en el alveolo dental mediante curetaje, para restituir la funcionalidad del diente.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Gasas estériles.
- Eyector de saliva desechable.

- Suero fisiológico.
- Cemento quirúrgico rosa.
- Pasta Yodada (Alvogyl).
- Loseta de cristal.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Instrumental básico 1 x 4 (Espejo bucal, excavador, explorador y pinzas de curación).
- Cureta quirúrgica.
- Espátula para cemento.
- Lima para hueso.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Retirar con la cureta quirúrgica el coágulo falso que se localiza al interior del alveolo, lavar con suero fisiológico, realizar regularización del proceso residual, en caso necesario, con la lima para hueso, volver a lavar con suficiente suero fisiológico, inducir mediante curetaje alveolar el sangrado para propiciar la formación del coágulo y que se inicie la cicatrización.
- En caso de que no se haya formado coágulo, después del curetaje se coloca un apósito quirúrgico con cemento rosa o pasta yodada, en caso de contar con el insumo (alvogyl).
- Mediar al paciente con antimicrobianos y AINES, indicarle dieta libre de grasas e irritantes y citarlo en 7 días para revisión del área quirúrgica.

Tiempo de Duración:

- 30 minutos.

5.3.3 Drenado de Abscesos Periodontales.**Concepto:**

Es el procedimiento mediante el cual se eliminan con la ayuda de curetas los elementos contaminantes (el material purulento) que se localizan en los tejidos de soporte y que afectan los tejidos de soporte o periodonto de uno o más dientes, como resultado de un proceso infeccioso.

Objetivo:

Eliminar el material purulento producido por una infección en los tejidos de soporte o periodonto, mediante el uso de curetas, con el fin de restituir la funcionalidad del diente y periodonto.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Gasas estériles.
- Eyector de saliva desechable.
- Suero fisiológico.
- Cemento quirúrgico rosa.
- Loseta de cristal.
- Radiografía periapical de adulto.
- Líquidos revelador y fijador para uso dental.
- Caja reveladora de radiografías dentales.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Excavador.
- Espátula para cemento.
- Curetas para periodoncia.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.

Técnica:

- Anestesiar el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Tomar una radiografía periapical para visualizar la zona afectada por la lesión, colocar eyector de saliva y realizar el curetaje cerrado con la eliminación de la bolsa y el ligamento periodontal enfermos.
- Lavar abundantemente con suero fisiológico y colocar un apósito quirúrgico con cemento rosa para proteger la zona atendida.

- En caso de absceso periodontal, éste se punciona para favorecer la salida de material purulento y se curetea la zona afectada, se lava abundantemente con suero fisiológico.
- Medicar al paciente con antimicrobianos y AINES, indicarle dieta baja en grasas e irritantes y citarlo en 7 días para revisión y tratamiento definitivo, pudiendo ser pulpectomía o extracción dentaria según sea el caso.

Tiempo de Duración:

- 45 minutos.

5.3.4 Drenado de Abscesos Periapicales.**Concepto:**

Es el procedimiento mediante el cual se elimina el material purulento que está afectando los tejidos de soporte o adyacentes de uno o más dientes, como resultado de un proceso infeccioso localizado en el ápice del diente.

Objetivo:

Eliminar el material purulento producido por una infección en los tejidos de soporte o adyacentes, haciendo una punción en la zona afectada para que favorezca la salida de material purulento, con el fin de contribuir a restituir la funcionalidad del diente.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Gasas estériles.
- Eyector de saliva desechable.
- Suero fisiológico.
- Cemento quirúrgico rosa.
- Loseta de cristal.
- Radiografía periapical de adulto.
- Líquidos revelador y fijador para uso dental.
- Caja reveladora de radiografías dentales.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.

- Excavador.
- Espátula para cemento.
- Curetas para periodoncia.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Tomar una radiografía periapical para visualizar la zona afectada por la lesión, colocar eyector de saliva, puncionar el absceso, drenar el material purulento y realizar curetaje cerrado para eliminar la bolsa del absceso periapical.
- Lavar abundantemente con suero fisiológico y colocar un apósito quirúrgico con cemento rosa para proteger la zona atendida.
- Mediar al paciente con antimicrobianos y AINES, indicarle dieta baja en grasas e irritantes y citarlo en 7 días para revisión y tratamiento definitivo, pudiendo ser pulpectomía o extracción dentaria según sea el caso.

Tiempo de Duración:

- 45 minutos.

5.4 TERAPIAS PULPARES.**5.4.1 Pulpotomía.****Concepto:**

Procedimiento mediante el cual se elimina la pulpa cameral del órgano dentario que ha sido afectado por caries de 3er. Grado y que llegó a lesionar de manera importante la cámara pulpar, evitando la infección de la pulpa radicular.

Objetivo:

Eliminar parcialmente el tejido pulpar infectado mediante la aplicación de medicamentos que momifiquen y fijen la pulpa radicular, con el fin de restituir la funcionalidad del diente.

Principios:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Pieza de mano de alta velocidad.

- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Suero fisiológico.
- Agua oxigenada.
- Formocresol.
- Yodoformo.
- Loseta de cristal.
- Cemento de óxido de zinc y eugenol.
- Radiografía periapical infantil.
- Líquidos revelador y fijador para uso dental.
- Caja reveladora de radiografías dentales.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Excavador.
- Espátula para cemento dental.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.
- Gancho para revelar radiografías.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Colocar eyector de saliva, preparar la cavidad iniciando con fresa de diamante y continuando con fresa de carburo, ambas de alta velocidad hasta eliminar por completo el techo pulpar, cuernos y cámara pulpar. La pulpa cameral se remueve con fresa de bola del No. 6 u 8 de carburo de alta velocidad; con el excavador se termina la eliminación pulpar que se encuentra más próxima a las entradas de los conductos radiculares.
- El sangrado se controla con una torunda impregnada con una mezcla de formocresol con yodoformo o con agua oxigenada, al retirar el algodón se deben observar las entradas a los conductos, de color café oscuro.
- Preparar una mezcla de óxido de zinc + eugenol + 1 gota de formocresol colocándola dentro de la cavidad, procurando que se adapte perfectamente al fondo de la cavidad y a la entrada de los conductos radiculares.

- Eliminar los excedentes de curación, vigilar que quede fuera de oclusión el diente tratado, tomar una radiografía periapical de control y citar al paciente después de 20 días de permanecer en observación el diente para que sea obturado con material de obturación definitivo.
- Indicar al paciente que no deberá masticar alimentos duros, ni ingerir bebidas frías durante los primeros 10 días después del tratamiento; los últimos 10 días comerá de manera normal para observar que no se presenten molestias a la masticación.

Tiempo de Duración:

- 45 minutos.

5.4.2 Pulpectomía.**Concepto:**

Procedimiento que se emplea cuando la lesión cariogénica penetró hasta la cámara pulpar del diente, provocando necrosis pulpar radicular, mediante el cual se elimina totalmente la pulpa dental evitando la infección de los tejidos remanentes en los dientes temporales o permanentes, en caso de dientes temporales se busca su permanencia el mayor tiempo posible, hasta su exfoliación. Este tratamiento conservador evitará la pérdida de proceso alveolar a largo plazo, la pérdida de espacio interdentario y malposiciones dentales con la subsecuente pérdida de oclusión adecuada.

Objetivo:

Eliminar totalmente el tejido pulpar infectado con el fin restituir la funcionalidad del diente.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Suero fisiológico.
- Loseta de cristal.
- Cemento de óxido de zinc y eugenol.
- Paramonoclorofenol alcanforado.
- Radiografía periapical infantil.
- Radiografía periapical de adulto.
- Líquidos revelador y fijador para uso dental.
- Caja reveladora de radiografías dentales.

- Jeringa hipodérmica para lavar conductos.
- Tiranervios.
- Limas Flexibles del No. 15 al 40 de 25 mm. de longitud.
- Limas Flexibles del No. 45 al 80 de 25 mm. de longitud.
- Puntas de papel absorbente del No. 15 al 40.
- Puntas de papel absorbente del No. 45 al 80.
- Puntas de gutapercha del No. 15 al 40.
- Puntas de gutapercha del No. 45 al 80.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Excavador.
- Espátula para cemento dental.
- Recortador de puntas de gutapercha.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.
- Gancho para revelar radiografías.
- Lámpara de alcohol.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Colocar el eyector de saliva, preparar la cavidad iniciando con fresa de diamante y continuando con fresa de carburo, ambas de alta velocidad, hasta eliminar por completo el techo pulpar, cuernos y cámara pulpar. La pulpa cameral se remueve con fresa de bola del No. 6 u 8 de carburo de alta velocidad; con el excavador se termina la eliminación pulpar que se encuentra más próxima a las entradas de los conductos radiculares.
- Para el tratamiento de dientes permanentes, extirpar los paquetes vasculonerviosos radiculares con los tiranervios, tomar radiografía inicial para conductometría aparente, limar los conductos, lavar con suero fisiológico y jeringa hipodérmica, secarlos, tomar radiografía para conductometría real con las limas colocadas dentro de los conductos, se vuelven a lavar los conductos y a secar con las puntas de papel absorbente, finalmente, colocar una torunda impregnada y exprimida con paramonoclorofenol alcanforado dentro de la cavidad y cubrir con obturación temporal.

- La obturación radicular se realiza con las puntas de gutapercha hasta que ya no exista infección radicular, quedando la obturación a 1 ó 1 ½ mm. del ápice; se coloca obturación temporal, se toma Rx de control y se queda en observación por 20 días para citar al paciente a obturación definitiva con amalgama o resina.
- Si el diente por tratar es temporal, se realiza el mismo procedimiento cuidando de no colocar torunda impregnada con paramonoclorofenol alcanforado en las curaciones entre citas y que la obturación radicular sea sin puntas de gutapercha, únicamente con cemento de óxido de zinc y eugenol.

Tiempo de Duración:

- 2 o 3 Sesiones de 45 minutos cada una.

5.5 EXODONCIA.**5.5.1 Extracción de Diente Temporal.****Concepto:**

Técnica quirúrgica consistente en la eliminación de un diente que no puede ser rehabilitado, o bien, que su periodo de exfoliación ha pasado, eliminando los focos infecciosos de la boca para prevenir complicaciones sistémicas en el individuo.

Objetivo:

Eliminar los focos infecciosos de la boca mediante la extracción del órgano dentario retenido o infectado, a fin de facilitar la erupción de un diente permanente y/o prevenir complicaciones sistémicas en el individuo.

Principios:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Radiografía periapical infantil.
- Radiografía periapical adulto.
- Radiografía oclusal.
- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja dental corta desechable.
- Eyector desechable de saliva.
- Gasas estériles.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Instrumental básico 1 x 4 (Espejo bucal, excavador, explorador y pinzas de curación).
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.
- Elevador Recto punta fina.
- Elevador de Raíz.

- Elevadores de Bandera (derecho e izquierdo).
- Fórceps (el número depende del diente por extraer).
- Cureta quirúrgica.
- Lima para hueso.
- Legra para periostio.

Técnica:

- Efectuar la exploración, realizar el estudio radiológico requerido.
- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
 - Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
 - Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Comenzar la sindesmostomía alveolo dentaria, realizar la luxación y aprehensión del diente, posteriormente la avulsión con el fórceps indicado para el caso o elevador para raíz, verificar que esté íntegro el diente extraído. En caso necesario se regulariza el proceso residual, se verifica la formación del coágulo sanguíneo y finalmente se coloca gasa estéril en el sitio intervenido, haciendo que el paciente ocluya fuertemente con fines hemostáticos.
- Indicar Farmacoterapia sólo en caso necesario.
- Solicitar al paciente que realice el aseo bucal normal, evitando pasar el cepillo por el área de la extracción, realizando colutorios suaves en dicha área, e indicarle que evite la ingestión de alimentos grasosos e irritantes durante los tres días posteriores a la exodoncia.
- En caso de extracción de urgencia, si no se cuenta con expediente clínico previo, deberá ser llenado el formato de “Consentimiento Informado de Urgencias Odontológicas”.

Tiempo de Duración:

- El tiempo se determina de acuerdo a la cooperación del paciente y a las condiciones en que se encuentre el diente por extraer.

5.5.2 Extracción de Diente Permanente.**Concepto:**

Técnica quirúrgica consistente en la eliminación de un diente que no puede ser rehabilitado, retirando los focos infecciosos de la boca para prevenir problemas en la salud integral del individuo.

Objetivo:

Eliminar los focos infecciosos de la boca, mediante la extracción del órgano dentario retenido o infectado, a fin de facilitar la erupción de un diente permanente y/o prevenir complicaciones sistémicas en el individuo.

Principios:

Esta Técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Radiografía periapical infantil.
- Radiografía periapical adulto.
- Radiografía oclusal.

- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja dental corta desechable.
- Eyector desechable de saliva.
- Gasas estériles.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Instrumental básico 1 x 4 (Espejo bucal, excavador, explorador y pinzas de curación).
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.
- Elevador Recto punta final.
- Elevador de Raíz.
- Elevadores de Bandera (derecho e izquierdo).
- Fórceps (el número depende del órgano dentario por extraer).
- Cureta quirúrgica.
- Lima para hueso.
- Legra para periostio.

Técnica:

- Efectuar la exploración y realizar estudio radiológico.
- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior o nervio mentoniano o nervio lingual.
- Comenzar la sindesmostomía alveolo dentaria, efectuar la luxación y aprehensión del diente y realizar la avulsión con el fórceps indicado para el caso o elevador para raíz.
- Verificar que esté íntegro el (los) diente(s) extraído(s). En caso necesario se regulariza el proceso residual, se verifica la formación del coágulo sanguíneo y finalmente se coloca gasa estéril en el sitio intervenido, haciendo que el paciente ocluya fuertemente con fines hemostáticos.
- Solicitar al paciente que realice el aseo bucal normal evitando pasar el cepillo por el área de la extracción, realizando colutorios suaves en dicha área y que evite la ingestión de alimentos grasos e irritantes durante los tres días posteriores a la exodoncia.
- Farmacoterapia solo en caso necesario.

Tiempo de Duración: El tiempo se determina de acuerdo a la cooperación del paciente y a las condiciones en que se encuentre el diente por extraer.

5.5.3 Extracciones Múltiples de Dientes Temporales o Permanentes.

Concepto:

Técnica quirúrgica consistente en la eliminación de dientes que no pueden ser rehabilitados, o bien, que su periodo de exfoliación (en el caso de los temporales) ya ha pasado, eliminando focos infecciosos de la boca para prevenir complicaciones sistémicas en el individuo.

Objetivo:

Eliminar los focos infecciosos de la boca mediante la extracción de los órganos dentarios retenidos o infectados, a fin de facilitar la erupción de un diente permanente y/o prevenir complicaciones sistémicas en el individuo.

Principios:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Radiografía periapical infantil.
- Radiografía periapical adulto.
- Radiografía oclusal.
- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja dental corta desechable.
- Hilo de sutura Catgut 000.
- Eyector desechable de saliva.
- Gasas estériles.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Instrumental básico 1 x 4 (Espejo bucal, excavador, explorador y pinzas de curación).
- Porta agujas.
- Tijeras p/sutura.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.
- Elevador recto punta fina.
- Elevador de Raíz.
- Elevadores de Bandera (derecho e izquierdo).
- Fórceps (el número depende del órgano dentario por extraer).
- Cureta quirúrgica.
- Lima para hueso.

- Legra para periostio.

Técnica:

- Efectuar la exploración, realizar estudio radiológico.
- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: bloqueo del nervio dentario inferior, nervio mentoniano o nervio lingual.
- Comenzar la sindesmostomía alveolo dentaria, realizar la luxación y aprehensión de los dientes o restos radiculares, posteriormente efectuar la avulsión con el fórceps indicado para el caso o elevadores para las raíces, verificar que estén íntegros los dientes extraídos. En caso necesario se regulariza el proceso residual, y se verifica la formación de los coágulos sanguíneos; suturar con Catgut 000 y valorar la colocación de apósito quirúrgico o únicamente de gasas estériles en el sitio intervenido, haciendo que el paciente ocluya fuertemente con fines hemostáticos.
- Indicar farmacoterapia sólo en caso necesario.
- Solicitar al paciente que realice el aseo bucal normal, evitando pasar el cepillo por el área quirúrgica, realizando colutorios suaves en dicha área e indicarle que evite la ingestión de alimentos grasosos e irritantes de 3 a 5 días posteriores a la exodoncia.
- Indicar cita en el carnet del paciente a los 7 días posteriores para revisión y retiro de puntos.

Tiempo de Duración:

- El tiempo se determina de acuerdo a la cooperación del paciente y a las condiciones en que se encuentren los órganos dentarios por extraer.

5.6 TRAUMATISMOS ALVEOLO-DENTARIOS**5.6.1 Atención de una Fractura de Corona Clínica.****Concepto:**

Consiste en realizar un tratamiento odontológico cuando por diferentes causas, se presenta fractura de la corona clínica o la raíz del órgano dentario.

Objetivo:

Atender de manera inmediata una fractura de la corona clínica, mediante la realización de un tratamiento odontológico que elimine el dolor, evite una infección y restituya la funcionalidad del órgano dentario.

Principios:

Esta Técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Radiografías periapical infantil.
- Radiografías periapical adulto.
- Radiografías oclusales.
- Líquido revelador.
- Líquido fijador.

- Ganchos radiográficos.
- Caja reveladora.
- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Gasas estériles.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Instrumental básico 1 x 4 (Espejo bucal, excavador, explorador y pinzas de curación).
- Suero fisiológico.
- Jeringa hipodérmica.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Hidróxido de calcio.
- Oxido de zinc.
- Ionómero de vidrio.
- Selladores de fasetas y fisuras.

Técnica:

- Anestesiar el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior, nervio mentoniano o nervio lingual.
- Realizar interrogatorio y exploración física del paciente, lavar con solución fisiológica el área afectada, tomar radiografía periapical y de ser necesario radiografía oclusal.
- En caso de fractura de esmalte, alisar los bordes filosos con fresas de diamante, colocar sellador de fasetas y fisuras para sellar los túbulos dentinarios que se hayan expuesto y lograr que se disminuyan los riesgos de hiperemia pulpar. Se cita al paciente a los 15 días para tratamiento integral.
- En caso de fractura de esmalte y dentina sin exposición pulpar, alisar los bordes filosos con fresas de diamante, diseñar la cavidad, colocar hidróxido de calcio y oxido de zinc o ionómero de vidrio y citar al paciente a los 15 días para tratamiento integral. En caso de presentar el paciente dolor y edema se le indica un antiinflamatorio.
- En caso de fractura de esmalte y dentina con exposición pulpar, se recomienda realizar una protección pulpar directa con hidróxido de calcio puro, si la comunicación pulpar es muy extensa se recomienda la eliminación de la pulpa en esta zona con una fresa redonda estéril y muy buena irrigación. En dientes con ápices no desarrollados se debe efectuar la pulpectomía parcial y luego realizar el tratamiento endodóntico total. Citar al paciente a los 8 días para tratamiento integral. En caso de presentar dolor, edema e infección se indica un antiinflamatorio y antibiótico.

Tiempo de Duración:

- 30 a 60 minutos.

5.6.2 Atención de Fracturas Radiculares.**Concepto:**

Es el procedimiento mediante el cual se elige la técnica mas adecuada para dar solución a la ruptura de los tejidos duros de la raíz.

Objetivo:

Atender de manera inmediata una fractura de la raíz dental para eliminar el dolor, evitar una infección y restituir la funcionalidad del órgano dentario mediante la realización de un tratamiento odontológico.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Radiografías periapical infantil.
- Radiografías periapical adulto.
- Radiografías oclusales.
- Líquido revelador.
- Líquido fijador.
- Caja reveladora.
- Gasas estériles.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Excavador.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Espátula para cemento.
- Loleta de cristal.
- Suero fisiológico.
- Jeringa hipodérmica.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.
- Pieza de mano de alta velocidad.

- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Hidróxido de calcio.
- Oxido de zinc.
- Ionómero de vidrio.
- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Paramonoclorofenol alcanforado.
- Jeringa hipodérmica para lavar conductos.
- Tira nervios.
- Limas Flexibles del No. 15 al 40 de 25 mm. de longitud.
- Limas Flexibles del No. 45 al 80 de 25 mm. de longitud.
- Puntas de papel absorbente del No. 15 al 40.
- Puntas de papel absorbente del No. 45 al 80.
- Puntas de gutapercha del No. 15 al 40.
- Puntas de gutapercha del No. 45 al 80.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior, nervio mentoniano o nervio lingual.
- En caso de fracturas horizontales y oblicuas del tercio cervical: remover el fragmento coronario, realizar tratamiento endodóntico de la porción radicular y citar al paciente a los 8 días para tratamiento integral. En caso de presentar dolor, edema e infección indicar un antiinflamatorio y antibiótico.
- En caso de fracturas horizontales y oblicuas del tercio medio: Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar, reubicar los fragmentos en forma digital, verificar radiográficamente la posición correcta, ferulizar, controlar la oclusión, tomar radiografía post-operatoria. Se deben realizar controles clínicos y radiográficos en forma periódica para evaluar el estado pulpar y la cicatrización de la línea de fractura, así como prescribir antibiótico-terapia y citar al paciente para continuar tratamiento integral.
- En caso de fracturas horizontales y oblicuas del tercio apical: Por lo general, la pieza dentaria no presenta movilidad y no se debe realizar algún tratamiento, solamente controles clínicos y radiográficos, para verificar la cicatrización y la conservación de la vitalidad pulpar.

- En caso de fracturas verticales en piezas dentarias unirradiculares: Si la fractura es total el pronóstico es adverso y se indica su extracción por la imposibilidad en la consolidación de los fragmentos; si la fractura es parcial y se extiende solamente en el tercio cervical de la raíz, se procede a su extrusión ortodóntica o quirúrgica hasta la línea de la fractura y luego la eliminación de la parte fracturada.
- En caso de fracturas verticales en piezas dentarias multirradiculaes: Si la fractura esta ubicada en una de las raíces se procede a su radectomía.
- En caso de fracturas coronorradiculares: Luego de eliminado el fragmento coronario, si no hay exposición pulpar, se transforma la fractura subgingival en una supragingival mediante gingivectomía y osteotomía, para permitir una adecuada restauración y así proteger la dentina expuesta; si hay exposición pulpar se realiza el mismo procedimiento con tratamiento de conductos, si la línea de fractura es muy profunda, se puede recurrir a la extrusión ortodóntica del diente.

Tiempo de Duración:

- 60 a 90 minutos.

5.6.3 Atención de una Luxación Dentaria.**Concepto:**

Es el procedimiento odontológico que se realiza para dar solución a la ruptura de los tejidos de la raíz.

Objetivo:

Atender de manera inmediata una luxación dental para eliminar el dolor, evitar una infección y restituir la funcionalidad del órgano dentario, mediante la realización de un tratamiento odontológico.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Radiografías periapical infantil.
- Radiografías periapical adulto.
- Radiografías oclusales.
- Líquido revelador.
- Líquido fijador.
- Caja reveladora.
- Gasas estériles.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Excavador.
- Pinzas de curación.
- Explorador.

- Espátula para cemento.
- Loseta de cristal.
- Suero fisiológico.
- Jeringa hipodérmica.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Hidróxido de calcio.
- Oxido de zinc.
- Ionómero de vidrio.
- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Paramonoclorofenol alcanforado.
- Jeringa hipodérmica para lavar conductos.
- Tira nervios.
- Limas flexibles del No. 15 al 40 de 25 mm. de longitud.
- Limas flexibles del No. 45 al 80 de 25 mm. de longitud.
- Puntas de papel absorbente del No. 15 al 40.
- Puntas de papel absorbente del No. 45 al 80.
- Puntas de gutapercha del No. 15 al 40.
- Puntas de gutapercha del No. 45 al 80.
- Alambre flexible 0.25 mm.
- Alambre flexible 0.30 mm.
- Resina compuesta autopolimerizable o fotopolimerizable.

Técnica:

- Anestesiar el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
 - Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.

- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior, nervio mentoniano o nervio lingual.
- En caso de concusión: Aliviar la oclusión, recomendar una dieta blanda y una buena higiene con colutorios con clorhexidina al 0.12%, se deben realizar controles clínico-radiográficos periódicos para evaluar posibles complicaciones pulpares y periodontales.
- En caso de subluxación: Aliviar la oclusión; estas lesiones no se ferulizan pero la inmovilización puede estar indicada en casos de movilidad acentuada, durante 7 a 10 días, tiempo necesario para la cicatrización periodontal. La ferulización flexible se realiza con alambre del 0.25 mm o 0.30 mm y resinas compuestas sobre las caras vestibulares de los dientes. Se deben realizar controles clínicos y radiográficos periódicos para evaluar posibles complicaciones pulpares o periodontales.
- En caso de luxación extrusiva: Si el paciente concurre a la consulta rápidamente, es posible reubicar el diente en el alvéolo con una presión digital continua y suave sobre el borde incisal, para permitir que la sangre acumulada pueda fluir. En general, estas maniobras se pueden realizar sin anestesia local. Es necesario realizar control radiográfico y aplicar una férula flexible durante 7 a 10 días.
- Si el paciente concurre a la consulta después de un tiempo de ocurrido el traumatismo y el diente está consolidado en una nueva posición, será necesario reubicarlo mediante tratamiento ortodóncico y realizar controles clínicos y radiográficos para determinar el estado pulpar y periodontal.
- En caso de luxación intrusiva de dientes con ápices no desarrollados: Esperar la reerupción espontánea, realizar controles clínicos y radiográficos durante 6 meses para evaluar si se produce la reerupción, si continúa la apicogénesis o si aparecen complicaciones apicales. Si se presentan alteraciones se procederá a realizar el tratamiento de conductos.
- En caso de luxación intrusiva de dientes con ápices desarrollados totalmente intruidos, anestesiarse localmente, reposicionar el diente con fórceps, controlar radiográficamente la posición, inmovilizar con férula rígida durante 45 días, cuando el hueso alveolar está fracturado y realizar el tratamiento de conductos con controles clínicos y radiográficos periódicos. Si el diente no está totalmente intruido se reubica con tratamiento ortodóncico.
- En caso de luxación lateral: Anestesiarse localmente, reposicionar la pieza dentaria con presión digital; si el diente está impactado será necesario empujarlo con un dedo aplicado contra el ápice, sobre la tabla vestibular y luego reubicarlo en el alvéolo; si el diente está consolidado y no se puede movilizar con los dedos, se utilizará un fórceps o tratamiento ortodóncico y control radiográfico de la posición correcta, asimismo, aplicar ferulización rígida durante 45 días, ya que existe fractura del hueso alveolar. Realizar controles clínicos y radiográficos para evaluar el estado pulpar y periodontal.

Tiempo de Duración:

- 60 a 90 minutos.

5.6.4 Avulsión Dentaria.**Concepto:**

Consiste en colocar al órgano dentario en su lugar cuando por la ruptura del paquete vasculonervioso y de las fibras periodontales, se desplazó totalmente de su alveolo.

Objetivo:

Reimplantar el órgano dentario en su alvéolo y reforzarlo con cobertura antibiótica y antiinflamatoria, a fin de evitar el rechazo del organismo y así poder restablecer su funcionalidad y estética.

Principios:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Radiografías periapical infantil.
- Radiografías periapical adulto.
- Radiografías oclusales.

- Líquido revelador.
- Líquido fijador.
- Caja reveladora.
- Gasas estériles.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas.
- Lentes protectores.
- Espejo bucal.
- Excavador.
- Pinzas de curación.
- Explorador.
- Espátula para cemento.
- Loseta de cristal.
- Suero fisiológico.
- Jeringa hipodérmica.
- Pieza de mano de alta velocidad.
- Fresas de diamante de alta velocidad.
- Fresas de carburo de alta velocidad.
- Hidróxido de calcio.
- Oxido de zinc.
- Ionómero de vidrio.
- Flúor en gel.
- Anestésico tópico.
- Cartucho de anestesia.
- Aguja corta para jeringa tipo Carpule.
- Rollos de algodón.
- Eyector de saliva desechable.
- Paramonoclorofenol alcanforado.
- Jeringa hipodérmica para lavar conductos.
- Jeringa para anestesia tipo Carpule.

- Tira nervios.
- Limas flexibles del No. 15 al 40 de 25 mm. de longitud.
- Limas flexibles del No. 45 al 80 de 25 mm. de longitud.
- Puntas de papel absorbente del No. 15 al 40.
- Puntas de papel absorbente del No. 45 al 80.
- Puntas de gutapercha del No. 15 al 40.
- Puntas de gutapercha del No. 45 al 80.
- Alambre flexible 0.25 mm.
- Alambre flexible 0.30 mm.
- Resina compuesta autopolimerizable o fotopolimerizable.

Técnica:

- Anestesiarse el área por trabajar de acuerdo a la zona anatómica a tratar:
- Maxilar: Bloqueo nasopalatino o bloqueo del nervio palatino posterior, bloqueo de mucosa labial o vestibular en fondo de saco.
- Mandibular: Bloqueo del nervio dentario inferior, nervio mentoniano o nervio lingual.
- Dientes con ápices desarrollados y un período extraoral menor a 15 minutos: Tomar una radiografía preoperatoria, no manipular el diente, tomarlo por la corona clínica y lavarlo suavemente con solución fisiológica, irrigar suavemente con solución salina estéril el alvéolo para remover el coágulo y los restos de tejido para permitir una correcta ubicación del diente, colocar el diente en su posición en el alvéolo; el hueso alveolar debe ser reposicionado con los dedos, para ayudar a la cicatrización ósea y lograr una buena adaptación de los tejidos blandos.
- Dientes con ápices desarrollados y un período extraoral de 15 minutos hasta 2 horas sumergidos en un medio húmedo: Según el medio de almacenamiento, las células del ligamento periodontal no están totalmente necróticas y puede retornar su viabilidad. Lavar el diente con solución fisiológica estéril, colocarlo en una solución reconstituyente (solución de Hank's) durante 30 minutos y reimplantarlo.
- Dientes con ápices no desarrollados y un período extraoral menor a 15 minutos: En estos casos hay grandes probabilidades de lograr su revascularización. Lavar el diente con solución fisiológica estéril, colocarlo en una solución de 1 mg de doxiciclina en 20 ml de agua, durante 5 minutos y reimplantarlo.
- Dientes con ápices no desarrollados y un período extraoral de 15 minutos hasta 2 horas sumergidos en un medio húmedo: Lavar el diente con solución fisiológica estéril, colocarlo en una solución reconstituyente (solución de Hank's) durante 30 minutos y en una solución de 1 mg de doxiciclina en 20 ml de agua durante 5 minutos, reimplantar el diente. En todos los casos se cita para continuidad del tratamiento integral.

Tiempo de Duración:

- 60 a 90 minutos.

6. ANEXOS**6.1 Radiografías Dentales Intrabucales.****Concepto:**

Consiste en obtener una placa radiográfica para valorar los elementos que no pueden ser apreciados en la observación clínica y que sirva como un apoyo al diagnóstico y tratamiento.

Objetivo:

Establecer el diagnóstico y realizar el tratamiento adecuado, mediante una placa radiográfica que permita observar una imagen de las estructuras dentales, periodontales y maxilares.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Radiografías periapical infantil.
- Radiografías periapical adulto.
- Radiografías oclusales.
- Aparato de Rx.
- Mandil de plomo.
- Líquidos reveladores.
- Líquido fijador.
- Agua.
- Ganchos radiográficos.
- Caja reveladora.
- Aditamentos para radiografías.
- Masking tape.
- Negatoscopio.

Técnica:

- Colocar el aparato de Rx en la zona donde existe la patología dental, de la cual se requiere una imagen radiográfica.
- Colocar la radiografía en el diente por analizar.
- Realizar las angulaciones necesarias del tubo de Rx:

Órgano Dentario:	Maxilar:	Mandíbula:
Incisivos	40°	-15°
Caninos	45°	20°
Premolares	30°	10°
Molares	20°	0° a -5°

- Después de tomada la Rx, se introduce en la caja reveladora y se procede al revelado y fijación de la radiografía, se enjuaga y seca, a continuación se observan las imágenes para la valoración de los elementos que no pueden ser apreciados en la exploración bucal.
- Nota aclaratoria: El tiempo que se necesite para el revelado y fijación de la placa radiográfica, dependerá en primer lugar de la intensidad del rayo (el cual depende del tipo de aparato de rayos X) y en segundo lugar de la calidad de los líquidos revelador y fijador. Se tendrá que visualizar el revelado de acuerdo a los tonos grises-oscuros que vaya adquiriendo la placa y una vez obtenida la imagen, se enjuagará con agua simple y posteriormente se dejará sumergida en el líquido fijador mínimo dos minutos, se sacará del depósito del líquido fijador y se enjuagará con abundante agua simple para evitar que se manche la placa.

- Tiempo de duración: El tiempo se determina de acuerdo a la cooperación del paciente y a las condiciones en que se encuentre el diente.

6.2 Prescripción de Medicamentos.

Concepto:

Consiste en indicar uno o varios fármacos, cuando después de haber realizado el estudio clínico minucioso del Sistema Estomatognático, se detecta un proceso patológico agudo o crónico, ya sea de tipo infeccioso, inflamatorio o traumático que requiera de la administración de medicamentos.

Objetivo:

Prescribir el o los medicamentos necesarios para curar el proceso patológico y/o eliminar los síntomas que presenta el paciente como consecuencia de alteraciones del Sistema Estomatognático.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Recetario establecido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Recetario foliado y establecido por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para el Programa de Atención Médica y Medicamentos Gratuitos.
- Abatelenguas.
- Gasa o algodón.
- Escritorio.
- Bolígrafo.
- Instrumental básico 1 x 4 (Espejo bucal, excavador, explorador y pinzas de curación).

Técnica:

- Aún cuando en la prescripción de medicamentos no se realiza ningún procedimiento odontológico, los instrumentos enlistados son requeridos para realizar la inspección de la cavidad bucal y establecer el diagnóstico.
- Explicar al paciente tanto las dosis prescritas como los horarios y el tiempo de duración de cada uno de los medicamentos incluidos en el tratamiento.
- Deberá quedar perfectamente comprendida por el paciente la importancia del cumplimiento total del tratamiento, el que no deberá ser interrumpido aunque note mejoría en la patología que lo aqueje, para evitar con ello complicaciones y el tener que implementar otro tipo de tratamiento.

Tiempo de Duración:

- 20 minutos.

6.3 Educación para la Salud.

Concepto:

Es la transmisión de conocimientos y habilidades al derechohabiente y usuario a fin de que mantenga su salud bucal al más alto nivel.

Objetivo:

Orientar a los derechohabientes o usuarios, mediante pláticas o cursos en materia de salud bucal, para desarrollar en ellos o sus familiares, habilidades y cambio de actitudes que les permitan conservar y fomentar la salud.

Principio:

Esta técnica está regida por la NOM-013-SSA2-2006.

Material y Equipo:

- Auxiliares audiovisuales (videos, diapositivas, rotafolios, periódicos murales, etc.).
- Cepillo dental (Infantil y/o adulto).
- Tabletas reveladoras de placa dentobacteriana.
- Hilo dental.
- Modelos (tipodontos).

Técnica:

- Planear y desarrollar actividades educativas tales como pláticas, cursos, talleres, demostraciones, etc., principalmente con los siguientes contenidos:
- Detección y control de placa dentobacteriana: Enseñar el uso de tabletas reveladoras, técnica de cepillado, cepillado de lengua y uso de hilo dental.
- Frecuencia de la asistencia al Servicio de Odontología: Recomendar la asistencia a revisión dental dos veces/año en caso de adultos y hasta tres veces/año en caso de población infantil.
- Control de la ingesta de carbohidratos: informar ¿Por qué? y ¿Cómo? debe restringirse el consumo de carbohidratos para evitar la enfermedad dental.
- Proporcionar información sobre salud bucal a la población adulta que acuda a la unidad hospitalaria.
- Proporcionar información específica sobre salud bucal a las mujeres embarazadas, sobre el cuidado bucal tanto de la madre como de su producto, en sus diferentes edades pediátricas.

Tiempo de Duración:

- Variable.

6.4 Medidas de Control y de Seguridad.**6.4.1 Concepto:**

El personal del Servicio de Odontología está expuesto a una gran variedad de microorganismos de la saliva y sangre de los pacientes, estos microorganismos pueden causar infecciones contagiosas, desde una gripa común, hasta una neumonía, tuberculosis, hepatitis y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Los reglamentos en los cuales se rige todo lineamiento de control de infección en un consultorio dental están basados en las publicaciones del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CCD) y de la Seguridad Ocupacional y Asociación de la Salud (siglas en Inglés OSHA, Occupational Safety and Health Association).

El CCD, publicó en 1986 las recomendaciones para el control de las infecciones en la práctica dental, con el objeto de reducir el riesgo de transmisión de enfermedades en el consultorio dental (paciente-dentista o dentista-paciente).

6.4.2 Objetivos y Estrategias Generales.

- Tener un programa de control de infecciones y entrenar a todos los empleados que trabajan en el consultorio.

- Brindar una práctica dental segura a pacientes y personal.
- Evitar la diseminación, encubrimiento y preservación de enfermedades infecciosas dentro del consultorio dental.
- Disminuir los riesgos de contaminación e inoculación de agentes infecciosos.
- Cumplir con los requisitos morales y legales del ejercicio profesional y con leyes y reglamentos nacionales e internacionales en la materia.
- Conocer las medidas de prevención y control de transmisión de infecciones.
- Conocer los procedimientos en caso de contaminarse.
- Proteger a los pacientes en riesgo, mediante inmunización específica según sea el caso.
- Portar la vestimenta adecuada y barreras de protección (lentes, cubrebocas, guantes, etc.).
- Practicar el lavado y cuidado de las manos.
- Llevar a cabo las medidas precautorias necesarias establecidas para el uso y cuidado de instrumentos y agujas.
- Realizar la desinfección y esterilización adecuada (CEyE) del instrumental odontológico.
- Llevar a cabo las medidas higiénicas necesarias para el cuidado y desinfección de las piezas de mano, válvulas y líneas de aire y agua.
- Llevar a cabo las medidas higiénicas necesarias para la limpieza y desinfección del mobiliario y superficies.
- Llevar a cabo las medidas higiénicas necesarias para el traslado en forma segura del material de desecho que sale del consultorio dental.
- Usar material e instrumental desechable en pacientes infecciosos o potencialmente infecciosos.
- Llevar a cabo las medidas higiénicas necesarias para el manejo de biopsias y dientes extraídos.
- Llevar a cabo las medidas higiénicas necesarias para el traslado de la basura.
- Realizar el registro diario de las actividades de mantenimiento de equipo dental, de aseo y desinfección del instrumental y equipo dental y eliminación de material de desecho en las bitácoras correspondientes.

6.4.3 Principios Básicos para la Atención Odontológica.

- Todos los pacientes deben ser atendidos como si fueran infecciosos.
- Todos los pacientes y el personal pueden adquirir enfermedades infecciosas en el consultorio dental.
- Los patógenos a controlar, deben ser principalmente, los de contacto cotidiano, como son los patógenos bucales, así como, los contaminantes y gérmenes del exterior que portados por los pacientes.
- Hay que prevenir no curar.
- No desinfecte cuando pueda esterilizar.
- Desinfecte, limpie y esterilice.
- Introduzca en su práctica el mayor volumen de material desechable.
- Utilice el mayor número de técnicas de barrera de protección.

6.4.4 Lineamientos para el Control de Infecciones Cruzadas (Barreras Universales).

- Usar guantes desechables en todos los pacientes.

- Proteger boca, nariz y ojos (Cubre bocas y caretas, etc.).
- Esterilizar todos los instrumentos (Autoclave y químicos en frío).
- Colocar los punzo cortantes desechables en el contenedor específico.
- Lavar y limpiar el área de trabajo diariamente con cloro y desinfectante.
- Realizar lavado exhaustivo del consultorio dental por lo menos dos veces al año.
- Manejar la basura y desechos infecciosos en bolsas de plástico selladas y marcadas, debiendo depositarse en colectores especializados para su tratamiento.
- Realizar lavado de las manos o mucosas inmediatamente después de haber tenido contacto con sangre o material potencialmente infeccioso ocurrido después de quitarse los guantes o ropa protectora.
- Evitar encapuchar las agujas usadas o removerla la capucha con las manos.
- Eliminar los instrumentos punzo cortantes desechables en contenedores especiales y marcarlos como material contaminado.
- Colocar el material punzo cortante que se reutiliza en contenedores especiales y marcarlo como material contaminado.
- Prohibir comer, fumar, aplicarse cosméticos y lentes de contacto en áreas donde existen sangre y materiales potencialmente infecciosos.
- Eliminar las alacenas con comidas o bebidas donde existen materiales infecciosos.
- Almacenar, transportar y enviar materiales potencialmente infecciosos (dientes extraídos, impresiones, etc.) que no han sido descontaminados en contenedores especiales, cerrados, impermeables, y de color rojo y con el emblema de material contaminado.
- Proporcionar a los empleados las batas clínicas y equipo especialmente diseñado para protegerse de la sangre y otros materiales potencialmente infecciosos, los cuales deben ser mantenidos limpios y en buen estado o desecharse y reponerse en el momento adecuado, deben ser de la talla correcta.

6.4.5 Vestimenta Adecuada y Barreras De Protección.

- El odontólogo deberá usar guantes (látex o vinil) los cuales deben ser utilizados para cualquier procedimiento que involucre el contacto con sangre, saliva contaminada o membranas mucosas; y guantes estériles para cualquier procedimiento quirúrgico; todos los guantes deben ser desechables y no deben reutilizarse.
- Se deberán usar lentes, o máscara quirúrgica para protección de los ojos, la cual debe lavarse con algún desinfectante entre cada paciente, así como cubrebocas el cual debe ser resistente a la penetración de fluidos, el cual deberá ser cambiado cada vez que se humedezca o moje.
- La vestimenta de trabajo tal como: batas, filipinas, pijamas quirúrgicas ya sean desechables o no, deben ser exclusivamente para uso dentro del área de consulta, la ropa reutilizable se deberá cambiar cuando menos una vez al día o inmediatamente después de un procedimiento invasivo y lavarse de la forma acostumbrada de preferencia por separado de la ropa de vestir. Es muy importante no salir fuera del consultorio con batas, filipinas, guantes, etc.
- Es aconsejable que para reducir la fuente de contaminación en aerosol el paciente realice colutorios con algún enjuague bucal antiséptico antes de iniciar cualquier procedimiento dentro de la boca del mismo, procurando que la acción del enjuague dure lo más posible dentro de boca (1 a 2 min).
- Se debe cubrir la pieza de mano, jeringa triple y válvulas de eyecciones, y las mangueras de éstos con bolsas especialmente diseñadas o plásticos autoadheribles; también las manijas de lámpara, sillón, cajones, puerta, etc. dentro del área de trabajo deben cubrirse con papel aluminio, plástico autoadherible, etc., con el objeto de evitar contaminarlos al estar manipulándolos, y deberán ser cambiados después de cada paciente; se pueden cubrir otros aparatos tales como Rx, monitores, lámparas, cabezal del sillón, y el mismo sillón de manera opcional; principalmente en procedimientos donde se requiera un campo estéril, es importante para éstos que todo lo que se utilice para cubrir esté estéril.

- El odontólogo debe lavarse las manos antes y después de tratar a cada paciente (antes de ponerse los guantes y al quitárselos), el lavado debe llevarse a cabo con un jabón preferentemente antimicrobiano.
- Si el odontólogo presenta lesiones en sus manos tales dermatitis, lesiones exudativas, o laceraciones, es importante abstenerse en lo posible de la atención a pacientes y manipular equipo que pudiera estar contaminado hasta que las lesiones hayan cicatrizado. Por eso es importante tener un cuidado y aseo adecuado con las manos, mantener las uñas cortas y utilizar cremas para rehidratarlas.
- Los instrumentos filosos como bisturíes, agujas, curetas, hoces, etc. que han sido utilizados en boca deben considerarse potencialmente infecciosos, y se deben manejar con cuidado extremo. Las agujas de anestesia no deben encapucharse o manipularse con ambas manos, en caso necesario, el encapuchado debe hacerse con una sola mano o utilizar los aditamentos especiales, de la misma forma usar los aditamentos especiales para quitar las agujas de las jeringas y de ser posible romper la aguja para evitar su reutilización; al quitar las hojas de bisturí debe utilizarse portaagujas, no con pinzas o las manos; todos los instrumentos filosos desechables deben colocarse en un recipiente duro a prueba de perforaciones y marcados con la leyenda de material contaminado.

6.4.6 Esterilización y Desinfección de Instrumental Odontológico.

- Utilizar como esterilizante y/o desinfectante glutaraldehído, dióxido de cloro, peróxido de hidrógeno o productos a base de ácido para-acético.
- Para los instrumentos que es necesario su esterilización (críticos y semicríticos) que no son sensibles al calor se deben seguir ciertos lineamientos importantes. El protocolo de esterilización y desinfección a seguir después de utilizar instrumentos críticos y semicríticos es el siguiente:
- Primeramente el odontólogo y/o la persona encargada de manipular el instrumental debe utilizar guantes de hule o látex grueso especialmente diseñado para trabajo de limpieza.
- Los instrumentos deben ser enjuagados en agua y se colocarán en una solución detergente con enzimas de prelavado, para ayudar a remover del instrumental los restos de sangre, tejido y material utilizado.
- Posteriormente se lavará con un cepillo y solución detergente y realizar un lavado mecánico.
- El instrumental será colocado dentro de bolsas especiales para esterilización en CEyE; y se sellará con cinta testigo registrando la fecha y hora de esterilización, esto es con el objeto de almacenarlo posteriormente sin peligro de que se contamine el instrumental estéril.
- Una vez concluido el ciclo de esterilización el instrumental debe ser guardado hasta el momento de su uso.

6.4.7 Limpieza y Desinfección del Mobiliario y Superficies.

- Después de cada tratamiento, al terminar las labores de un día todas las superficies y el mobiliario deben de limpiarse con detergente y cloro.

6.4.8 Uso y Cuidado de las Piezas de Mano, Válvulas y Líneas de Agua y Aire.

- Se recomienda utilizar las piezas de mano esterilizadas, por lo que es importante tener varias estériles para el uso con cada paciente, las piezas de mano de baja velocidad de igual manera se recomienda tenerlas esterilizadas o al menos la parte que está en contacto dentro de la boca y el resto debe cubrirse con un aislante, los contrángulos para profilaxis se recomienda esterilizarlos en caso de volverse a utilizar.
- Para esterilizar las piezas de mano se recomienda que se sigan los instructivos de limpieza, lubricación y esterilización que marca el fabricante con el objeto de obtener una esterilización perfecta y prolongar la vida del instrumento. En la actualidad todas las piezas de mano que se fabrican son esterilizables.
- Las piezas de mano de alta velocidad se deben de lubricar con aceite lubricante, por lo menos una vez a la semana.
- Las válvulas de retracción de agua deben ser eliminadas del equipo dental, ya que esto puede aspirar material infeccioso dentro de la pieza de mano y las líneas de agua, estas válvulas deben ser remplazadas por válvulas de un solo flujo; al iniciar tratamiento con cada paciente se debe accionar la pieza de mano y dejarla correr por lo menos 30 seg. con el objeto de limpiar las líneas de agua y aire y el excedente de lubricante de la pieza de mano, es recomendable que al iniciar el día se accione la línea de aire y agua sin conectar la pieza de mano.

6.4.9 Manejo de Biopsias y Dientes Extraídos.

- Las muestras de tejido que se obtienen para biopsias deben manejarse con cautela y deben depositarse en un frasco con fenol, evitando contaminar el frasco en su parte externa con sangre o saliva, por lo que se recomienda envolver el frasco con plástico desechable y limpiarlo con algún desinfectante (desinfección de alto nivel) el frasco y la tapa e introducirlo en una bolsa de plástico cerrada para evitar escurrimientos, y la bolsa debe etiquetarse como material potencialmente infeccioso antes de mandarlo a laboratorio de patología.
- Los dientes que se utilizan para estudio o que el paciente quiere guardar deben lavarse perfectamente con cepillo y detergente para eliminar el tejido residual, la persona que realice este trabajo debe colocarse las barreras de protección ya mencionadas y colocar el diente en solución de hipoclorito de sodio (cloro blanqueador diluido 1:10 con agua), si el diente se le va a dar al paciente se le debe explicar que es importante la desinfección de la pieza antes de ser manipulada por otras personas, ya que por lo regular los dientes extraídos son por causa de algún proceso patológico del diente.

6.4.10 Manejo Apropiado de los Desechos.

- Los desechos que se generan en un consultorio dental deben de ser catalogados en dos tipos: contaminados y no contaminados. Los primeros se refieren a los generados por las propias labores de oficina, papeles, plumas, envases, envolturas, cajas, etc., los cuales deben colocarse en una bolsa para basura normal de color negro o transparente y bien cerrado. Los segundos (contaminados) son los que se generan por las labores en el operatorio y que están contaminados con sangre y saliva del paciente, con estos desechos es con los que se tienen que tomar medidas de precaución en el manejo y la forma de desecharla, y ésta se clasifica a su vez en punzo cortante y no punzo cortante.
- Los desechos punzocortantes son las agujas, hojas de bisturí, suturas, etc. y deben colocarse en contenedores especiales rígidos resistentes a la punción, y que sean de color rojo con la leyenda de material potencialmente infeccioso y punzo cortante. Se aconseja que estos desechos sean esterilizados antes de mandarse a la basura.
- Los desechos no punzocortantes son los guantes desechables, eyectores quirúrgicos, baberos, barreras de plástico y papel, restos de tejido, dientes, gasas, algodones, etc., éstos deben colocarse en bolsa de plástico de color rojo, bien cerrada para evitar escurrimientos y con la leyenda de material potencialmente infeccioso.
- Instrucciones específicas para recolectar y desechar el mercurio tridestilado:
- Quitarse todas las alhajas de las manos y muñecas para evitar que el mercurio se combine con otros metales.
- Utilizar un gotero o jeringa para aspirar o recolectar las gotas de mercurio.
- Transferir cuidadosamente el mercurio a un recipiente de plástico irrompible, con tapa.
- Evite usar recipientes de vidrio, por la reacción química que produce al combinarse con el mercurio.
- Colocar el recipiente en una bolsa hermética tipo ziplock y rotular la bolsa con la fecha en que es desechado y entregado para su disposición final.
- Entregar la bolsa rotulada, al titular de la Subdirección o Jefatura de Unidad Departamental Administrativa para su desecho.

TRANSITORIOS

PRIMERO. Publíquese el presente aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas del Servicio de Odontología en Unidades Hospitalarias.

SEGUNDO. Las Técnicas del Servicio de Odontología en Unidades Hospitalarias entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

México, Distrito Federal, a 02 de Junio de 2015.

(Firma)

DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA
SECRETARIO DE SALUD
