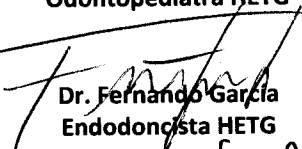
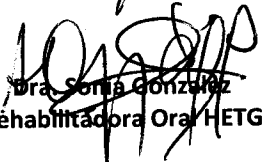







GOBIERNO DE
CHILE

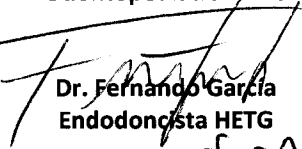
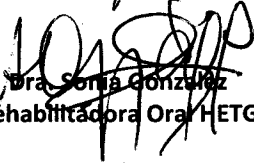
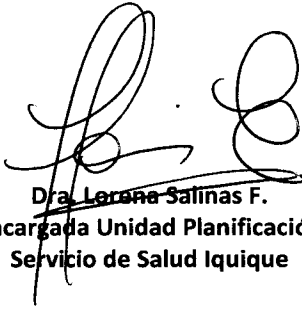
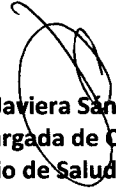


**PROTOCOLO
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR
2011 - 2014**

<u>ELABORACION</u>	<u>REVISION</u>	<u>APROBACION</u>
<p>Dra. Claudia Rojas Odontopediatra HETG</p> <p>Dra. Patricia Cuevas Odontopediatra HETG</p> <p> Dr. Fernando García Endodoncista HETG</p> <p> Dra. Sonia González Rehabilitadora Ora HETG</p> <p>Dra. Liliana Muñoz Patóloga HETG</p> <p>Dra. Karin Segeur Odontóloga EDF HCSF</p>	<p> Dra. Lorena Salinas F. Encargada Unidad Planificación Servicio de Salud Iquique</p> <p> Dra. Javiera Sánchez A. Encargada de Calidad Servicio de Salud Iquique</p>	<p> Dra. Adriana Tapia C. Directora Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Diciembre de 2011	Fecha: Diciembre de 2011	Fecha: Diciembre de 2011



GOBIERNO DE
CHILE

**PROTOCOLO
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR
2011 - 2014**

<u>ELABORACION</u>	<u>REVISION</u>	<u>APROBACION</u>
<p>Dra. Claudia Rojas Odontopediatra HETG</p> <p>Dra. Patricia Cuevas Odontopediatra HETG</p> <p> Dr. Fernando García Endodoncista HETG</p> <p> Dra. Sonia González Rehabilitadora Ora HETG</p> <p>Dra. Liliana Muñoz Patóloga HETG</p> <p>Dra. Karin Segeur Odontóloga EDF HCSF</p>	<p> Dra. Lorena Salinas F. Encargada Unidad Planificación Servicio de Salud Iquique</p> <p> Dra. Javiera Sánchez A. Encargada de Calidad Servicio de Salud Iquique</p>	<p>  Dra. Adriana Tapia C. Directora Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: Diciembre de 2011	Fecha: Diciembre de 2011	Fecha: Diciembre de 2011



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 2 de 21

Vigencia: 3 años

TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer criterios estandarizados de derivación y priorización de pacientes con traumatismo dentoalveolar (TDA), mejorando la pertinencia de la Referencia y Contrarreferencia entre los niveles primario (APS) y secundario de la red asistencial de la Región de Tarapacá.
- Establecer un proceso de derivación de patologías odontológicas con integración y coordinación eficaz entre los dos niveles de atención de la red asistencial regional.
- Mejorar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria y secundaria.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación frente a pacientes con Trauma Dentoalveolar.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones asociadas a TDA.

3. ALCANCE O CAMPO DE APLICACIÓN.

- El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario de atención, que incluyen: postas de salud rurales (PSR), Servicios de urgencia rural (SUR), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Centro de Salud (CES), Centros de salud familiar (CESFAM), Consultorio adosado de especialidades (CAE-HETG) del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.

4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Departamento de Salud Bucal, División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Norma General Técnica nº 64 de Urgencia Odontológica. Ministerio de Salud, Santiago. 2003. 93 páginas
- Ministerio de Salud. Guía Clínica Oral Integral en Niños de 6 años. 1ª Edición. Santiago, 2005.
- Guidelines on management of acute dental trauma. Clinical Guidelines American Academy of Pediatric Dentistry. Reference Manual v 33, nº 6; pág. 11 – 12.

5. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

5.1. Responsable de ejecución.

- **Profesional de APS y profesional de servicio urgencia HETG:** son responsables de pesquisar, elaborar adecuadamente Ficha de TDA, realizar tratamiento de acuerdo a protocolo y derivar pacientes que cumplen con las características señaladas en este documento.
- **Profesional especialista del HETG,** es responsable de confirmar y/o descartar el diagnóstico de profesional de APS y profesional de servicio de urgencia de HETG, completar ficha TDA, realizar tratamiento y seguimiento, así como realizar la Contrarreferencia a APS.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 3 de 21

Vigencia: 3 años

TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR (TDA)

5.2. Responsable del monitoreo y evaluación:

- Profesional Odontólogo de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos y proceso de derivación al nivel secundario, junto con priorizar atención según caso clínico.
- Profesional Odontólogo de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones al Jefe CRO y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando al Jefe CAE, HETG.
- Jefe CRO y Jefe CAE son responsables de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y defina acciones de mejora.

6. DEFINICIONES

- Los traumatismos faciales que resultan en piezas dentarias fracturadas, desplazadas o perdidas, pueden tener con frecuencia, impactos negativos a nivel funcional, estético y psicológico en los niños, adolescentes y grupo familiar.
- Los equipos de salud en sus distintos niveles debieran colaborar en la educación de la población, particularmente en edad escolar, para prevenir los traumatismos Dentoalveolares, y Faciales.
- La mayor prevalencia de TDA en la dentición temporal ocurre entre los 2 y 3 años, cuando se encuentran en pleno desarrollo de su coordinación motora.
- Para los dientes permanentes, la mayoría de los TDA son secundarios a caídas, accidentes de tránsito, violencia (bulling), deportes, entre otras causas.
- El pronóstico de los TDA en el tiempo mostrará una tendencia favorable si los pacientes reciben medidas de primeros auxilios en forma inmediata.
- La historia, circunstancias de la lesión, el patrón del traumatismo y el comportamiento del niño y/o su tutor deben ser considerados para distinguir si las lesiones puedan corresponder a situación de abuso o maltrato infantil. Como asimismo las circunstancias en las que se produce el TDA en la dentición permanente acaecido por accidentes de tránsito y/o agresiones, por las implicancias legales asociadas.
- TDA es una lesión traumática que afecta al diente propiamente tal y a las estructuras de soporte que lo rodean, consecutiva a un impacto violento. Los síntomas y signos más frecuentes son: dolor, inflamación, impotencia funcional, sangrado o hemorragia crevicular, desplazamiento de piezas dentarias, deformación de la arcada, pérdida de tejidos.
- Toda lesión traumática debe ser tratada oportunamente para evitar complicaciones.
- El tratamiento de los Traumatismos Dentoalveolares en niños tiene un enfoque diferente al tratamiento de los adultos y esto es debido fundamentalmente a que presentan dos tipos de dentición, inestabilidad oclusal, una dentición en evolución y un constante proceso de crecimiento y desarrollo maxilofacial.

6.1 FACTORES DE RIESGO:

- Edad.
- Género.
- Anomalías Dentomaxilares.
- Enfermedades neurológicas.
- Drogadicción y alcoholismo
- Práctica de deportes
- Maltrato infantil y/o violencia intrafamiliar
- Bullying.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 4 de 21

Vigencia: 3 años

TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

7. CLASIFICACION Y PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO PARA TRAUMMA DENTOALVEROLAR EN DENTICIÓN PERMANENTE Y TEMPORAL (ver Anexo n° 1)

7.1. Protocolo para el tratamiento de fracturas dentarias y de hueso alveolar

- Fractura de corona no complicada.
- Fractura de corona complicada.
- Fractura corono-radicular.
- Fractura radicular.
- Fractura alveolar.

7.2. Protocolo para el tratamiento de luxaciones

- Concusión.
- Subluxación.
- Luxación extrusiva.
- Luxación lateral.
- Luxación intrusiva.

7.3. Protocolo para el manejo de la avulsión de dientes permanentes

- Diente avulsionado con ápice abierto.
- Diente avulsionado con ápice cerrado.

8. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA TDA EN DENTICIÓN TEMPORAL (ver Anexo n°2)

8.1. Protocolo para el tratamiento de fracturas dentarias y hueso alveolar.

- Fractura coronaria no complicada.
- Fractura coronaria complicada.
- Fractura corono-radicular.
- Fractura radicular.
- Fractura alveolar.

8.2. Protocolo para el tratamiento de luxaciones.

- Concusión.
- Subluxación.
- Luxación extrusiva.
- Luxación lateral.
- Luxación intrusiva.
- Avulsión



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 5 de 21

Vigencia: 3 años

TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

9. DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

9.1. Acciones a realizar por odontólogo (a) en APS para su derivación al Centro de Responsabilidad (CR) de Odontología del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

▪ **Examen Clínico**

- Los odontólogos de APS tienen la responsabilidad de reconocer, diferenciar y proporcionar el manejo apropiado de las lesiones bucales traumáticas. Si existiera compromiso de vía aérea, manifestaciones neurológicas, hemorragias, náuseas, vómitos o pérdida de conciencia, requiere evaluación médica previa.
- Para determinar eficientemente la extensión de las lesiones traumáticas y el correcto diagnóstico del daño en la pieza dentaria, el periodonto y las estructuras asociadas, requiere de una evaluación sistemática del paciente traumatizado. Esto incluye: historia dental y médica completa, examen clínico y radiológico (cuando se encuentre disponible en su servicio).

▪ **Examen Radiográfico**

- Se recomiendan, como rutina, una serie de ángulos:
 - a. Ángulo horizontal de 90º, con el rayo central incidiendo a través del diente en cuestión.
 - b. Vista oclusal
 - c. Vista lateral desde mesial o distal del diente en cuestión.

▪ **Test de Vitalidad , Palpación, Percusión y Evaluación de Movilidad**

- Los test de vitalidad se refieren a pruebas térmicas (calor o de frío) para determinar la condición de la pulpa dentaria. Los test iniciales aplicados inmediatamente después de una lesión frecuentemente dan resultados negativos, pero tales resultados pueden indicar solamente una falta de respuesta pulpar transitoria. Se requiere de controles de seguimiento para efectuar un diagnóstico pulpar definitivo.

▪ **Realizar Tratamiento de Urgencia De TDA según Protocolos Anexos. Incluye las siguientes acciones clínicas:**

- Manejo farmacológico
- Pulpotomías en dentición temporal
- Recubrimientos pulpares directos e indirectos en dentición permanente
- Reposicionamiento de piezas dentarias
- Ferulización
- Restauraciones
- Exodoncias.
- Indicaciones post traumatismos: cuidados, higiene bucal, alimentación.

▪ **Instrucciones al Paciente**

- Una buena cicatrización después de una lesión a los dientes y tejidos orales depende, en gran parte, de una buena higiene oral. Los pacientes deben ser aconsejados sobre cómo cuidar, de la mejor manera posible, los dientes que han recibido tratamiento después de un traumatismo. Para prevenir la acumulación de placa y restos alimenticios se indica cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida y realizar colutorios con Clorhexidina 0.12%, dos veces al día por 2 semanas.
- Si fuese pertinente, se comunicará al familiar del paciente el motivo de la referencia ambulatoria se proporcionará el formato previamente llenado, se le indicará nombre y domicilio de la unidad y se le detallará el procedimiento a seguir, enfatizando la importancia de su regreso a la unidad de origen, acompañado de la hoja de Contrarreferencia. Será responsabilidad del padre o tutor llevar al paciente a la brevedad requerida a la unidad de referencia.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 6 de 21

Vigencia: 3 años

TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR (TDA)

9.2. Exámenes solicitados por odontólogo (a) de APS previo a la derivación y que debe presentar el paciente en CR Odontológico al momento de su atención con el odontólogo especialista:

- Una vez realizada la atención de urgencia según protocolo, se solicitarán exámenes radiológicos.
- Cuando en APS no se cuente con servicio de radiología, debe referirse con orden de derivación radiológica de TDA a Unidad de Radiología en HETG, quién deberá entregar el informe pertinente de Contrarreferencia.

9.3. Documentos emitidos por el odontólogo(a) tratante de APS:

- Odontólogo APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) que contenga:
 - Nombre del paciente con los dos apellidos
 - Fecha de nacimiento
 - RUT
 - Establecimiento asistencial de origen
 - Establecimiento y especialidad en la cual se solicita atención
 - Diagnóstico clínico, indicando la pieza dentaria, fecha y hora del TDA, cómo y dónde ocurrió la lesión y el tiempo de evolución de la lesión
 - Examen o tratamiento solicitado
 - Registrar como patología AUGE
 - En las Observaciones, indicar aquellas características del paciente que sea necesario considerar para el diagnóstico y tratamiento definitivos, como por ejemplo:
 - Procedimientos efectuados.
 - Patologías de base
 - Medicamentos indicados
 - Intolerancia a medicamentos
 - Fecha de emisión de la Interconsulta
 - Nombre y apellidos del Odontólogo que solicita la atención

9.4. Derivación de pacientes desde APS al Centro de Responsabilidad (CR) de Odontología del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- La referencia de pacientes TDA, debe enfocarse en los siguientes casos:
 - a. Pacientes con traumatismos maxilo faciales y dentoalveolares severo con compromiso vital.
 - b. Pacientes portadores de patologías sistémicas de base, que requieran pase médico previo a la atención.
 - c. Pacientes de difícil manejo conductual.
 - d. Pacientes que requieran una atención mediata en Endodoncia: terapias de inducción al cierre apical, tratamiento de pieza no vital producto de necrosis pulpar posterior a TDA.
 - e. Pacientes secueledos por avulsión de piezas permanentes para evaluación y posibilidad de tratamiento en Ortodoncia y Rehabilitación.



UNIDAD DE PLANIFICACION SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 7 de 21

Vigencia: 3 años

TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR

9.5. Criterios de priorización para atención de pacientes en CRO:

- Corresponden a los criterios de derivación del punto 9.4

10. CONTRARREFERENCIA y documentos emitidos por el odontólogo (a) especialista de atención secundaria.

- El odontólogo especialista remitirá el formulario de contrarreferencia señalando: diagnóstico definitivo, indicaciones de tratamiento y período del próximo control en nivel primario y/o secundario según corresponda. Siempre indicando nombre, rut, firma y timbre.
- Los criterios de contrarreferencia los establece el odontólogo especialista según el alcance de resolución de la patología.

11. INDICADORES

- **Numerador:** Nº de pacientes de alta con diagnóstico de TDA de resolución secundaria contrarreferidos mediante formulario oficial de contrarreferencia desde el nivel secundario a médico APS que cumplen criterios de proceso clínico y contraderivación establecidos en protocolo de RYCR.
- **Denominador:** Nº de pacientes referidos desde odontólogo de APS hacia odontólogo especialista en con indicación de TDA que han cumplido con criterios de derivación establecidos en Protocolo RYCR.

Nº de pacientes de alta con tratamiento de TDA contrarreferidos desde nivel secundario a APS.

Nº de pacientes referidos desde APS hacia nivel secundario con indicación de TDA según criterios de Protocolo de RYCR.

12. DISTRIBUCIÓN

- Dirección SSI
- Dirección, HETG.
- Subdirección Médica, HETG.
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, HETG
- Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), HETG
- Centro Responsabilidad Odontológico (CRO), HETG
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSI.
- Oficina de Calidad, SSI.
- Red de atención primaria de salud, Región de Tarapacá.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 8 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 1. PROTOCOLO PARA TDA EN DENTICIÓN PERMANENTE

1.- FRACTURA DENTARIA Y/O ALVEOLAR

FRACTURA CORONARIA NO COMPLICADA

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
Fractura involucra esmalte o dentina y esmalte; la pulpa no está expuesta. El test de sensibilidad puede ser negativo inicialmente, indicando daño pulpar transitorio; monitorear la respuesta pulpar hasta obtener un diagnóstico pulpar definitivo	Tomar 3 radiografías descritas en el examen radiográfico para descartar desplazamiento o fractura de la raíz. Se recomienda tomar radiografía de laceraciones de labio o mejilla en busca de fragmentos dentarios o cuerpos extraños.	Si el fragmento dentario está disponible, éste puede reposicionarse con un sistema de adhesión (composite). La opción para el tratamiento de urgencia es cubrir la dentina expuesta con ionómero de vidrio en forma temporal o una restauración permanente usando agente adhesivo y composite. El tratamiento definitivo para una fractura coronaria es la restauración con materiales aceptados para este efecto.

FRACTURA CORONARIA COMPLICADA

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
Fractura involucra esmalte, dentina y la pulpa está expuesta. El test de sensibilidad no está indicado generalmente ya que la vitalidad de la pulpa puede observarse. Los controles de seguimiento después del tratamiento inicial, incluyen test de sensibilidad para monitorear el estado de la pulpa	Tomar 3 radiografías descritas en el examen radiográfico para descartar desplazamiento o fractura de la raíz. Se recomienda tomar radiografía de laceraciones de labio o mejilla en busca de fragmentos dentarios o cuerpos extraños. El estado de desarrollo radicular puede determinarse en las radiografía	En pacientes jóvenes que presentan raíces inmaduras, todavía en desarrollo, es conveniente preservar la vitalidad pulpar mediante recubrimiento pulpar o pulpotomía parcial. Hidróxido de calcio y Mineral Trioxide Aggregate (MTA-blanco) Son materiales apropiados para tales procedimientos. En pacientes adultos, el tratamiento del conducto radicular puede ser el tratamiento de elección, aunque el recubrimiento pulpar o la pulpotomía parcial también son opciones válidas. Si ha transcurrido mucho tiempo entre el accidente y el tratamiento y la pulpa se encuentra necrótica, el tratamiento del conducto radicular está indicado para mantener el diente. En fracturas coronarias extensas se debe tomar una decisión si es factible otro tratamiento que no sea la extracción

FRACTURA CORONO-RADICULAR

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
Fractura involucra esmalte, dentina y estructura radicular; la pulpa puede o no estar expuesta. Hallazgos adicionales pueden incluir segmentos móviles, pero aún adheridos. El test de sensibilidad generalmente es positivo	Como en fracturas radiculares, más de una angulación radiográfica puede ser necesaria para detectar líneas de fractura en la raíz. (Ver recomendaciones en Examen Radiográfico)	Las recomendaciones de tratamiento son las mismas que para fracturas complicadas de corona (ver más arriba). En suma, puede ser conveniente intentar estabilizar los segmentos móviles del diente uniéndolos con resina (composite), al menos como una medida temporal hasta que se pueda proponer un tratamiento definitivo.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 9 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 1. PROTOCOLO PARA TDA EN DENTICIÓN PERMANENTE

FRACTURA RADICULAR

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
El segmento coronario puede estar móvil y desplazado. El diente puede estar sensible a la percusión. El test de sensibilidad puede dar resultados negativos inicialmente, indicando daño pulpar transitorio o permanente. Se recomienda monitorear el estado pulpar. Puede aparecer una decoloración transitoria de la corona (rojo o gris)	La fractura involucra la raíz del diente y es en un plano horizontal o diagonal. Las fracturas que están en el plano horizontal pueden ser detectadas generalmente en la película corriente de 90º de angulación con el rayo central a través del diente. Este es el caso de fracturas del tercio cervical de la raíz. Si el plano de la fractura es más diagonal, lo que es común en fracturas del tercio apical, una vista oclusal es más probable que demuestre la fractura, incluyendo aquellas ubicadas en el tercio medio	Reposicionar, si está desplazado, el segmento coronario tan pronto como sea posible. Verificar posición radiográficamente. Estabilizar el diente con una férula flexible por 4 semanas. Si la fractura radicular está cerca de la zona cervical del diente, la estabilización es beneficiosa por un período más largo de tiempo (hasta 4 meses). Es aconsejable controlar la cicatrización por al menos un año para determinar el estado de la pulpa. Si ocurre necrosis pulpar, se indica tratamiento de conducto radicular del segmento coronario, hasta la línea de fractura, para conservar el diente.

FRACTURA ALVEOLAR

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
La fractura involucra el hueso alveolar y puede extenderse al hueso adyacente. Movilidad del segmento y dislocación son hallazgos comunes. Se observa con frecuencia alteración en la oclusión debido a la falta de alineación del segmento alveolar fracturado. El test de sensibilidad pulpar puede o no ser positivo	Líneas de fractura pueden ubicarse en cualquier nivel, desde el hueso marginal hasta el ápice de la raíz. La Rx panorámica es de gran ayuda para determinar el curso y posición de las líneas de fractura.	Reposicionar cualquier fragmento desplazado y ferulizar. Estabilizar el segmento por 4 semanas

INSTRUCCIONES AL PACIENTE	Dieta semisólida durante 10 – 14 días Cepillar los dientes con un cepillo suave después de cada comida Controles de seguimiento (ver Tabla)
----------------------------------	---

TIEMPO	4 semanas	6-8 semanas	4 meses	6 meses	1 año	5 años
Fractura Coronaria no complicada		C (1)			C (1)	
Fractura coronaria complicada		C (1)			C (1)	
Fractura corono-radicular		C (1)			C (1)	
Fractura radicular	F+C(2)	C (2)	F(*) + C(2)	C(2)	C(2)	C(2)
Fractura alveolar	F+C(3)	C (3)	C(3)	C(3)	C(3)	C(3)

F = Remoción de férula

F(*) = Remoción de férula en las fracturas del tercio cervical

C = Examen clínico y radiográfico



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 10 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 1. PROTOCOLO PARA TDA EN DENTICIÓN PERMANENTE

RESULTADOS FAVORABLES Y DESFAVORABLES INCLUYEN ALGUNOS, PERO NO NECESARIAMENTE TODOS LOS SIGUIENTES

	RESULTADO FAVORABLE	RESULTADO DESFAVORABLE
(1)	Asintomático; respuesta positiva al test pulpar; Continúa desarrollo radicular en dientes Inmaduros. Continúa a la siguiente evaluación	Sintomático; respuesta negativa al test pulpar; signos de periodontitis apical; no continúa desarrollo de la raíz en dientes inmaduros. Se indica tratamiento del conducto radicular.
(2)	Respuesta positiva al test pulpar (posible falso negativo hasta los 3 meses). Signos de reparación entre los segmentos fracturados. Continúa a la siguiente evaluación	Respuesta negativa al test pulpar (posible falso negativo hasta los 3 meses). Signos de periodontitis apical o reabsorción inflamatoria externa. El tratamiento del conducto radicular está indicado
(3)	Respuesta positiva al test pulpar (posible falso negativo hasta los 3 meses). No hay signos de periodontitis apical. Continúa a la siguiente evaluación.	Respuesta negativa al test pulpar (posible falso negativo hasta los 3 meses). Signos de periodontitis apical o reabsorción inflamatoria externa. El tratamiento del conducto radicular está indicado

LUXACIONES DENTARIAS - CONCUSIÓN

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
El diente está sensible al tacto o ligero golpe; no ha sido desplazado y no tiene movilidad aumentada. Test de sensibilidad comúnmente da resultado positivo	No se observa anomalías en la radiografía	No se necesita tratamiento. Se debe monitorear la condición pulpar por al menos un año.

SUBLUXACIÓN

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
El diente está sensible al tacto o ligero golpe y tiene movilidad aumentada; no ha sido desplazado. Hemorragia del surco gingival es posible encontrar. El test de sensibilidad puede ser negativo inicialmente, indicando daño pulpar transitorio. Monitorear la respuesta pulpar hasta obtener un diagnóstico definitivo de la pulpa.	Por lo general no se encuentran anomalías en la radiografía.	Una férula flexible para estabilizar el diente por comodidad del paciente puede usarse hasta por 2 semanas

LUXACIÓN EXTRUSIVA

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
El diente aparece elongado y está excesivamente móvil. Los tests de sensibilidad probablemente darán resultados negativos. En dientes maduros, la revascularización de la pulpa algunas veces ocurre. En dientes inmaduros, que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar por lo general ocurre.	Espacio periodontal aumentado en apical.	Reposicionar el diente reinsertándolo suavemente en el alvéolo. Estabilizar el diente con una férula flexible por 2 semanas Es esencial monitorear la condición pulpar para diagnosticar reabsorción radicular. En dientes inmaduros, la revascularización puede confirmarse radiográficamente por la evidencia de continuación del desarrollo radicular y obliteración del conducto y por lo general retorna a positiva la respuesta al test de sensibilidad. En dientes completamente formados, una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad debe ser tomada como evidencia de necrosis pulpar junto con rarefacción periapical y algunas veces decoloración de la corona.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 11 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 1. PROTOCOLO PARA TDA EN DENTICIÓN PERMANENTE

LUXACIÓN LATERAL

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
<p>El diente está desplazado, generalmente en una dirección palatina/lingual o vestibular.</p> <p>Estará inmóvil y el test de percusión frecuentemente da un sonido alto, metálico (tono de anquilosis). Tests de sensibilidad probablemente darán resultados negativos. En dientes inmaduros, que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar generalmente ocurre.</p>	<p>El espacio periodontal ensanchado se aprecia mejor en las radiografías oclusal o excéntrica</p>	<p>Reposicionar el diente con fórceps para soltarlo de su traba ósea y reubicarlo suavemente en su ubicación original.</p> <p>Estabilizar el diente con una férula flexible por 4 semanas. Monitorear la condición de la pulpa. Si la pulpa se necrosa, el tratamiento de conducto radicular está indicado para prevenir reabsorción radicular. En dientes inmaduros, en desarrollo, la revascularización puede confirmarse radiográficamente por la evidencia de continuación de formación radicular y posiblemente por test de sensibilidad positivo. En dientes completamente formados, una continua falta de respuesta a los test de sensibilidad indica necrosis pulpar, junto con rarefacción periapical y algunas veces decoloración de la corona</p>

LUXACIÓN INTRUSIVA

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
<p>El diente esta desplazado axialmente dentro del hueso alveolar. Está inmóvil y el test de percusión puede dar un sonido alto, metálico (tono de anquilosis).</p> <p>Test de sensibilidad probablemente darán resultados negativos. En dientes inmaduros, que no han completado su desarrollo, la revascularización pulpar puede ocurrir.</p>	<p>El espacio del ligamento periodontal puede estar ausente de toda o parte de la raíz</p>	<p>1. Dientes con formación radicular incompleta: Permitir que reposición espontánea ocurra. Si no se observa movimiento dentro de 3 semanas, se recomienda una reposición ortodóncica rápida.</p> <p>2. Dientes con formación radicular completa: El diente debe ser reposicionado ortodóncica o quirúrgicamente tan pronto como sea posible. La pulpa probablemente estará necrótica, por lo que el tratamiento del conducto radicular usando un relleno temporal con hidróxido de calcio, es recomendado para conservar el diente</p>

PROCEDIMIENTOS DE SEGUIMIENTO PARA LUXACIONES DE DIENTES PERMANENTES

TIEMPO	Hasta 2 semanas	4 semanas	6-8 semanas	6 meses	1 año	Anualmente por 5 años
CONCUSIÓN SUBLUXACIÓN		C (1)	C (1)		C (1)	NA
EXTRUSIÓN	F+C(2)	C (3)	C (3)	C (3)	C (3)	C (3)
LUXACIÓN LATERAL	C (3)	F	C (3)	C (3)	C (3)	C (3)
INTRUSIÓN	C (4)		C (4)	C (4)	C (4)	C (4)

F = Remoción de la férula

C = Examen clínico y radiográfico

NA = No aplicable



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 12 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 1. PROTOCOLO PARA TDA EN DENTICIÓN PERMANENTE

RESULTADOS FAVORABLES Y DESFAVORABLES INCLUYEN ALGUNOS, PERO NO NECESARIAMENTE TODOS LOS SIGUIENTES:

	RESULTADO FAVORABLE	RESULTADO DESFAVORABLE
(1)	Asintomático; respuesta positiva al test pulpar (posible falso negativo hasta los 3 meses); continúa desarrollo radicular en dientes inmaduros; lámina dura intacta	Sintomático; respuesta negativa al test pulpar (posible falso negativo hasta los 3 meses); raíz no continúa desarrollo en dientes inmaduros, radiolucidez periradicular
(2)	Mínimos síntomas; ligera movilidad; no demasiada radiolucidez periradicular.	Síntomas severos; excesiva movilidad; signos clínicos y radiográficos de periodontitis. Se indica tratamiento de conducto radicular en un diente con ápice cerrado. En dientes inmaduros, el procedimiento e apexificación está indicado.
(3)	Asintomático; signos clínicos y radiográficos de periodonto normal ó cicatrizado; respuesta positiva al test pulpar (posible falso negativo hasta los 3 meses). Altura de hueso marginal corresponde al observado radiográficamente después de la reposición.	Síntomas y signo radiográfico compatibles con periodontitis; respuesta negativa al test pulpar (posible falso negativo hasta los 3 meses); trastorno ó ruptura de hueso marginal. Ferulizar por 3-4 semanas adicionales; tratamiento de conducto radicular está indicado si no se ha iniciado previamente; colutorios de clorhexidina
(4)	Diente en su lugar o erupcionando; lámina dura intacta; sin signos de reabsorción. En dientes maduros iniciar el tratamiento de conducto radicular dentro de las primeras 3 semanas	Diente trabado en el lugar/tono anquilótico, signos radiográficos de periodontitis apical, reabsorción inflamatoria externa o reabsorción por reemplazo

3.- AVULSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE

AVULSIÓN DIENTES PERMANENTES CON ÁPICE CERRADO

Situación Clínica:	Tratamiento
(A) Apice cerrado El diente ya ha sido reimplantado antes que el paciente llegue a la consulta o clínica	Limpiar área afectada con spray de agua, suero o clorhexidina. No extraer el diente. Suturar laceraciones gingivales si están presentes. Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas. Administrar antibioterapia sistémica. Tetraciclina es la primera elección (Doxiciclina 2 por día por 7 días en dosis apropiada para la edad y peso del paciente). El riesgo de tinción de los dientes permanentes debe considerarse previo a la administración sistémica de tetraciclina en pacientes jóvenes. En ellos la Fenoximetilpenicilina (Pen V), en dosis apropiada para la edad y el peso, puede administrarse como alternativa a la tetraciclina. Si el diente avulsionado tuvo contacto con suelo o la protección del tétano es incierta, referir el paciente a un médico para evaluar necesidad de vacuna antitetánica. Iniciar el tratamiento del conducto radicular 7 a 10 días después del reimplante y antes de remover la férula. Colocar hidróxido de calcio como medicación intraconducto hasta la obturación definitiva del conducto radicular.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 13 de 21

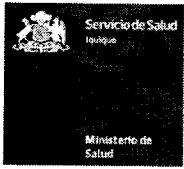
Vigencia: 3 años

ANEXO N° 1. PROTOCOLO PARA TDA EN DENTICIÓN PERMANENTE

<p>(B) Ápice cerrado El diente ha sido mantenido en un medio de conservación especial, leche, suero o saliva. El tiempo extraoral seco es menor de 60 minutos</p>	<p>Si el diente está contaminado, limpiar la superficie radicular y el foramen apical con un chorro de suero y colocar el diente en suero. Remover el coágulo del alvéolo con un chorro de suero. Examinar el alvéolo. Si hay una fractura en la pared alveolar, reposicionarla con un instrumento adecuado. Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. Suturar laceraciones gingivales. Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas.</p> <p>Administrar antibioterapia sistémica. Tetraciclina es la primera elección (Doxiciclina 2 por día por 7 días en dosis apropiada para la edad y peso del paciente). El riesgo de tinción de los dientes permanentes debe considerarse previo a la administración sistémica de tetraciclina en pacientes jóvenes. En ellos la Fenoximetilpenicilina (Pen V), en dosis apropiada para la edad y el peso, puede administrarse como alternativa a la tetraciclina.</p> <p>Si el diente avulsionado tuvo contacto con suelo o la protección del tétano es incierta, referir el paciente a un médico para evaluar necesidad de vacuna antitetánica. Iniciar el tratamiento del conducto radicular 7 a 10 días después del reimplante y antes de remover la férula. Colocar hidróxido de calcio como medicación intraconducto hasta la obturación definitiva del conducto radicular</p>
---	---

<p>Instrucciones al paciente</p>	<p>Dieta semisólida por hasta 2 semanas. Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida. Uso de colutorio de clorhexidina (0,1%) dos veces al día por una semana.</p>
----------------------------------	---

<p>Seguimiento</p>	<p>Ver procedimientos de seguimiento para avulsión de dientes permanente</p>
--------------------	--



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 14 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 1. PROTOCOLO PARA TDA EN DENTICIÓN PERMANENTE

<p>(C) Apice cerrado Tiempo extraoral seco mayor de 60 minutos</p>	<p>Reimplante tardío tiene un pobre pronóstico a largo plazo. El ligamento periodontal estará necrótico y no se espera que cicatrice. El objetivo de realizar reimplante tardío es promover crecimiento del hueso alveolar para encapsular el diente reimplantado. El consiguiente resultado esperado es anquilosis y reabsorción de la raíz. En niños menores de 15 años de edad, si ocurre anquilosis, y cuando la infraposición de la corona del diente es más de 1 mm, se recomienda realizar decoronación para mantener el contorno del reborde alveolar.</p> <p>La técnica de reimplante tardío es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remover tejido blando necrótico adherido con una gasa. 2. El tratamiento de conducto radicular puede realizarse en el diente previo al reimplante, o 7-10 días después como en otros reimplantes. 3. Remover el coágulo del alveolo con un chorro de suero. Examinar el alvéolo. Si hay una fractura de la pared del alvéolo, reposicionarla con un instrumento adecuado. 4. Sumergir el diente en una solución de fluoruro de sodio por 20 minutos. 5. Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. Suturar laceraciones gingivales. Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. 6. Estabilizar el diente por 4 semanas usando una férula flexible. Administrar antibioterapia sistémica como ya fue descrito, ver 3.1 (B) <p>Referir el paciente a un médico para evaluar necesidad de vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con suelo o la protección del tétano es incierta</p>
--	--

<p>Instrucciones al paciente</p>	<p>Dieta semisólida por hasta 2 semanas. Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida. Uso de colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día por una semana.</p>
----------------------------------	--

<p>Seguimiento</p>	<p>Ver procedimientos de seguimiento para avulsión de dientes permanentes.</p>
--------------------	--



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 15 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 1. PROTOCOLO PARA TDA EN DENTICIÓN PERMANENTE

AVULSIÓN DIENTES PERMANENTES CON ÁPICE ABIERTO

Situación Clínica:	Tratamiento
(A) Ápice abierto El diente ya ha sido reimplantado antes que el paciente llegue a la consulta o clínica	<p>Limpiar área afectada con spray de agua, suero o clorhexidina. No extraer el diente. Suturar laceraciones gingivales si están presentes. Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas. Administrar antibioterapia sistémica. Para niños de 12 años y menores: Penicilina V (Fenoximetilpenicilina) en dosis apropiada para la edad y peso del paciente.(alternativa en APS: Amoxicilina, según peso y edad del paciente)</p> <p>Para niños mayores de 12 años de edad, donde el riesgo de tinción por tetraciclina es bajo: Tetraciclina (Doxiciclina 2 por día por 7 días en dosis apropiada para la edad y peso del paciente).</p> <p>Referir el paciente a un médico para evaluar necesidad de vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con suelo o la protección del tétano es incierta. El objetivo del reimplante de dientes todavía en desarrollo (inmaduros), es permitir la posible revascularización de la pulpa dentaria. Si eso no ocurre, puede recomendarse tratamiento de conducto radicular - ver "Procedimientos de seguimiento para dientes permanentes avulsionados" más abajo.</p>
(B) Ápice abierto El diente ha sido mantenido en un medio de conservación especial, leche, suero o saliva. El tiempo extraoral seco es menor de 60 minutos	<p>Si el diente está contaminado, limpiar la superficie radicular y el foramen apical con un chorro de suero. Remover el coágulo del alvéolo con un chorro de suero y luego reimplantar el diente. Si está disponible, sumergir el diente en doxiciclina (+/- 1 mg / 20 ml suero) antes de reimplantar el diente.</p> <p>Examinar el alvéolo. Si hay una fractura de la pared alveolar, reposicionarla con un instrumento adecuado. Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. Suturar laceraciones gingivales, especialmente en la zona cervical.</p> <p>Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente. Colocar una férula flexible hasta por 2 semanas. Administrar antibioterapia sistémica: Para niños de 12 años y menores: Penicilina V (Fenoximetilpenicilina) en dosis apropiada para la edad y peso del paciente.</p> <p>Para niños mayores de 12 años de edad, donde el riesgo de tinción por tetraciclina es bajo: Tetraciclina (Doxiciclina 2 por día por 7 días en dosis apropiada para la edad y peso del paciente).</p> <p>Referir al paciente a un médico para evaluar necesidad de vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con suelo o la protección del tétano es incierta. El objetivo del reimplante de dientes todavía en desarrollo (inmaduros), es permitir la posible revascularización de la pulpa dentaria. Si eso no ocurre puede recomendarse tratamiento de conducto radicular - ver "Procedimientos de seguimiento para dientes permanentes avulsionados" más abajo</p>

Instrucciones al paciente	<p>Dieta semisólida por hasta 2 semanas.</p> <p>Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida.</p> <p>Uso de colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día por una semana.</p>
---------------------------	--

Seguimiento	Ver procedimientos de seguimiento para avulsión de dientes permanentes
-------------	--



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 16 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 1. PROTOCOLO PARA TDA EN DENTICIÓN PERMANENTE

(C) Ápice abierto Tiempo extraoral seco mayor de 60 minutos

Reimplante tardío tiene un pobre pronóstico a largo plazo. El ligamento periodontal estará necrótico y no se espera que cicatrice. El objetivo de realizar reimplante tardío de dientes inmaduros en niños, es para mantener el nivel del contorno del reborde alveolar. El consiguiente resultado esperado es anquilosis y reabsorción de la raíz. Es importante reconocer que si se ha realizado reimplante tardío en un niño, la futura planificación de tratamiento deberá considerar la ocurrencia de anquilosis y el efecto de ésta en el desarrollo del reborde alveolar. Si ocurre anquilosis y cuando la infraposición de la corona del diente es más de 1 mm, se recomienda relizar una decoronación para mantener el contorno del reborde alveolar.

La técnica de reimplante tardío es:

1. Remover tejido blando necrótico adherido con una gasa.
2. El tratamiento de conducto radicular puede realizarse en el diente previo al reimplante a través del ápice abierto.
3. Remover el coágulo del alvéolo con un chorro de suero. Examinar el alvéolo, Si hay una fractura de la pared del alvéolo, reposicionarla con un instrumento adecuado.
4. Sumergir el diente en una solución de fluoruro de sodio acidulado al 2,4% por 20 minutos.
5. Reimplantar el diente lentamente con suave presión digital. Suturarlaceraciones gingivales. Verificar posición normal del diente reimplantado clínica y radiográficamente.
6. Estabilizar el diente por 4 semanas usando una férula flexible.

Administrar antibioterapia sistémica como ya fue descrito, ver 3.1 (B)

Referir el paciente a un médico para evaluar necesidad de vacuna antitetánica si el diente avulsionado tuvo contacto con suelo o la protección del tétano es incierta

Instrucciones al paciente

Dieta semisólida por hasta 2 semanas.

Cepillar dientes con un cepillo suave después de cada comida.

Uso de colutorio de clorhexidina (0,12%) dos veces al día por una semana.

Controles de seguimiento (ver Tabla)



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 17 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 1. PROTOCOLO PARA TDA EN DENTICIÓN PERMANENTE

PROCEDIMIENTOS DE SEGUIMIENTO PARA DIENTES PERMANENTES AVULSIONADOS

TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR

Si el tratamiento del conducto radicular está indicado (dientes con ápice cerrado), el tiempo ideal para iniciar el tratamiento es 7-10 días post-reimplante. Se recomienda el uso de hidróxido de calcio como medicación intra conducto hasta por un mes, seguido por relleno del conducto con un material aceptado. Una excepción es un diente que ha permanecido seco por más de 60 minutos antes del reimplante - en tales casos el tratamiento del conducto radicular puede realizarse previo al reimplante.

En dientes con ápices abiertos, que han sido reimplantados inmediatamente o se han mantenido en adecuados medios de conservación, es posible la revascularización pulpar. El tratamiento del conducto radicular deberá evitarse a menos que haya evidentes signos clínicos y radiográficos de necrosis pulpar.

CONTROL CLÍNICO

Los dientes reimplantados deben ser monitoreados por frecuentes controles durante el primer año (uno semanal durante el primer mes, 3, 6 y 12 meses) y después anualmente. Los exámenes clínicos y radiográficos proveerán información para determinar el resultado. La evaluación puede incluir los siguientes hallazgos descritos abajo.

	Resultado favorable	Resultado desfavorable
Avulsión con ápice cerrado:	Asintomático, movilidad normal, sonido normal a la percusión. Sin evidencia radiográfica de reabsorción u osteítis periradicular; la lámina dura deberá aparecer normal.	Sintomático, excesiva movilidad o sin movilidad (anquilosis) con sonido de tono alto a la percusión sonido alto a la percusión. En el caso de anquilosis, la corona del diente aparecerá en una posición de infra oclusión. Evidencia radiográfica de reabsorción (inflamatoria, reabsorción relacionada a infección, o reabsorción por reemplazo relacionada a anquilosis)
Avulsión con ápice abierto	Asintomático, movilidad normal, sonido normal a la percusión. Evidencia radiográfica de detención o continuación de la formación radicular y erupción. Obliteración del conducto radicular ocurre por lo general.	Sintomático, excesiva movilidad o sin movilidad (anquilosis) con sonido de tono alto a la percusión sonido alto a la percusión. En el caso de anquilosis, la corona del diente aparecerá en una posición de infra oclusión. Evidencia radiográfica de reabsorción (inflamatoria, reabsorción relacionada a infección, o reabsorción por reemplazo relacionada a anquilosis)



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 18 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 1. PROTOCOLO PARA TDA EN DENTICIÓN PERMANENTE

PROTOCOLO DE FERULIZACIÓN PARA FRACTURAS DENTARIAS/ ÓSEAS Y DIENTES LUXADOS/AVULSIONADOS

A. Tiempos de ferulización

Tipo de lesión	Tiempo de ferulización
Subluxación	2 semanas
Luxación extrusiva	2 semanas
Avulsión	2 semanas
Luxación lateral	4 semanas
Fractura radicular (tercio medio)	4 semanas
Fractura alveolar	4 semanas
Fractura radicular (tercio cervical)	4 meses

B. Tipos de férulas recomendadas

- Férula alambre-composite
- TTS= Férula de titanio



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 19 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 2. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA TDA EN DENTICIÓN TEMPORAL

1.- FRACTURA DENTARIA Y/O ALVEOLAR

FRACTURA CORONARIA NO COMPLICADA

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
La fractura involucra esmalte o esmalte y dentina; la pulpa no está expuesta.	Se observará la relación entre la fractura y la cámara pulpar.	Suavizar ángulos filosos. Si es posible el diente puede ser restaurado con vidrio ionómero de obturación o composite.

FRACTURA CORONARIA COMPLICADA

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
La fractura involucra esmalte y dentina y la pulpa está expuesta	Una radiografía es útil para determinar la extensión de la fractura y el grado de desarrollo radicular.	En niños muy pequeños con raíces inmaduras y aún en desarrollo, es ventajoso preservar la vitalidad pulpar mediante un recubrimiento o pulpotomía parcial. Este tratamiento es también de elección en pacientes niños con raíces completamente formadas. Hidróxido de calcio es un material apropiado para estos procedimientos. Ambos tratamientos deben ser considerados siempre que sea posible, de otra forma se indica la exodoncia.

FRACTURA CORONO-RADICULAR

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
La fractura involucra esmalte, dentina y estructura radicular; la pulpa puede o no estar expuesta. Hallazgos adicionales pueden incluir fragmentos dentarios sueltos, pero aún adheridos. Existe mínimo a moderado desplazamiento dentario	En fracturas posicionadas lateralmente, se puede apreciar la extensión en relación al margen gingival	La exodoncia es el tratamiento recomendado. Se debe tener cuidado de evitar un trauma a los gérmenes de los dientes permanentes subyacentes.

FRACTURA RADICULAR

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
El fragmento coronario está móvil y puede estar desplazado.	La fractura se ubica por lo general en el tercio medio o apical de la raíz.	Si el fragmento coronario está desplazado, extraer sólo esta porción del diente. El fragmento apical debe dejarse para que se reabsorba fisiológicamente

FRACTURA ALVEOLAR

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
La fractura compromete al hueso alveolar. El segmento que contiene al diente está móvil y generalmente desplazado. A menudo se nota interferencia oclusal	Con la radiografía se evidenciará la línea de fractura horizontal en relación a los ápices de los dientes temporales y a sus sucesores permanentes. Una radiografía lateral puede también dar información sobre la relación entre las dos denticiones y si el segmento está desplazado hacia vestibular.	Reposicionar cualquier segmento desplazado y ferulizar. Con frecuencia se requiere de anestesia general. Monitorear los dientes ubicados en la línea de fractura.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 20 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 2. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA TDA EN DENTICIÓN TEMPORAL

2.- LUXACIONES DENTARIAS

CONCUSIÓN

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
El diente está sensible al tacto; no tiene aumento de movilidad o hemorragia del surco gingival	No hay anomalías en la radiografía. Espacio periodontal normal.	No requiere tratamiento. Observación

SUBLUXACIÓN

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
El diente tiene aumento de movilidad, pero no ha sido desplazado. Puede haber hemorragia del surco gingival	No se encuentran anomalías en la radiografía por lo general. Espacio periodontal normal	No requiere tratamiento. Observación.

LUXACIÓN EXTRUSIVA

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
El diente aparece elongado y está excesivamente móvil.	Espacio periodontal aumentado apicalmente	Las decisiones de tratamiento se basan en el grado de desplazamiento, movilidad, formación radicular y la habilidad del niño para sobrellevar la situación de emergencia. Para extrusión leve (< 3mm) en un diente inmaduro en desarrollo, la reposición cuidadosa o dejarlo para su alineación espontánea, se consideran opciones aceptables de tratamiento. En una extrusión severa en un diente temporal completamente desarrollado, la extracción es el tratamiento de elección.

LUXACIÓN LATERAL

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
El diente está desplazado, generalmente en una dirección palatina/lingual. A menudo estará inmóvil.	El aumento del espacio periodontal en apical se observa mejor en la radiografía oclusal.	Si no hay interferencia oclusal, como es frecuente en el caso de mordida abierta anterior, se deja que el diente se reposicione espontáneamente. Cuando hay interferencia oclusal, con el uso de anestesia local, el diente puede ser reposicionado suavemente por presión vestibular combinada con palatina. En desplazamientos severos, cuando la corona está dislocada en una posición vestibular, la exodoncia es el tratamiento de elección. Si existe una interferencia oclusal menor, se indica un ligero desgaste.



**UNIDAD DE PLANIFICACION
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-ODO-001

Edición: Primera

Fecha: 29 de Diciembre 2011

Páginas: 21 de 21

Vigencia: 3 años

ANEXO N° 2. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA TDA EN DENTICIÓN TEMPORAL

LUXACIÓN INTRUSIVA

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
El diente está frecuentemente desplazado a través de la tabla ósea vestibular, o puede estar impactando al germen dentario del sucesor	<p>Cuando el ápice está desplazado hacia o a través de la tabla vestibular, el ápice puede visualizarse y el diente afectado aparece más corto que el contralateral.</p> <p>Cuando el ápice está desplazado hacia el germen del diente permanente, el ápice no puede ser visualizado y el diente aparece elongado.</p>	Si el ápice está desplazado hacia o a través de la tabla vestibular, se deja el diente para que se repositone espontáneamente. Si el ápice está desplazado hacia el germen dentario en desarrollo, extraer.

AVULSIÓN

HALLAZGOS CLÍNICO	HALLAZGOS RADIOGRÁFICO	TRATAMIENTO
El diente está completamente fuera del alvéolo.	El examen radiográfico es esencial para comprobar que el diente perdido no está intruído	No se recomienda reimplantar dientes temporales avulsionados.

PROCEDIMIENTOS DE SEGUIMIENTO PARA TRAUMATISMOS EN DENTICIÓN TEMPORAL

TIEMPO		1 semanas	2-3 semanas	3-4 semanas	6-8 semanas	6 meses	1 año	Cada año subsiguiente hasta la exfoliación
Fractura Coronaria no complicada				C				
Fractura coronaria complicada		C			C + R		C + R	
Fractura alveolar		C		F+C+R	C+R		C+R	(*)
Fractura radicular	Sin desplazamiento	C	C+R		C+R		C(*)	
	Extracción						C(*)	
Concusión/ Subluxación		C			C			
Luxación lateral Extrusión	Reposición espontánea		C		C+R		C+R	
Intrusión		C		C+ R	C	C+ R	C+ R	C(*)
Avulsión		C				C+ R	C+ R	C(*)

F = Remoción de férula

C = Examen Clínico R= Examen Radiográfico

(*) = Monitoreo radiográfico hasta la erupción del sucesor permanente