



PERÚ

Ministerio
de SaludVice-Ministerio
de Promoción y
Atención al PacienteInstituto Nacional
de Salud del Niño

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

N° 15 -2021-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 29 de Enero

de 2021

Visto, el expediente con Registro DG-N°000957-2021, que contiene el Memorando N° 809-2021-DEIDAECA-INSN, con el cual se hace llegar las Guías Técnicas: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA" y "GUIA TECNICA: PROCEDIMIENTO DE TOMA RADIOGRAFICAS EXTRAORALES" Elaboradas por el Servicio de Medicina Estomatológica y Atención al Infante.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

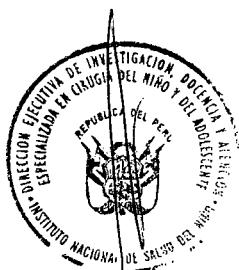
Que, los literales c) y d) del Artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA, contemplan dentro de sus funciones el implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, con Memorando N° 809-2021-DEIDAECA-INSN, el Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Cirugía del Niño y del Adolescente remite a la Oficina de Gestión de la Calidad el Documento Técnico: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA" y "GUIA TECNICA: PROCEDIMIENTO DE TOMA RADIOGRAFICAS EXTRAORALES" elaboradas por el Servicio de Medicina Estomatológica y Atención al Infante del Instituto Nacional de Salud del Niño;

Que, con Memorando N°58-2021-DG/INSN, de fecha 16 de enero de 2021, la Dirección General aprueba el Documento Técnico: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA" y "GUIA TECNICA: PROCEDIMIENTO DE TOMA RADIOGRAFICAS EXTRAORALES", elaboradas por el Servicio de Medicina Estomatológica y Atención al Infante; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;

Con la opinión favorable de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Cirugía del Niño y del Adolescente, el Departamento Investigación, Docencia y Atención Odontoestomatología y la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;



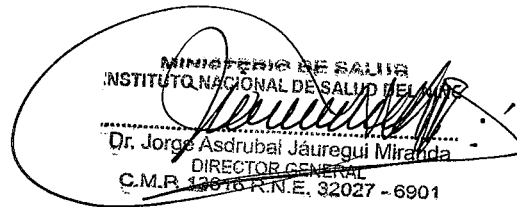


SE RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar el Documento: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA" que consta de (16) folios; y "GUIA TECNICA: PROCEDIMIENTO DE TOMA RADIOGRAFICAS EXTRAORALES" que consta de (04) folios, elaboradas por el Servicio de Medicina Estomatológica y Atención al Infante del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Artículo Segundo. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación del Documento Técnico: "GUIA TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA" y "GUIA TECNICA: PROCEDIMIENTO DE TOMA RADIOGRAFICAS EXTRAORALES", en la página web Institucional.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



JJM/CUD
DISTRIBUCIÓN:

- () DG
- () DA
- () DEIDAECNA
- () DIDAC
- () OEI
- () OAJ
- () OGC





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA

**Servicio Medicina Estomatológica y Atención al
Infante.**

Julio 2020

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia
Almacén en Odontostomatología

ÍNDICE

I.	Finalidad.....	2
II.	Objetivos.....	2
III.	Ámbito de Aplicación.....	2
IV.	Proceso o Procedimiento a Estandarizar.....	2
V.	Consideraciones Generales	
	5.1 Definición.....	2
	5.2 Etiología.....	3
	5.3 Fisiopatología.....	4
	5.4 Aspectos Epidemiológicos.....	4
	5.5 Factores de Riesgo Asociado.....	5
VI.	Consideraciones Específicas	
	6.1 Cuadro Clínico.....	6
	6.2 Diagnóstico.....	6
	6.3 Exámenes Auxiliares.....	13
	6.4 Manejo.....	15
	6.5 Complicaciones.....	21
	6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	21
	6.7 Flujograma	22
VII.	Anexo	24
VIII.	Bibliografía	31

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 998
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

I. FINALIDAD:

La presente Guía Técnica, tiene como finalidad contribuir en mejorar del estado de salud y de la calidad de vida de las niñas y niños, a través de la reducción de la morbilidad por gingivitis de la población infantil, en el marco de la atención integral en salud.

II. OBJETIVO:

El objetivo de la Guía técnica es establecer los criterios técnicos, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la gingivitis en los pacientes basados en la evidencia disponible.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía técnica es de aplicación en los servicios asistenciales del Departamento de Investigación Docente de Atención Especializada Odontológica (DIDAO) del Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña.

Población: pacientes desde los 5 años hasta los 17 años, 11 meses y 30 días de edad que acuden al Departamento de Investigación Docente de Atención Especializada Odontológica (DIDAO) del INSN.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Gingivitis Aguda
Gingivitis Crónica

K050
K051

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS (1):

La Gingivitis es la enfermedad gingival más común en niños sobre todo a partir de los 5 años hacia adelante, causada por una placa bacteriana organizada, proliferante y patogénica, en la que se observan cambios en el color, forma y textura; inflamación gingival ; sin pérdida detectable de hueso alveolar, ni de inserción de encía adherida, caracterizada por ser una enfermedad iniciada por un proceso multifactorial donde se involucra la dieta, higiene oral, anatomía dental, materia alba, tiempo, etc.; pero sobre todo la presencia de la placa bacteriana(1). Durante la dentición

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.O. Esp. JUAN JOSE DIAZ DIAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
del Departamento de Investigación, Docencia y
Asesoría en Odontopediatria

temporal se observa generalmente debido a la inflamación gingival eruptiva, el acumulo de la materia alba y la placa bacteriana que propician una mayor inflamación del margen gingival que se extiende a veces hasta la encía insertada. Conforme avance este estado, la encía se enrojece más, llegando a sangrar durante el cepillado e incluso durante su exploración (sondaje). (2)

5.2 ETIOLOGÍA:

La mucosa oral del neonato es estéril, pero las bacterias llegan a colonizar este ambiente en las siguientes 6 a 10 horas después del nacimiento, principalmente por una población de cocos gran (+), generalmente esto se da por una transmisión vertical madre-hijo. Esto se mantiene hasta la erupción de los primeros dientes deciduos, donde se observa la aparición de especies Gram (-). Van Dyke y col. (2005)(2), resaltan sobre el acúmulo constante a través del tiempo de la placa supragingival que proporciona las condiciones óptimas para que se establezcan los microorganismos periodonto patógenos, cuya presencia es necesaria pero no suficiente para el desarrollo la enfermedad periodontal. Estos microorganismos están presentes en todos los individuos, donde se dan variaciones individuales del biofilm, la cantidad de placa formada y en su distribución en diferentes partes de la cavidad oral. En ocasiones no es visible, a menos que esté pigmentada por soluciones reveladoras de placa. Tanto en pacientes adultos como niños el principal factor causante de la gingivitis es la placa bacteriana, la acumulación de la materia alba sobre las superficies dentales, así como una inadecuada higiene oral que favorecen su acumulación a través del tiempo (3). Sin embargo, se sabe que en los niños la reacción gingival a la placa es menos intensa que en adultos; Kimura y col. (2002) (4), informan que la colonización de los periodonto-patógenos puede suceder tempranamente y durante la niñez sin evidenciar clínicamente una enfermedad periodontal. Desde los 8 a 12 años, es el periodo en el cual la placa se forma con mayor rapidez, pero puede autolimitarse con el término de la erupción de los dientes permanentes y mejorar su eliminación con los hábitos adecuados de higiene oral y controles periódicos de placa bacteriana. (5)

5.3 FISIOPATOLOGÍA:

El cambio de coloración gingival, que tiende a un rojo intenso, y la tumefacción son expresiones más comunes de gingivitis en niños que el sangrado o el aumento de la profundidad de bolsa. Esta enfermedad gingival es el resultado de la placa bacteriana localizada en la encía marginal 6; donde no existe una flora bacteriana específica, sino que se da una diversidad de bacterias asociadas (4). Darby y Curtís (2003), plantean que *P. Gingivalis*, *A. Actinomycetemcomitans* y *T. Forsythensis* pueden colonizar a una edad muy temprana, de manera que la presencia de la placa supragingival podría colaborar con el desarrollo de estos microorganismos de la placa subgingival predisponiendo a futuro el desarrollo de enfermedades Periodonto-patógenas de mayor impacto (5). En el periodo comprendido entre los 5 a 10 años se le puede asociar a la erupción de las piezas dentales. La gingivitis asociada con la erupción dentaria es frecuente; pero, por sí sola la erupción dentaria no origina gingivitis. La inflamación se produce por la acumulación de la placa alrededor de los dientes en erupción, lo que favorece su acumulación también en los dientes vecinos, estos cambios inflamatorios aumentan el tamaño del margen gingival creando la apariencia de un agrandamiento intenso (3). Los dientes móviles que van a exfoliarse también ayudan a la acumulación de la placa. Otro factor para tomar en cuenta es la impactación de alimentos entre los dientes, incluso en aquellos que están exfoliados parcialmente, con márgenes erosionados, móviles y destruidos por la caries, los niños suelen masticar por un solo lado evitando los dientes cariados o con caries lo cual favorece también la acumulación de placa por el lado donde no mastican. Esta enfermedad puede alcanzar su pico máximo en la pubertad, para volver a aumentar durante la adolescencia debido a cambios hormonales (6).

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

A pesar de los avances tecnológicos en el desarrollo de nuevos productos de higiene dental y las intervenciones preventivas en salud bucal, la gingivitis continúa siendo un problema frecuente de la salud bucal.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.O. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Oficina del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontopedagogía

En el INSN (ASIS 2016), la Gingivitis es el quinto diagnóstico más encontrado en el DIDAO, entre la población infantil.

Los problemas de la cavidad oral son la principal causa de consulta en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) [MINSA 2016].

La OMS menciona: las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías. Se estima que el 60% - 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental.

La población rural se ve más afectada que la urbana. Los niños de grupos socioeconómicos bajos tienen mayor prevalencia de enfermedad periodontal. Los estudios longitudinales y transversales durante la infancia muestran que la prevalencia y la severidad de la gingivitis crecen con la edad y alcanza el máximo a los 10 o 12 años. (5).

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Un factor de riesgo es cualquier atributo, característica o exposición de un individuo que aumenta la posibilidad de desarrollar una enfermedad o injuria [WHO 2016]. La determinación de los factores de riesgo principales de una enfermedad es muy importante porque en base a ello se pueden planear las estrategias preventivas.

Los factores de riesgo de gingivitis son múltiples e incluyen, información sociodemográfica y socioeconómica, condición médica, higiene oral, hábitos dietéticos, bacteria oral, características del huésped, entre otros. Estos parámetros, que se pueden medir objetivamente, generan la determinación de nivel de riesgo subjetivo a través de diversas herramientas (6).

5.5.1 Medio ambiente

El medio ambiente podría estar representado por las prácticas culturales, la frecuencia de higiene bucal, visitas al odontólogo, el status socioeconómico, la frecuencia, cantidad y momento de ingestión de los alimentos, la historia familiar de gingivitis, caries

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Atención en Odontología

dental, y la presencia de dientes con morfología diferente y mala posición dental (6).

5.5.2 Estilos de vida:

Es una enfermedad inflamatoria en los primeros años de vida y luego una enfermedad que es influenciada por los estilos de vida (hábitos de higiene, hábitos de dieta). Desde muy temprano, las personas adquieren hábitos de diferente naturaleza. Algunos de estos hábitos son beneficiosos, pero otros pueden generar problemas. Lo mismo sucede con la higiene. Existe una influencia muy importante de la familia en temas de higiene. Un niño que comienza muy temprano a adquirir hábitos de higiene correctos es posible que los mantenga durante toda su vida [Castilho 2013, Kumar 2016]. (6)

5.5.3 Factores hereditarios:

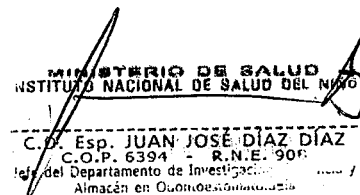
Muchos de los factores relacionados a la gingivitis tienen un componente hereditario. Factores como el flujo y cantidad de saliva, la estructura dentaria, el sistema inmunitario y hasta las preferencias por los alimentos, han demostrado una relación directa entre los niveles de gingivitis de padres e hijos. Hay mucha investigación por hacer para determinar si hay genes específicos que tienen una influencia mayor sobre la herencia en gingivitis [Vieria 2014, Opal 2015]. (6)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1 CUADRO CLÍNICO:

6.1.1 Signos y síntomas:

En general, las características clínicas de la gingivitis se distinguen por la presencia de cualquiera de los siguientes signos clínicos: enrojecimiento y consistencia esponjosa del tejido



gingival, hemorragia bajo provocación, cambios en el contorno y presencia de cálculos o placa sin evidencia radiográfica de pérdida del hueso de la cresta.

La gingivitis puede darse de manera repentina, tener una corta duración, y puede ser dolorosa. También llega a darse una fase menos grave de este padecimiento. La gingivitis recurrente reaparece después de que se elimina con el tratamiento después de desaparecer de forma espontánea.

La gingivitis crónica tiene una aparición lenta y una larga duración. Es indolora a menos, que se complique con exacerbaciones agudas y subagudas, y es el tipo de gingivitis más frecuente (1).

DESCRIPCION:

Gingivitis Localizada: Se confina a la encía de un solo diente o de un grupo de dientes.

Gingivitis Marginal: Afecta el margen gingival y puede incluir una porción de la encía insertada contigua.

Gingivitis Papilar: Afecta a las papilas interdentes y suele extenderse a la porción adyacente del margen gingival. Las papilas se ven afectadas con más frecuencia que el margen gingival, y los signos tempranos de la gingivitis suelen darse en las papilas.

Gingivitis Difusa: Afecta el margen gingival, la encía insertada y las papilas interdentes.

La enfermedad gingival en casos individuales se describe combinando los términos anteriores de la siguiente manera. (1)

Gingivitis marginal localizada

Gingivitis difusa localizada.

Gingivitis papilar localizada

Gingivitis marginal generalizada.

Gingivitis difusa generalizada.(Fig. 1)

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

ENFERMEDADES GINGIVALES

A. ENFERMEDADES GINGIVALES INDUCIDAS POR PLACA DENTAL

A.1. Gingivitis asociada solo con placa dental.

A.1.1.- Sin otros factores locales contribuyentes

A.1.2.- Con factores locales contribuyentes

A.2. Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos.

A.2.1.- Asociadas con el sistema endócrino

A.2.1.1.- Gingivitis asociada a la pubertad

A.2.1.2.- Gingivitis asociada al ciclo menstrual

3.- Asociada al embarazo

a.- Gingivitis

b.- Granuloma Piógeno

4.- Gingivitis asociada a la Diabetes Mellitus

b.- Asociadas con Discrasias Sanguíneas

1.- Gingivitis asociada a la Leucemia

2.- Otras.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.O. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación
Almacén en Odontología

A.3. Enfermedades Gingivales modificadas por Medicamentos.

a.- Enfermedades Gingivales influenciadas por drogas.

1.- Agrandamiento gingival influenciado por drogas

2.- Gingivitis influenciada por drogas

a. Gingivitis asociada a contraceptivos orales.

b. Otras.

A.4. Enfermedades Gingivales modificadas por malnutrición.

a.- Gingivitis por deficiencia de ácido Ascórbico.

b.- Otras. (1) •

6.1.2 Interacción Cronológica (1)

El cuerpo responde a una infección con el desarrollo de una respuesta inflamatoria, La encía no es una excepción y a la inflamación de la encía se le denomina gingivitis.

6.1.2.1. GINGIVITIS ETAPA I: LESION INICIAL.

Las primeras manifestaciones de inflamación gingival son los cambios vasculares que se manifiestan en dilatación de los capilares y un mayor flujo sanguíneo. Estos cambios inflamatorios iniciales ocurren en respuesta a la activación microbiana de los leucocitos residentes y la estimulación posterior de las células endoteliales. Esta respuesta inicial de la encía ante la placa bacteriana (gingivitis subclínica) no es clínicamente evidente.

6.1.2.2. GINGIVITIS ETAPA II: LESION TEMPRANA.

La lesión temprana evoluciona a partir de la lesión inicial casi una semana después del inicio de la acumulación de placa. Clínicamente, la lesión temprana puede tener una apariencia como de gingivitis temprana, evoluciona sin una línea clara de evolución, conforme pase el tiempo, pueden presentarse signos de eritema, sobre todo por la proliferación de los capilares y una mayor formación de asas capilares entre las proyecciones interpapilares. Aumenta la destrucción de colágeno.

6.1.2.3. GINGIVITIS ETAPA III: LESION ESTABLECIDA.

Con el tiempo la lesión, se caracteriza por la predominancia de células plasmáticas, junto con la creación de una pequeña bolsa gingival alineada con el epitelio de la bolsa.

Al parecer existen dos tipos de lesiones establecidas, algunas permanecen estables y no progresan por meses y años y otras son más activas y se convierten de manera progresiva en lesiones destructivas.

6.1.2.4. GINGIVITIS ETAPA IV: LESION AVANZADA.

La extensión de la lesión hacia el hueso alveolar es una característica de la cuarta etapa, se conoce como fase de destrucción periodontal.

La gingivitis solo progresa a periodontitis en individuos susceptibles. Sin embargo, se desconoce en este momento la periodontitis puede darse sin una gingivitis previa. **Cuadro 1**

6.2 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es la determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante sus síntomas y signos. El método más común para el diagnóstico de la gingivitis es el visual-táctil, aunque tiene algunas limitaciones sobre todo en lesiones iniciales [Gómez 2013]. Este método es acompañado generalmente por radiografías para detectar bolsas gingivales. Otro método utilizado es el índice de higiene oral. (7)

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontopediatria

6.2.1 Criterios de diagnóstico:

La gingivitis del niño no tiene el significado de la gingivitis del adulto, puede mejorarse los signos clínicos con fisioterapias adecuadas, evaluaciones dietéticas con el objetivo de disminuir consumo de azúcares extrínsecos, reducir el número de piezas cariosas con fluorizaciones periódicas y restauraciones adecuadas, adecuando el medio bucal para impedir la proliferación de los microorganismos. Por ello es preciso empezar una correcta educación de higiene oral desde pequeños y, sobre todo, a los padres para lograr la motivación y participación de ambos en el cuidado dental-oral para evitar que esta gingivitis inducida por placa bacteriana progrese a estadios más severos, en base a la enseñanza de una correcta técnica de cepillado, uso del hilo dental y de otros implementos, así como la mejora de la dieta; con lo cual se podrá revertir la gingivitis. Si a pesar de la buena higiene no se logra resolver la gingivitis, se debe considerar la presencia de otros factores

sistémicos como la diabetes, leucemia, neutropenia, o cambios hormonales (pubertad), entre otros. (7)

6.2.2 Diagnóstico diferencial:

Existen criterios bien definidos para el diagnóstico de gingivitis asociada a placa bacteriana, aunque podría haber confusión al presentarse alguna de las siguientes condiciones que podrían diagnosticarla erróneamente como gingivitis asociada a placa bacteriana. (1)

LESIONES GINGIVALES NO INDUCIDAS POR PLACA DENTAL

1.- Enfermedades gingivales no inducida por placa dental

- a.- Lesiones asociadas con Neisseria Gonorrhoeae.
- b.- Lesiones asociadas a Treponema pallidum.
- c.- Lesiones asociadas con especies estreptocócicas.
- d.- Otras.

2.- Enfermedades gingivales de origen Viral

- a.- Infecciones por Herpes virus
 - 1.- Gingivoestomatitis herpética primaria
 - 2.- Herpes oral recurrente
 - 3.- Infecciones por Varicela Zoster
- b.- Otras.

3.- Enfermedades virales de origen Fúngico

- a.- Infecciones por especies de Cándida
 - 1.- Cándida Gingival generalizada
- b.- Eritema gingival lineal.
- c.- Histoplasmosis
- d.- Otros

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

4.- Lesiones de origen Genético

a.-Fibromatosis gingival hereditaria

b. Otras

5.- Manifestaciones gingivales de condiciones Sistémicas.

a.- Desordenes Mucocutáneos

1.- Liquen plano.

2.- Penfigoide

3.- Pénfigo Vulgar

4.- Eritema multiforme

5.- Lupus Eritematoso

6.- inducido por drogas

7.- Otros.

b.- Reacciones alérgicas

1.- Materiales restaurativos dentales

a.- Mercurio

b.- Níquel

c.- Acrílico

d.- Otros.

2.- Reacciones atribuibles a:

a.- Pastas dentales / dentífricos.

b.- Enjuagatorios bucales / Colutorios

c.- Aditivos de gomas de mascar

d.- Alimentos y aditivos

3.- Otras.

6.- Lesiones traumáticas (Iatrogénicas, accidentales, facticias)

a.- Injuria química

- b.- Injuria física
- c.- Injuria térmica
- 7.- Reacciones a cuerpo extraño
- 8.- No especificadas de otra manera.

6.3 EXAMENES AUXILIARES:

6.3.1 De Patología Clínica

Examen visual:

El examen visual es el método más común utilizado para la detección de gingivitis por su facilidad en la aplicación. Si bien es cierto, este método tiene muchas ventajas, y existen muchos estudios que han evaluado su especificidad y sensibilidad, los resultados han sido muy variados y con varias limitaciones debido a la metodología empleada [Gómez 2013]. (7) **Fig. 2.**

Examen táctil:

El método más efectivo para el examen táctil de las encías es mediante el uso de una sonda. Es muy importante que la sonda que se use tenga punta roma, El uso de la sonda roma debe ser sin mucha presión sobre el margen gingival, para evaluar el contorno y textura de las superficies [Fontana 2010]. (5) **Fig. :3**

Índice de sangrado gingival de Silness y Løe

La presencia de inflamación en la porción marginal de la encía suele registrarse por medio de sondeos siguiendo los principios del índice gingival, delineados en la publicación de Løe (1967). Según este sistema, la ausencia total de signos visibles de inflamación gingival se califica con un 0, mientras que un cambio ligero de color y de textura se califica con un 1. La inflamación visible y la tendencia al sangrado del margen

gingival inmediatamente después del pasaje de una sonda gingival a lo largo del margen gingival se valoran con un 2, en tanto que la inflamación

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
D.O. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

manifiesta con tendencia al sangrado espontáneo tiene puntaje 3. Sólo se seleccionan a seis dientes. Los datos pueden ser registrados para cada diente en forma individual, o para todos los seis dientes. La evaluación, el uso de códigos y el registro son muy rápidos y útiles en estudios epidemiológicos a gran escala. Como parte del examen periodontal completo de un paciente, es recomendable determinar el sangrado gingival por medio del sondeo del margen gingival. Este procedimiento debes ser controlado de forma cuidadosa para evitar falsos positivos y daño iatrogénico al periodonto. En la prueba de sangrado gingival, la sonda debe deslizarse a lo largo de la pared del tejido duro en el orificio del surco gingival o bolsa periodontal. El objetivo básico de un índice de sangrado no es determinar la profundidad del surco, ni evaluar la extensión de la pérdida de la adherencia epitelial, ni determinar la pérdida ósea, sino evaluar si existe o no sangrado

gingival (2). Cuadro2

6.3.2 De imágenes:

El examen radiográfico se realiza como un complemento al examen clínico, y sólo si está indicado en el paciente. En la gingivitis, le añadimos el examen radiográfico para detectar la presencia de cálculos dentales, bolsas periodontales. Es muy importante que el paciente pueda ser protegido con mandil de plomo y protector tiroideo durante la toma de radiografías, además de utilizar radiografías de alta velocidad o digitales para evitar la radiación acumulativa [FDA/ADA 2016]. (8)

6.3.3 De Exámenes especializados complementarios:

ÍNDICES DE HIGIENE BUCAL (11)

Índice de higiene oral e índice de higiene oral simplificado. Uno de los indicadores más populares para determinar el estado de higiene oral en estudios de epidemiología es el índice de higiene oral (IHO). Fue desarrollado en 1960 por Greene y Vermillion y modificado cuatro años después como el IHO-S. La versión

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL MA
C.O. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 R.N.E. 908
del Departamento de Investigación, Docencia y
Asesoría en Odontostomatología

simplificada proporciona la misma información que la versión anterior, pero puede ser realizado de forma más rápida. Es muy útil para encuestas epidemiológicas a gran escala, pero por lo general, no se cree que sea lo suficientemente sensible para evaluar con precisión el estado de higiene oral de un paciente individual. El IHO tiene dos componentes: la puntuación de detritus orales y la puntuación de cálculo, placa, materia alba y remanentes de comida". En el IHO- S, los depósitos blandos y duros son evaluados sólo en superficies vestibulares o linguales de seis dientes seleccionados. Estos son las superficies vestibulares de los primeros molares superiores en ambos lados, las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior derecho e inferior izquierdo y las superficies linguales de los dos primeros molares inferiores. Los criterios para las puntuaciones del IHO-S. (11) **Cuadro 3**

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA (III-2):

6.4.1 Medidas generales y preventivas

La gingivitis asociada a placa bacteriana es una enfermedad controlable, siempre y cuando exista un equilibrio constante en el medio ambiente oral. Para evitarla o detener el progreso de la enfermedad, la evidencia científica indica que las medidas deben enfocarse en el restablecimiento de la homeostasis. Actualmente, las estrategias en el manejo de la gingivitis se enfocan principalmente en la prevención de su desarrollo. Las medidas generales y preventivas con respecto a la gingivitis incluyen principalmente un control de la higiene. Las medidas generales y preventivas se dividen en aquellas que debemos explicar a los padres/cuidadores del niño para seguir en casa, y aquellas que debemos aplicar profesionalmente.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Atención en Odontostomatología

CONTROL DE PLACA POR MEDIOS MECÁNICOS

El retiro diario de la placa no sólo disminuye la posibilidad de caries dental; de igual importancia, es la posibilidad de retrasar el inicio de la gingivitis. Esto ocurre cuando los productos metabólicos finales de los periodonto patógenos contenidos en la placa pueden irritar los tejidos gingivales adyacentes y producir inflamación. Si la inflamación continúa puede esperarse un sangrado después de realizar cualquier tipo de presión, por mínima que sea. Esta gingivitis puede ser detenida en las primeras etapas con técnicas adecuadas de cepillado, uso de hilo dental e irrigación, en especial si son acompañadas de la orientación de un profesional. Los cepillos y la seda dental son los objetos más usados, aunque los resultados de su utilización son de enorme variación. Es más clara la relación entre cepillado y salud gingival que entre aquel y la caries.

TÉCNICAS DE CONTROL DE PLACA POR EL INDIVIDUO

Cepillado dental

En nuestros días el control de la placa supragingival se basa principalmente en el cepillado dental. Su finalidad es la eliminación de la placa bacteriana adherida a la superficie de los dientes, de los residuos alimentarios de la dieta y de las tinciones, además de estimular los tejidos gingivales y de aplicar el dentífrico con ingredientes específicos dirigido a la caries, enfermedad periodontal o sensibilidad. Con un cepillado dental adecuado se consigue el control de la placa supragingival y de la placa subgingival situada hasta una cierta profundidad. (11)

Técnica de cepillado

Los estudios científicos no demuestran que un método de cepillado sea claramente superior a todos los demás, y de nuevo es evidente que la motivación del individuo para realizar una correcta higiene oral es mucho más importante que la técnica utilizada. No obstante, la técnica recomendada es la de Bass. (11)

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
del Departamento de Investigación, Docencia y
Atención en Odontostomatología

Técnica de Bass; fue la primera en centrarse en el retiro de la placa y los detritus presentes en el margen gingival y subgingivalmente, mediante la utilización combinada de un cepillado dental blando y del hilo dental. El cepillo dental se coloca sobre el surco gingival a un ángulo de 45° respecto del eje vertical de los dientes, introduciendo suavemente las cerdas en el surco gingival y realizando movimientos vibratorios anteroposteriores durante 10-15 segundos por área; a continuación, puede desplazar el cepillo en dirección oclusal para limpiar las caras vestibulares y linguales. Las caras oclusales se limpian mediante movimientos anteroposteriores. La acción de vuelta con presión se repite al menos cinco veces antes de proceder al sitio siguiente. (11,12, 13)

Técnica modificada de Bass

Se posiciona el cepillo de manera similar a la técnica de Bass, pero después de realizar el pequeño movimiento en sentido anteroposterior, se rota la cabeza del cepillo aplicando un movimiento en dirección oclusal. (13)

La higiene dental es importante para reducir la caries y gingivitis, pero también para mejorar el nivel general de higiene bucal. Se han utilizado diversos métodos de higiene interdental, además, se ha informado que todos los métodos han resultado ineficientes en la eliminación de la placa de las superficies proximales. El hilo dental es el método universal de higiene interdental, dado que puede aplicarse con eficacia en casi todas las situaciones clínicas. (13)

Hilo dental

Los estudios demuestran que cuando el cepillado dental se realiza junto con el hilo dental se elimina más placa (hasta el 80%) de las superficies proximales, que si se cepillaran solamente; incluso hasta la placa subgingival puede ser eliminada, ya que el hilo dental puede introducirse hasta 2 - 3.5mm por debajo del extremo superior de la papila. El factor más importante que influye en el uso diario del hilo dental es su facilidad de empleo. (13)

La seda dental se utilizará introduciéndola con suavidad entre los dientes deslizándola hasta el surco gingival, rodeando al diente y deslizándola luego hacia oclusal con movimiento de sierra en sentido vestíbulo lingual. Una vez limpia la superficie interproximal de un diente se mueve la seda dental sobre la papila interdental y se repite el proceso con el diente adyacente. (11)

TIEMPO Y FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL

Durante muchos años, el odontólogo instruyó a sus pacientes para que cepillaran los dientes después de cada comida. La ADA ha modificado esta posición afirmando que los pacientes deben cepillarse "con regularidad". La investigación indica que con el retiro completo de la placa cada tercer día no se presentan efectos deletéreos en la cavidad oral. Se considera que con un cepillado cuidadoso cada 12 o 24 horas es posible mantener una buena salud gingival. Por otra parte, y toda vez que pocas personas retiran la placa por completo, todavía resulta de poca importancia el cepillado diario para llevar al máximo la limpieza del surco gingival con una medida de control de la enfermedad periodontal, así como ofrecer una oportunidad para la utilización más frecuente de dentífricos fluorados para el control de la caries. El cepillado completo requiere de una cantidad de tiempo diferente para cada persona, y depende de factores como la tendencia innata a la acumulación de placa y detritos; las habilidades psicomotrices; y la adecuación del retiro de alimentos, bacterias y detritos a cargo de la saliva. (11,12)

El mal olor de la boca tiene su origen en la lengua la mayoría de las veces. Por lo tanto, para personas que despiden olor bucal, el cepillado de la lengua es importante. (12)

Estudios realizados en niños y adolescente han demostrado que, al aumentar el tiempo de cepillado, aumenta la eliminación de la placa, aunque la mayor parte de la placa se elimina en los primeros 60 segundos. Cuando se prolonga el tiempo de cepillado, hasta los 3 minutos, las zonas menos accesibles (dientes posteriores y caras linguales) quedan siempre con un porcentaje elevado de placa respecto

a las superficies vestibulares y dientes anteriores. Esto demuestra que es necesario cepillarse los dientes durante un tiempo suficiente que asegure la higiene de todos los dientes por todas sus superficies. (12)

6.4.2 Terapéutica

Fase I: Terapia inicial para controlar el factor placa bacteriana

Educación y motivación: Se debe motivar a padres e hijos sobre la importancia de la salud oral y el mantenimiento de un medio bucal adecuado, evitando que el niño alcance un riesgo estomatológico alto. Educar sobre la dieta: disminuir el consumo de azúcares extrínsecos

Fisioterapia: Enseñar a padres e hijos sobre técnicas de cepillado adecuadas y el correcto uso del hilo dental.

Evaluación Clínica y Radiográfica: Es necesario realizar un sondaje periodontal en piezas donde tengamos dudas de la profundidad de la bolsa apoyados en un diagnóstico radiográfico adecuado, para poder descartar algún caso extraño de enfermedad periodontal como la Periodontitis.

IHO: controles periódicos de los niveles de placa con tendencia a la disminución

Raspado y alisado radicular: será necesaria en muy pocos casos, pero si se realiza debe realizarse con el total cuidado y manejo de conducta de nuestro paciente.

Control y eliminación de focos infecciosos locales: Adecuación del Medio bucal

Fase II: Fase de mantenimiento periodontal

Es indispensable que una vez logrado el objetivo de haber reducido la cantidad de placa esto se mantenga en el tiempo, reevaluando al paciente, controlando periódicamente los índices de higiene oral

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
D.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Atención en Odontostomatología

y uso frecuente del cepillado y el hilo dental, motivando al paciente con registros fotográficos antes y después del tratamiento del niño.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento.

Se debe dar énfasis en la educación sobre la salud bucal y conocimiento de la enfermedad ya que, sin esta etapa del proceso, los tratamientos no serían métodos efectivos para el manejo de la enfermedad, ya que sólo se enfoca en los signos clínicos más no en la etiología del proceso.(7)

6.4.4 Signos de alarma

En la gingivitis los signos de alarma evidentes son la continuidad de signos clínicos sin la presencia de placa bacteriana.

6.4.5 Criterios de Alta

Encía firme, resiliente de color rosa coral. Fig. 4

6.4.6 Pronóstico

La gingivitis es potencialmente controlable y reversible si se detecta en sus primeras etapas. La profesión odontológica, de la mano de alianzas estratégicas con otras profesiones de la salud y políticas públicas, debe dedicar mayores esfuerzos a mantener a un niño sano.

6.5 COMPLICACIONES:

La **Gingivitis** no tratada adecuadamente, puede llegar a convertirse en un problema serio de enfermedad de las encías, propagándose a los tejidos y el hueso (periodontitis), una fase mucho más grave que puede llevar a la pérdida de dientes. La periodontitis y la mala salud oral, también pueden afectar la salud en general. (10)

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

Referencia:

Los pacientes que acudan al DIDAO podrán ser atendidos ya que contamos con el personal especialista en Odontopediatría, el equipamiento, insumos y materiales necesarios para realizar los procedimientos preventivos mencionados en este documento.

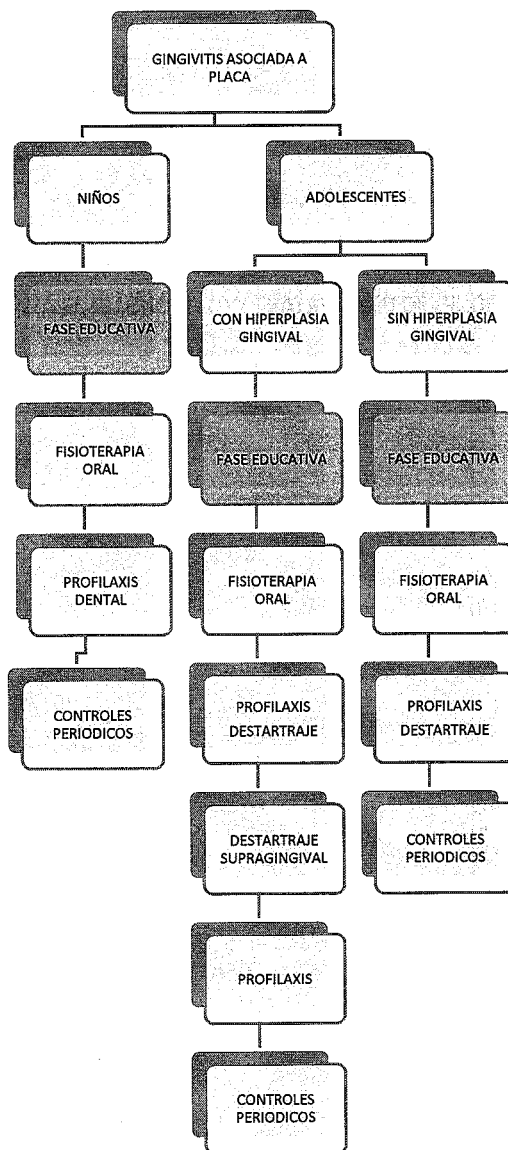
Contrareferencia:

Cuando el paciente este rehabilitado, podrá continuar los controles de salud Bucal en su centro de establecimiento más cercano.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA

6.7 FLUXOGRAMA:



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

CD. Esp. JUAN JOSE DIAZ DIAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

VII. RECOMENDACIONES

Realizar programas educativos en los cuales se puedan combinar Técnicas de prevención.

La prevención mediante una buena motivación, educación y fisioterapia oral guiada es la mejor manera de combatir la aparición o progresión de la gingivitis en pacientes niños y adolescentes.

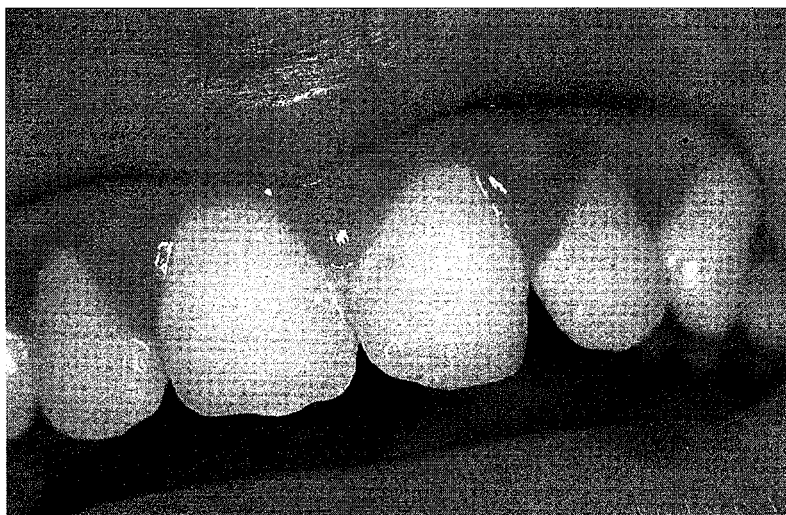
capacitar al personal de salud no odontólogo sobre temas relacionados a la salud bucal, ya que muchas veces los pacientes llegan primero a otras especialidades antes que a la odontológica.

Cuadro 4.

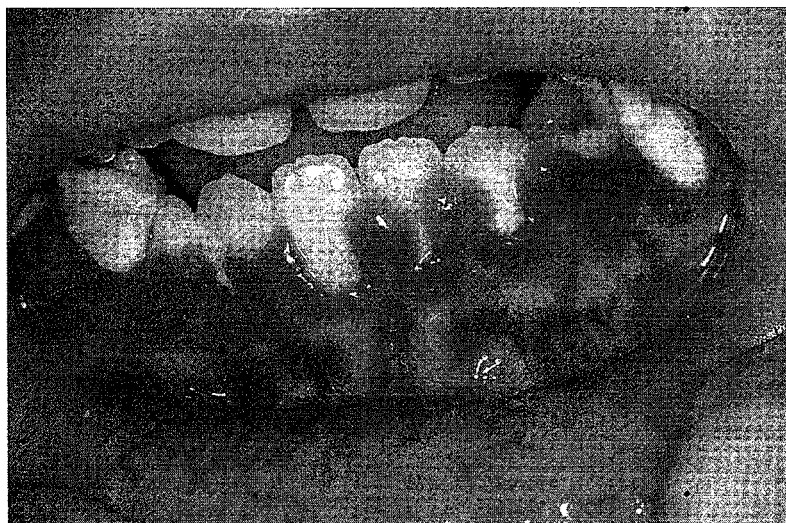
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.O. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

VIII. ANEXOS:

ANEXO N°1.Fig 1:



GINGIVITIS



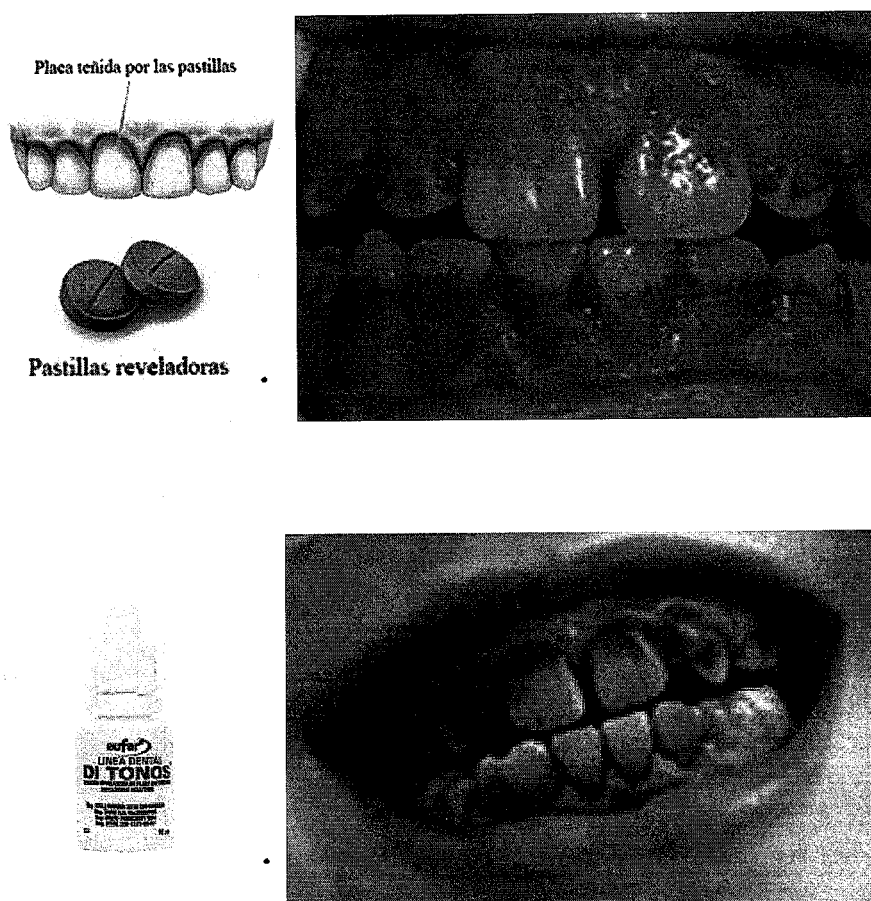
GINGIVITIS CRONICA

Fuente: LASKARIS G. PATOLOGIAS DE LA CAVIDAD BUCAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Amolca. Caracas Venezuela 2001 pg.63

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Atención en Odontopediatria

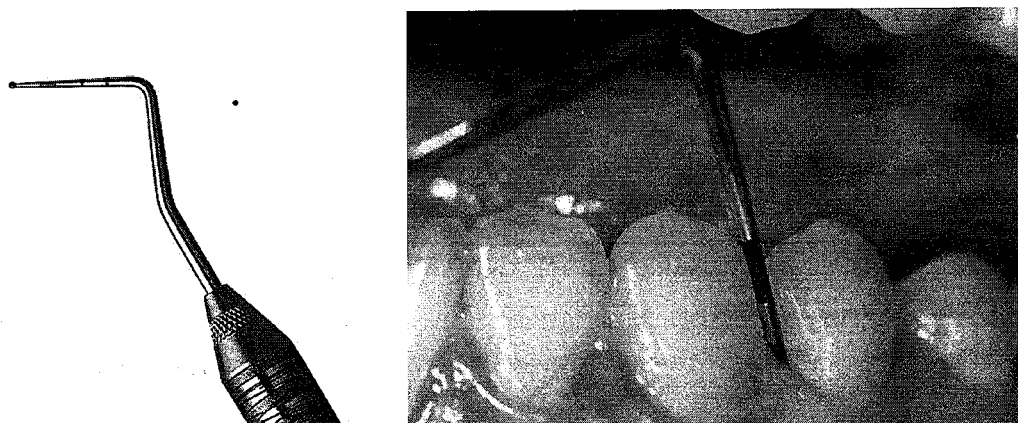
ANEXO N°2.Fig 2. Examen Visual:(10)



Fuente:

Healthwise, incorporated. -Distribuidora Parmapam de CR

ANEXO N°3.Fig. 3: Examen táctil (11)



Fuente: Estudio Periodontal por [Laura Ibiricu Marín](#) | Ene 2, 2017 | [Higiene Dental](#), [Periodoncia](#)

ANEXO N°4.Fig:4 criterios de Alta



Fuente: STRASSBURG M. Mucosa Oral . Atlas a color de enfermedades. Marban Madrid España 1995

ANEXO N°5.Cuadro 1: ETAPAS DE LA GINGIVITIS (1)

Etapa	Tiempo (días)	Vasos Sanguíneos	Epitelio de Unión Y del Surco	Células Inmunes Predominantes	Colágeno	Hallazgos Clínicos
I. Lesión Inicial	2 a 4	Dilatación Vascular Vasculitis	Infiltración por parte de PMN	PMN	Perdida perivascular	Flujo de líquido gingival.
II. Lesión Temprana	4 a 7	Proliferación Vascular	Lo mismo que en la etapa I. Formación de proyección interpapilar. Áreas Atróficas	Linfocitos	Mayor perdida alrededor del infiltrado	Eritema Hemorragia al sondeo.
III. Lesión Establecida	14 a 21	Lo mismo que las II, además	Lo mismo que en la etapa II,	Células Plasmáticas	Perdidas continuas	Cambios en color, tamaño,

GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA

		de estasia sanguínea.	pero más avanzado.			textura, etc.
--	--	--------------------------	-----------------------	--	--	---------------

Fuente: Carranza F, Sznajder N. Compendio de Periodoncia. Sta Ed. Argentina: Medica Panamericana, 1 996.

ANEXO N°6.Cuadro 2: Los criterios para el índice de sangrado gingival Loe y Silness (2)

Puntuación	Criterios
0	Encía normal
1	Inflamación leve – ligero cambio de color, edema ligero, no hay sangrado al sondear.
2	Inflamación moderada – rubor edema y apariencia vidriosa, sangrado al sondear.
3	Inflamación severa, rubor y edema marcados, ulceración, tendencia a sangrado espontáneo.

FUENTE: Lindhe J. Periodontología clínica. Argentina: Medica Panamericana; 1986:

ANEXO N°7.Cuadro 3: Criterios para la puntuación del índice de Higiene Oral

Puntuación	Criterios
0	No hay presencia de detritos o tinciones.
1	Detritos blandos cubriendo no más de un tercio de la superficie dental.
2	Detritos blandos cubriendo más de un tercio, pero no más de dos tercios de la superficie dental.
3	Detritos blandos cubriendo más de dos tercios de la superficie dental.

Fuente: Boj J, Catala M. Odontopediatría. España. Ed. Masson SA. 2 005

ANEXO N°8. Cuadro 4: PAUTAS DE SALUD ORAL POR EDADES (7)

EDAD	CONSEJO DE SALUD ORAL
0° – 12° mes	▪ Si bien a esta edad no se desarrolla la enfermedad, es necesario seguir consejos de salud bucal para que se dé inicio al hábito de higiene bucal.
12° – 24° mes	▪ Evitar transmitir la saliva de la madre al bebé ▪ Cepillar los dientes en cuanto salgan, levantando el labio, dos veces al día, para toda la vida, con una pasta de ≥ 1000ppm de flúor en cantidad “granito de arroz”. No enjuagar con agua después del cepillado ▪ Hacia el año, evitar el biberón nocturno y toda fuente de azúcares refinados (galletas, bizcochos, helados, etc.) ▪ Visitas regulares con el Odontólogo ▪ Colocación de barniz de flúor al menos cada 6 meses
3 – 5 años	▪ Confirmar la presencia de 20 dientes primarios ▪ Consumo esporádico de azúcares (máximo una vez al día) ▪ Cepillado dental 2 veces al día (asistido por los padres), uno de ellos antes de dormir. Se usará una pasta de 1000-1450ppm de flúor en cantidad “alverjita”

	▪ Uso de hilo dental entre molares, una vez al día, antes del cepillado de la noche ▪ Selladores de fisuras en niños y niñas cuyas muelas presenten surcos profundos, defectos de esmalte o lesiones de caries oclusales (cavitadas o no) limitadas al esmalte ▪ Visitas regulares con el Odontólogo de acuerdo con el riesgo de caries dental ▪ Colocación de barniz de flúor al menos cada 6 meses
6– 11 años	▪ Consumo esporádico de azúcares (de ser posible una vez entre semana y los fines de semana) ▪ Cepillado dental 2 veces al día (supervisado por los padres hasta los 7 años), uno de ellos antes de dormir. Se usará una pasta de 1000-1450ppm de flúor en cantidad “alverjita” ▪ Uso de hilo dental entre molares, una vez al día, antes del cepillado de la noche ▪ Uso de enjuagatorios de flúor al 0.05% en niños y niñas de alto riesgo de caries dental ▪ Selladores de fisuras en niños y niñas cuyas muelas presenten surcos profundos, defectos de esmalte o lesiones de caries oclusales (cavitadas o no) limitadas al esmalte ▪ Visitas regulares con el odontólogo de acuerdo al riesgo de caries dental ▪ Colocación de barniz de flúor al menos cada 6 meses (o en su defecto, gel de fluoruro fosfato acidulado al 1.23%)

Fuente: Guía de Práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas, Nro. 422-2017/Minsa. 31 de mayo 2017.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontopediatria

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Carranza F, Sznajder N. Compendio de Periodoncia. Sta Ed. Argentina: Medica Panamericana, 1 996.
2. Lindhe J. Periodontología clínica. Argentina: Medica Panamericana; 1986: p. 59 – 68.
3. Newman M, Carranza F. Periodontología Clínica. 9º edición. México. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2 004: p. 328 – 332.
4. Kimura A, Ooshima T, Takiguchi M, et al: Periodontopathic bacterial infection in childhood. Journal Periodontol 2002; 73: 20-6.
5. Bimstein L, Howard L. Periodontal and gingival Health and diseases. Reino Unido. Ed. The Livery House, 2 001: p. 31-32.
6. Boj J, Catala M. Odontopediatría. España. Ed. Masson SA. 2 005: p. 367
7. Guía de Práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas, Nro. 422-2017/Minsa. 31 de mayo 2017.
8. Darby I, Curtis M. Microbiología de la enfermedad periodontal en niños y adultos jóvenes. Periodontology 2000-2003; 4: 33-53
9. Berham R, Kliegman R. Tratado de Pediatría. 17ª Ed. España, Ed. Elsevier, 2 004: p.1212
10. Bordoni N, Escobar A, Odontología pediátrica, La salud bucal del niño y el Adolescente en el mundo actual. 2010. Ed. Panamericana.
11. Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-MARTÍNEZ A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Avances en Periodontología e Implantología. 2008; 20, 1: 11-25.
12. Robles J, Salazar F, Proaño D. Enfermedad periodontal como factor de riesgo de retardo del crecimiento intrauterino. Revista Estomatológica Herediana 2004; 14(1-2): 27 - 34.
13. Raymond, Braham. Odontología pediátrica, 1º Reimpresión Buenos Aires, Editorial médico, panamericana S.A. 1987: p. 148 -152.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.O. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

[Escriba aquí]



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

GUÍA TÉCNICA: PROCEDIMIENTO DE TOMAS RADIOGRÁFICAS EXTRAORALES

Servicio de Medicina Estomatológica y Atención del Infante

Departamento de odontoestomatología

Junio 2020

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.O. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ -
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontoestomatología

GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE TOMAS RADIOGRÁFICAS EXTRAORALES

ÍNDICE

I.	FINALIDAD.....	3
II.	OBJETIVO.....	3
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	3
IV.	PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.....	3
V.	CONTENIDO.....	3
	5.1. POBLACION OBJETIVO.....	3
	5.2. PERSONAL QUE INTERVIENE.....	3
	5.3. MATERIAL.....	3
	5.4. ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES.....	3
	5.5. DEFINICIONES OPERATIVAS.....	3
	5.6. DISPOSICIONES GENERALES.....	4
	5.7. DISPOSICIONES ESPECIFICAS.....	4
VI.	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.....	4
	6.1 Actividades de valoración.....	4
	6.2 Preparación del material.....	4
	6.3 Preparación del paciente.....	4
	6.4 Ejecución.....	4
	6.5 Precauciones.....	4
	6.6 Recomendaciones.....	4
	6.7 Evaluación.....	4
	6.8 Complicaciones.....	4
VII.	RESPONSABILIDADES.....	5
VIII.	ANEXOS.....	5
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	7

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.O. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
 Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
 Almacén en Odontopedagogía

GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE TOMAS RADIOGRÁFICAS EXTRAORALES

I. FINALIDAD

La presente Guía técnica tiene como finalidad contribuir en la estandarización y mejora de los procedimientos radiológicos de la unidad de radiología dental del DIDAO, y proporcionar una atención de calidad a los pacientes atendidos en el servicio en época de la pandemia del COVID-19.

II. OBJETIVOS

El objetivo de la guía técnica es establecer los procesos administrativos y requisitos técnicos para la toma de radiografías extraorales requeridos en nuestros pacientes.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía técnica será aplicada en las instalaciones de la unidad de Radiología Dental del SMEAI-DIDAO del Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Procedimientos técnicos de la toma radiográfica extra oral en odontología.

V. CONTENIDO

5.1 Población objetivo

Pacientes programados para procedimientos radiológicos extra orales en el DIDAO-INSN.

5.2 Personal que interviene:

Cirujano dentista especialista en Radiología Buco Máxilo Facial.
Tecnólogo radiólogo
Asistente dental

5.3 Material:

EPP para el operador
Dosímetro
Mandil de plomo para el paciente
Protector de mordida plástico
Protector auricular plástico
Películas laser 8x10

Equipos:

Equipo Rx panorámico-cefalométrico
Biombo de plomo
Impresora películas laser
CPU-programa de cefalometría

5.4 Aspectos técnicos conceptuales

5.5 Definiciones operativa

Protectores anti rayos: son dispositivos generalmente de plomo que sirven como medio de protección a las radiaciones ionizantes.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

GUIA TECNICA DE PROCEDIMIENTOS DE TOMAS RADIOGRAFICAS EXTRAORALES

Mandil de plomo: es un aditamento que se coloca al paciente durante la toma radiográfica, debe tener como mínimo 0.3 mm. de grosor y cubrir lo máximo posible al paciente.

Biombo de plomo: barrera de plomo que protege al operador durante la exposición radiográfica, debe tener un grosor aproximado de 0.5 mm.

Toma radiográfica: exposición radiológica del paciente, con la finalidad de obtener una proyección de estructuras anatómicas que contribuyan al diagnóstico.

Preparación del paciente: una breve y clara explicación al paciente o tutor del procedimiento.

5.6 Disposiciones Generales :

Encendido del equipo de rayos X
Calibración de los equipos de rayos X
Uso de medios de protección anti rayos.

5.7 Disposiciones Específicas:

Posicionamiento del paciente en el equipo.
Programación del tiempo de exposición.
Exposición de rayos X.

VI. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

6.1 Actividades de Valoración

6.2 Preparación del material:

Encender los equipos de rayos X.
Comprobar su funcionamiento.
Seleccionar el tiempo y la distancia.
Programar la técnica radiográfica.

6.3 Preparación del Paciente:

Breve explicación y demostración del procedimiento al paciente.
Colocar mandil de plomo.
Colocar el protector bucal y/o auricular.
Posicionar al paciente en el cefalostato.

6.4 Ejecución:

Verificación de puntos y planos anatómicos con los colimadores de luz.
Operador en zona de seguridad.
Exposición radiográfica.
Evaluar la "captura de imagen"
Retirar al paciente del cefalostato.
Programar recojo de resultados.

6.5 Precauciones:

Máximo cuidado de cada uno de los pasos del procedimiento para no repetir la toma en casos de niños poco colaboradores.

6.6 Recomendaciones:

Se recomienda programar con tiempo cada toma radiográfica para evitar malestar a los pacientes de piso y consulta externa.

6.7 Evaluación: supervisión permanente para estandarizar los procedimientos.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. ESP. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

VII. RESPONSABILIDADES :

El C.D. Esp. Radiología Bucal y Máxilo facial a cargo del procedimiento.

El C.D. Esp. encargado de la unidad funcional.

El jefe de servicio SMEAI.

EL jefe de departamento DIDAO.

VIII. ANEXOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Almacén en Odontostomatología

GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTOS DE TOMAS RADIOGRÁFICAS EXTRAORALES



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TOMA DE RADIOGRAFÍA EXTRAORAL

Señor(a)buenos días, respecto a la radiografía extraoral, debe saber que para obtener dicha radiografía se utilizan rayos x, para lo cual su hijo (a) usará mandil de plomo como medio de protección, además se le informa que se utilizan los filtros adecuados y el tiempo de exposición mínimo, por lo que se obtienen imágenes digitales de excelente calidad.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

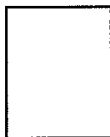
Fecha:...../...../.....

Hora:

Yo,..... (padre, madre y/o tutor) del menorcon Historia Clínica: he sido informado por el Cirujano Dentista que mi menor hijo requiere de la toma de una radiografía Que proporcione información necesaria para el tratamiento de mi menor hijo, siendo este estudio la mejor opción de atención. El Cirujano Dentista ha respondido a todas las dudas y preguntas que he realizado.

Por lo tanto, en forma libre, consciente y voluntaria; SI (), NO () **DOY MI CONSENTIMIENTO** para el procedimiento de radiografía.....

Firma y/o huella digital del padre



Firma y sello del Cirujano Dentista que realiza el procedimiento

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ
C.O.P. 3334 - R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Ciencia y
Atención en Odontopediatria

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha y Hora: ____/____/____ : ____

Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado y, por ello **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento descrito anteriormente y, habiendo entendido las implicancias que ello conlleve, asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida del paciente, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Firma y/o huella digital del padre



Firma y sello del Cirujano Dentista que

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nazzareno Bassetti, la dimensión vertical en prótesis y ortognatodoncia. 1ª edición. Medellín, AMOLCA 2018.
2. White Pharoah, Radiología Oral, cuarta edición, México edit. Mosby 2016.
3. Ricardo Urzúa, Técnicas radiográficas dentales y máxilo faciales, 2ª edición. Santiago de Chile, edit. AMOLCA 2015.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
C.D. Esp. JUAN JOSÉ DÍAZ DÍAZ
C.O.P. 6394 R.N.E. 908
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y
Atención en Odontopediatria

