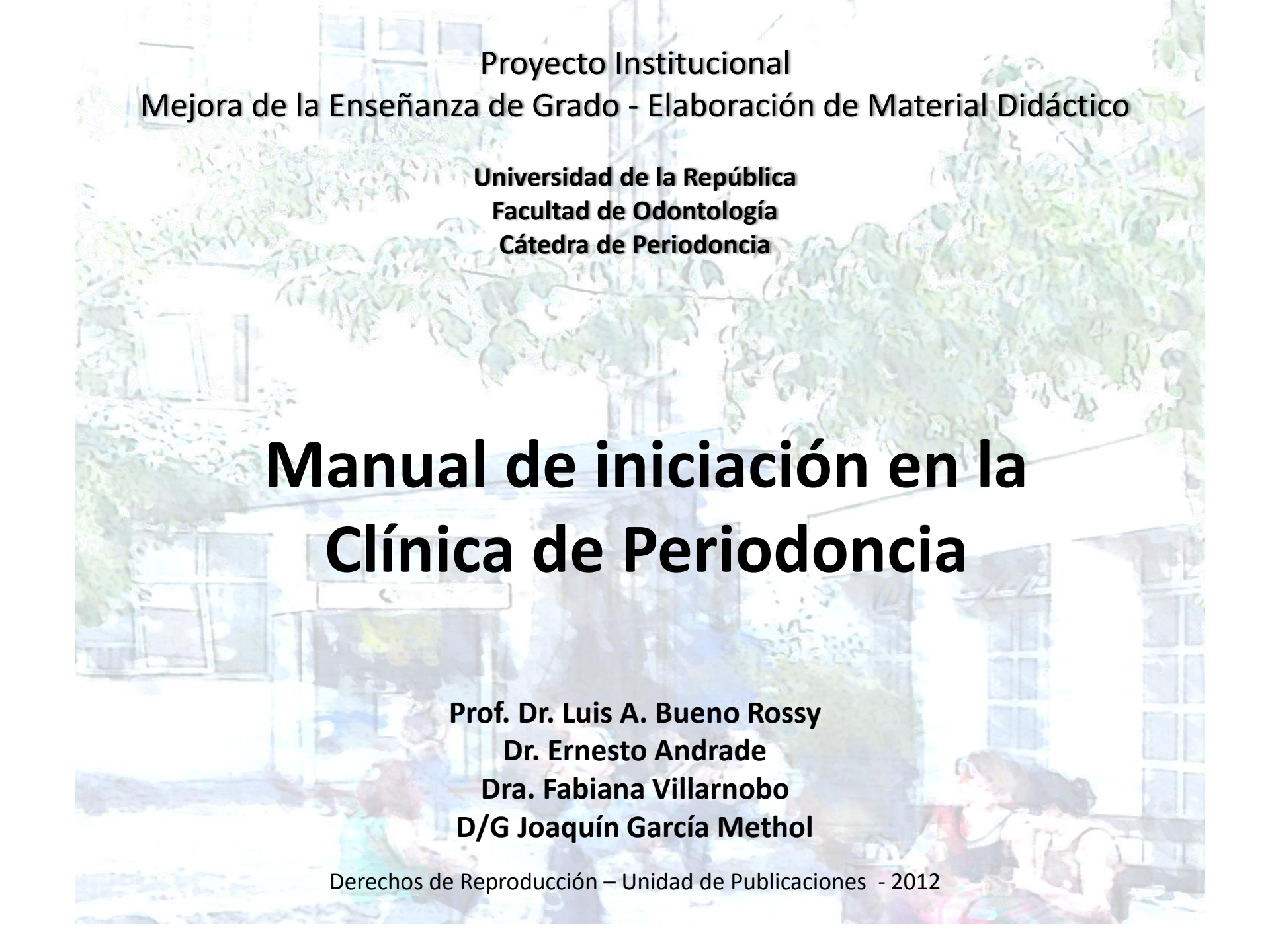




UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Proyecto Institucional
Mejora de la Enseñanza de Grado - Elaboración de Material Didáctico

Universidad de la República
Facultad de Odontología
Cátedra de Periodoncia

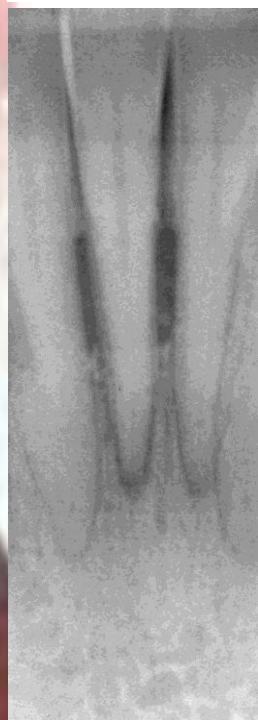
Manual de iniciación en la Clínica de Periodoncia

Prof. Dr. Luis A. Bueno Rossy
Dr. Ernesto Andrade
Dra. Fabiana Villarnobo
D/G Joaquín García Methol

Derechos de Reproducción – Unidad de Publicaciones - 2012

Menú

1. **Introducción y objetivos específicos.**
2. **Normas de Bioseguridad**
3. **Consentimiento Informado**
4. **Enfermedad Periodontal**
5. **Historia Clínica**
6. **Sintomatología Periodontal y primera conclusión.**
7. **Factores de riesgo**
8. **Exámen Clínico Periodontal**
 - a- **Instrumental**
 - b- **Indices del paradencio marginal y segunda conclusión.**
 - I- **Indice de Placa**
 - II- **Indice de Inflamación Gingival**
 - III- **Indice de Sarro**
 - c- **Estudio del paradencio profundo**
 - I- **Examen oclusal**
 - II- **Periodontograma**
9. **Exámenes Paraclínicos Periodontales.**
 - a. **Radiográfico**
 - b. **Microbiológico**
10. **Tercera conclusión**
11. **Diagnóstico Periodontal**
12. **Pronóstico Periodontal**
13. **Plan de Tratamiento**
14. **Bibliografía**



1. Introducción y objetivos específicos

Introducción

«Quienes están enamorados de la práctica sin ciencia son como un piloto que se embarca sin timón y nunca tiene la certeza de hacia donde va. La práctica siempre debe basarse en un sólido conocimiento de la teoría»

Leonardo Da Vinci

El estudio de las enfermedades gingivoperiodontales ha sido objeto de varios académicos de la especialidad a lo largo de la historia. Es sabido el cúmulo de literatura que existe al respecto, en forma escrita y la gran cantidad de eventos que se desarrollan constantemente en diversas partes del mundo. Al encontrarse el estudiante de grado iniciando la actividad clínica se enfrenta a un mundo de conocimientos en constante evolución por el que tenemos personalmente una gran avidez.

Iniciar la actividad clínica en el grado es un desafío para estudiantes y docentes. El querer transmitir conocimientos prácticos al que recién los está adquiriendo en forma teórica resulta una ardua tarea.

UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Al desarrollar este proyecto pensamos en facilitar la adquisición de habilidades teórico prácticas que ayuden al estudiante a avanzar en la clínica al mismo tiempo, que en la teoría, desarrollando un nexo entre la teoría y la práctica complementando y no sustituyendo ninguna de las dos. Por otro lado consideramos imprescindible para toda integración clínica la unificación de criterios docentes por lo que esperamos que este manual también sea un aporte en ese sentido.

Sin más, es mi deseo que lo aprovechen, lo disfruten y que este sea el primero de futuros manuales de esta modalidad.



Prof. Dr. Luis A. Bueno Rossy
Prof. Titular de la Cátedra de Periodoncia

1. Introducción y objetivos específicos

Objetivos específicos del manual

- Sistematizar el uso de la Historia Clínica con fines diagnósticos, asistenciales, docentes, jurídicos y de investigación.
- Brindar procedimientos clínicos y paraclínicos para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades periodontales.
- Uniformizar criterios, procedimientos y el formato de Historia Clínica en las diferentes Clínicas Integradas de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República.

2. Normas de Bioseguridad

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Facultad de Odontología
Universidad de la República Oriental del Uruguay

ESCUELA DE GRADUADOS

BIOSEGURIDAD

EN LA CLÍNICA

ODONTOLÓGICA

Dra. Virginia Papone Yorio
Prof. Agdo.-Jefe de Laboratorio-Cátedra de Microbiología
Asesor de Bioseguridad
Facultad de Odontología-UDELAR

2002

LAVADO DE MANOS

- Reduce y elimina la transmisión de patógenos. Debemos realizarlo con frecuencia.
- Antes de procedimientos y después de contacto con una fuente contaminada.
- Antes de realizar procedimientos invasivos.
- Antes de colocarse los guantes y después de quitarse los guantes. La técnica (Stier) es la siguiente: remoción de alhajas tales como anillos o pulseras, lavado vigoroso con agua y jabón durante 10", frotarlas una con otra por ambos lados, limpiar palmas, dorso de manos, espacios interdigitales, articulación, uñas y extremidades de dedos y puños, enjuague abundante con agua corriente desde la muñeca a los dedos.
- Para procedimientos invasivos debemos incluir: cepillado de uñas (reservorio de microorganismos), cepillado de piel de manos y antebrazos (remueve flora transitoria y residente), enjuague abundante con agua corriente (eliminar restos de jabón, acción antagónicas con antisépticos), aplicación de antisépticos (alcohol 70 %, iodóforos, clorhexidina al 4%, alcohol iodado, etc.).

MEDIDAS DE BARRERA EN LA CLÍNICA

Túnica - Se debe ingresar al consultorio o clínica con túnica o equipo que cubra la ropa de calle, teniendo precaución de cubrir puños y retirar pañuelos de cuello. La túnica o equipo debe estar estéril cuando se realizan procedimientos invasivos.

Sobretúnica - La sobretúnica se deberá incorporar para todos los procedimientos invasivos y todos aquellos en donde se pueden generar salpicaduras y/o aerosoles. Deben ser de manga larga y cubrir hasta el tercio medio de la pierna. Deben ser estériles en procedimientos invasivos.

Gorro - Es obligatorio el uso de gorro en procedimientos invasivos. Lo ideal es usar gorro cuando se realiza cualquier tipo de atención, el cabello debe estar totalmente envuelto, evitando la caída del mismo hacia la parte anterior o lateral de la cara. Si no se cuenta con gorro, recogerse el cabello durante la atención. Al retirar el gorro, sujetarlo por la parte superior central y arrojarlo a la basura contaminada.

Tapaboca - El tapaboca, debe ser amplio cubriendo nariz y boca. Debe ser descartable, confortable, no tocar los labios, ni la punta de la nariz, no irritar la piel. Existen en plaza diversos tipos: en forma de cúpula preconfigurada, plegables, etc. Utilizar aquellos que nos brinden mayor protección. Seleccionar uno que se ajuste bien a la cara para minimizar el paso de aire sin filtrar. Lo ideal es cambiarlo entre paciente y paciente, si no se puede realizar este cambio, tener precaución y cambiarlo obligatoriamente cuando está húmedo o sucio.

No bajarlo para la región del cuello(es material contaminado).
Hablar lo mínimo posible mientras sea usado.No tocarlo después de su colocación.
Reemplazarlo después de estornudar o toser.

Guantes - Lavado de manos previo a la colocación de guantes. Existen de diversos tipos: latex, vinílico, polímero sintético, nitrilo, etc. generalmente usamos de latex. Lo importante es usarlos correctamente y descartarlos entre paciente y paciente. Deben cambiarse los guantes luego de contacto con material contaminado o cuando estén rasgados y perforados. Descartarlos si están rajados, perforados.

No tocarse la cara, ojos, nariz, etc. durante la atención. No tocar cuadernos, lapiceras, bolsos, ni nada que pueda contaminar los guantes.

Se deben usar guantes quirúrgicos estériles para procedimientos invasivos

No lavarlos ni usar productos químicos.No usar guantes apretados(uñas cortas).Lavarse las manos antes y después de ponerse los guantes

Lentes o escudos faciales - Los lentes deben ser amplios y ajustados al rostro para cumplir eficazmente con la protección. Aunque protegen contra impactos y salpicaduras frontales su protección lateral es escasa, salvo que tengan escudos a los lados.

Cuando los anteojos de protección están sucios deben ser lavados en aparatos de ultrasonido y desinfectarlos con glutaraldehído u ortoftalaldehído

Zapatos o botas - Se deben de usar en áreas de cirugía .

PROCEDIMIENTO A SEGUIR CON EL EQUIPO ODONTOLÓGICO

Comprobar el estado de limpieza del mismo antes de cada consulta.

Colocar una cobertura de papel en platina o lugar donde se apoya el material o instrumental.Este se descartará entre paciente y paciente.

Proteger cabezal del sillón,asas del foco de luz,mangueras de eyector de saliva, puntas activas de jeringas(si no son descartables),turbinas y micromotores(si no se tiene más de una por paciente)con fundas de polietileno o papel de aluminio.

En caso de no contar con las fundas,se debe descontaminarlas con agentes químicos de mediano nivel entre paciente y paciente.

Dejar correr el agua de la turbina durante 30" antes de ser usada en cada paciente,en caso de no tener sistema de reflujo.

Adicionalmente es aconsejable repetir esta maniobra durante varios minutos al comenzar la consulta diaria.debe procederse de igual forma con las jeringas de agua y aire.

Los depósitos de agua se deben decontaminar con agentes químicos de mediano nivel dos veces a la semana.Es importante evitar la formación de biofilm

Cuando se termina la consulta se debe:

- Sacar los cobertores,descartarlos en bolsas amarillas.
- Decontaminar con hipoclorito(5.000 p.p.m.)la salivadera.
- Hacer succionar el eyector con hipoclorito(5.000 p.p.m.)durante 10 minutos.

- Decontaminar foco, platina, sillón, cabezal, con alcohol 70° o hipoclorito (1.000 p.p.m.).
- Dejar correr el agua de la jeringa triple durante 5 minutos y dejar correr el agua de la turbina durante 5 minutos.
- Decontaminar la jeringa y la turbina con hipoclorito o alcohol; la turbina luego de decontaminarla se esteriliza en autoclave.
- Es fundamental la decontaminación del área donde se realizó la atención. Este procedimiento debe realizarse por el estudiante y el funcionario de limpieza.

INSTRUMENTAL

Todo el instrumental a usar con el paciente debe estar estéril. Las bandejas de inspección deben estar envueltas en papel o en sobre de plástico y abrirlas en el momento de su utilización. Las mismas se pueden guardar en cajas metálicas. Debemos contar con una pinza estéril que se coloca sobre una bandeja para toma del material estéril.

Es conveniente contar con varias bandejas y prepararlas de acuerdo al procedimiento a realizar: inspección, operatoria, endodoncia, perioodoncia, prótesis quirúrgica, etc. Las fresas deben decontaminarse entre paciente y paciente con agentes químicos de mediano nivel, no usar limpiafresas.

PROCEDIMIENTOS A SEGUIR EN LA CLINICA

Colocación de barreras

- 1) Colocar vestimenta de protección.
- 2) Colocarse gafas protectoras.
- 3) Colocarse las mascarillas.
- 4) Colocarse los guantes.

Eliminación de barreras

- 1) Retirar vestimenta desechable.
- 2) Retirar guantes.
- 3) Retirar gafas protectoras (patillas).
- 4) Retirar mascarillas (bandas elásticas).

Para sacar los guantes:

Tomarlo de la muñequera.

Tire de él.

Deslícelo hasta la punta de los dedos.

Sólo hasta la mitad de la mano.

Repita esta maniobra para la otra mano.

Tire del guante, deslícelo hasta la punta de los dedos, y descártelo.

Vuelva a la 1era mano.

Tire del guante, deslícelo hasta la punta de los dedos, y descártelo.

1) Antes de que se siente el paciente

Colocarse vestimenta de protección(túnica y gorro)

Cubrir las superficies(reposacabezas, control del sillón, asas del foco, interruptor del foco, interruptores de la unidad de control, soportes, mangueras, mesas de instrumental).

2) Una vez que se ha sentado el paciente

Ajustar la altura y posición del sillón y del reposacabezas.

Hacer la historia clínica.

Colocar babero y gorro al paciente.

Abrir los paquetes de instrumentos y/o bandejas sin tocarlos.

Ponerse la mascarilla y las gafas.

Lavarse las manos.

Ponerse los guantes(estériles o de exploración).

Enjuagar los guantes no estériles, para eliminar el polvo.

3) Durante el tratamiento

Realizar campo externo.

No llevarse las manos con guantes al cabello, ni frotarse los ojos, piel, ni ajustarse mascarilla o gafas.

Trabajar con técnica aséptica.

Mirar antes de tomar un instrumento cortante o punzocortante.

El material que no es punzocortante se debe limpiar con una gasa luego de usarlo.
Descartar lo punzocortante en recipientes de paredes rígidas.

4) Después de tratar al paciente

Retirar babero y gorro del paciente.
Quitarse los guantes, mascarilla.
Lavarse las manos.
Despedir al enfermo.
Colocarse guantes y quitar las superficies de recubrimiento sin tocar la superficie de abajo.
Desechar en recipientes con bolsas amarillas.
Limpiar y desinfectar las superficies relacionadas con los cuidados del paciente que no están cubiertas y se puedan haber contaminado.
Decontaminar las gafas o lentes.
Quitarse los guantes, lavarse las manos, secarlas y enjuagarlas.

MEDIDAS DESTINADAS A REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES EN LUGARES DONDE SE REALIZAN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

- El personal que desarrolla tareas en el área quirúrgica debe utilizar adecuadamente los elementos de barrera.
- La circulación del personal, pacientes y material dentro del área, se debe realizar por vías definidas, en una misma dirección, evitando el paso de materiales limpios por áreas sucias.
- El nivel de partículas en el aire depende del número de personas, su movimiento, conversación, apertura de puertas y disciplina.
- El exceso de personas en el área, el movimiento permanente y el diálogo aumentan el número de partículas en suspensión en el aire, y con ello el riesgo de contaminaciones. No comer ni fumar en esa área.
- Las puertas del quirófano deben permanecer cerradas durante la cirugía. Al terminar la cirugía la ropa sucia y los materiales contaminados deben salir por el área sucia del quirófano.

CONDUCTA A SEGUIR EN EL CASO DE UN ACCIDENTE CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES(A.E.S.)

➤ *Pinchazos y heridas :*

- Lavar inmediatamente la zona cutánea lesionada con abundante agua y jabón.
- Permitir el sangrado en la herida o punción accidental.
- Realizar antisepsia de la herida con alcohol 70º(3 minutos),alcohol yodado, tintura de yodo al 2% o yodóforo.
- Dependiendo del tamaño de la herida cubrir la misma con gasa estéril.
- 1)Debe registrar el accidente en el Servicio de Admisión y Registro de Pacientes.
- 2)Si se conoce la fuente, se podrá realizar el estudio para determinar la presencia de anticuerpos anti HIV en el Servicio de Urgencia de nuestra Facultad.
- 3)Tanto sea positivo o negativo el resultado del estudio de anticuerpos de la fuente, el estudiante deberá concurrir al Servicio de Enfermedades Infecto-contagiosas del Instituto de Higiene del M.S.P. antes de las 2 horas, si es posible con la fuente, y el resultado del estudio de anticuerpos de la misma; allí el equipo médico evaluará de acuerdo al tipo de accidente, que tratamiento realizar.

➤ *Contacto con mucosas(ojo,nariz,boca):*

- Lavar abundantemente con agua o suero fisiológico.
- Realizar antisepsia de la herida con alcohol 70º (3 minutos),alcohol yodado, tintura de yodo al 2% o yodóforo.

☞ Conducta a seguir en relación al riesgo de contaminación por VHB

No se recomienda profilaxis en caso de estar correctamente vacunado.

El accidentado no está vacunado :

- 1)Y la serología VHB del paciente fuente es desconocida inyectar gamaglobulinas específicas y una dosis de vacuna.
- 2)Y el paciente fuente es Ag. Hbs positivo inyectar gamaglobulina e inyectar una dosis de la vacuna anti VHB.

La serología VHB del accidentado no es conocida o la vacunación es incompleta :

- 1)Si no se puede realizar la dosificación de Ac.anti HBS del accidentado antes de las 48 horas, se lo trata como no vacunado.
- 2)Si se puede dosificar los Ac. anti HBS antes de las 48 horas y la tasa es menor de 10 UI, se trata como si no estuviera vacunado .Si es mayor de 10 UI el accidentado se encuentra correctamente protegido y no se trata.

La atención de pacientes VIH positivos, como VHB positivos debe realizarse como la atención de cualquier paciente, teniendo precauciones, sí, pero como las debemos de tener con cualquier paciente.

Los pacientes de riesgo(homosexuales, drogadictos, prostitutas, etc.) podrán ser atendidos por el estudiante en cualquier equipo odontológico, pero siempre bajo la estricta supervisión del docente.

Está permitido solicitar al paciente análisis(detección de anticuerpos VIH, VHB) aunque el mismo tiene todo el derecho a negarse.

PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN A TENER EN CUENTA

Planta física- Áreas comunes-Pisos, paredes, puertas, ventanas, etc.

☞ Lavado con agua y detergente.

Desinfección con hipoclorito de sodio al 0,1%=1.000p.p.m.de cloro activo.

Áreas especiales-Quirúrgicas, laboratorios, clínicas u otras.

☞ Lavado con agua y detergente.

Desinfección con hipoclorito de sodio al 0,1% al 0,5%=1.000 a 5.000p.p.m. de cloro activo.

Mobiliario- Sillas, mesas, estantes metálicos, repisas y mesas auxiliares, etc.

Lo mismo con la jeringa de agua.

☞ Lavado con agua y detergente.

Desinfección con hipoclorito de sodio al 0,1%=1.000p.p.m.de cloro activo(excepto superficies metálicas).

Alcohol 70°.

Computadora e impresora- Eliminación de polvo con trapo, superficies sucias con alcohol.

Equipos- Sillones odontológicos(lo ideal es proteger cabezal del sillón, asas del foco de luz, mangueras de eyector de saliva, puntas activas de jeringas (si no son descartables), turbinas y micromotores (si no se tiene más de una por paciente) con fundas de polietileno o de papel de aluminio. En caso de no contar con las fundas, se debe decontaminar con agentes químicos de mediano nivel entre paciente y paciente.

Usar filtros de agua y válvulas antiretracción. Lo mismo con la jeringa de agua.

Tener precaución con el depósito de agua, decontamarlo con agentes

químicos de nivel medio de acción al finalizar la consulta. Es fundamental evitar la formación del biofilm o película biológica. En el agua de la unidad se han encontrado microorganismos de transmisión hídrica (*Pseudomonas*, *Legionella*, *Mycobacterium*, etc.) lo que indica que el agua que entra procedente de la red comunitaria y la propia boca del enfermo son la fuente de contaminación de estos microorganismos. Decontaminar salvadera y gomas de eyectores (hacerlo funcionar) entre paciente y paciente con agentes químicos de mediano nivel.

- Ultrasonido, aparatos de rayos X, lámparas, etc
- Desinfección con hipoclorito de sodio al 0,1%.
 - Alcohol 70°.
 - Clorhexidina al 0,1% en alcohol 70°

PROCEDIMIENTO PREVIO A LA ESTERILIZACIÓN

LAVADO:

- Reduce la contaminación.
- Remueve restos de tejido, sangre o materia orgánica para permitir mayor contacto con el agente biocida
- Evita deterioro acumulativo.

- Manual
- Limpiador de ultrasonido

PASOS A SEGUIR:

- 1-Limpieza previa a la esterilización
- 2-Secado
- 3-Empaquetado
- 4-Ciclo de esterilización

Tratamiento de materiales contaminados con priones

- ↑ NaOH 1N y autoclave 121°C- 30 minutos
- ↓ NaOH 1N o hipoclorito de Na 20.000ppm -1 hora, recipiente con agua, autoclave 121°C o 134°C-1 hora

Decontaminación de superficies e instrumental termosensible

↑ NaOH 2N durante 1 hora, lavado con agua
 Medidas destinadas a reducir el riesgo de contaminación exógena y la ocurrencia de infecciones

**PREVENCIÓN DE RIESGOS MEDIANTE LA
 APLICACIÓN DE AGENTES
 FÍSICOS Y QUÍMICOS**

ESTERILIZACIÓN

○ **Mediante agentes químicos:**

Oxido de etileno - 450-500mg/l ⇒ 10 a 12 horas
 Glutaraldehído al 2% ⇒ 12 horas
 Peróxido de hidrógeno al 6% ⇒ 10 a 12 horas
 Ortoftalaldehído ⇒ 10 horas

○ **Mediante agentes físicos:**

Calor húmedo—Autoclave⇒121°C durante 20 minutos
 134°C durante 10 minutos

Calor seco-----Incineración
 Estufa u horno ⇒160°C durante 2 horas
 170°C durante 1 ½ hora
 180°C durante 1 hora

- Son más seguros los métodos de esterilización por métodos físicos que los métodos químicos.
- El calor húmedo tiene mayor poder de penetración que el calor seco y el procedimiento es más rápido.
- Cargar siempre el horno(calor seco) en frío.Comenzar a contar el tiempo a partir de que alcanzó la temperatura seleccionada.
- Realizar controles químicos de esterilización en cada ciclo y controles biológicos de esterilización semanalmente.
- Realizar controles químicos del glutaraldehído y ortoftalaldehído a los efectos de controlar su efectividad.

NIVELES DE ACCIÓN DE LOS AGENTES QUÍMICOS

□ **Alto nivel de acción:**

Oxido de etileno⇒agente esterilizante, concentración del gas 450-500mg/l, 52°C a 58°C, humedad 40 a 80%,10 a 12 horas.

Formaldehído⇒agente esterilizante, concentración 8%,10 a 12 horas.

Peróxido de H⇒agente esterilizante,6% a 10% de concentración,10 a 12 horas.

Glutaraldehído⇒agente esterilizante,2% en solución acuosa,12 horas.

Ortoftalaldehído⇒agente esterilizante,0,54%,10 horas.

□ **Mediano nivel de acción:**

Iodóforos⇒concentración de 30-50mg/l o 70-150mg/l de iodo disponible, 20 a 30 minutos.

Hipocloritos y cloraminas⇒concentración 0,1% a 0,5% de cloro libre,20 a 30 minutos.

Glutaraldehído ⇒en solución acuosa al 2%,30 minutos.

Alcohol ⇒70°,15 minutos.

Ortoftalaldehído⇒concentración del 0,54%,10 minutos.

□ **Bajo nivel de acción:**

Clorhexidina⇒concentración 4% en solución acuosa.

Compuestos de amonio cuaternario⇒0,5% en solución alcohólica,20 minutos

Compuestos mercuriales⇒ al 0,1% a 0,2%-20 minutos .

Existen en nuestro mercado soluciones preparadas con compuestos de amonio cuaternario de tercera y cuarta generación con el agregado de aldehídos y detergentes, que se utilizan para limpieza y desinfección de suelos, pisos e instrumental.

GESTIÓN DE RESIDUOS

Los *residuos comunes* que no generan riesgo se colocan en bolsas de residuos de color negro y se descartan en forma separada de los residuos que generan riesgo biológico.

Dentro de los *residuos contaminados* tenemos:

1) Contaminados infecciosos: materiales de pacientes infecto-contagiosos, materiales biológicos, sangre, hemoderivados, fluidos y exudados, residuos anatómicos patológicos quirúrgicos y residuos de animales. Las gasas y algodones sucios,

así como las piezas dentarias eliminadas de la boca, residuos anatomopatológicos, deberán ser colocados en bolsas de nylon gruesas adecuadamente cerradas, de color amarillo con un logotipo que indica material de riesgo biológico.

2) *Punzantes o cortantes*-Introducir el material cortopunzante (aguja, bisturí, instrumentos puntiagudos, etc.) inmediatamente luego de usado en envases rígidos y resistentes a los efectos de su descarte. Luego de alcanzada las tres cuartas partes de su capacidad, se obturará la boca del mismo y se procederá a su eliminación.

Se recomienda no reencapuchar las agujas, ni doblarlas, ni romperlas.

Los descartadores deben ser de color amarillo y tener el símbolo de material infectante y una inscripción advirtiendo que se manipule con cuidado. Deberá tener dicha inscripción y símbolo de dimensiones no menores a un tercio de la altura mínima de capacidad del recipiente y con dos impresiones, de forma de visualizarlo fácilmente desde cualquier posición.

3) *Especiales*: químicos y farmacéuticos, medicación oncológica, radioactivos, tóxicos inflamables, explosivos.

COMO PROCEDEMOS CON LOS MATERIALES A ENVIAR AL LABORATORIO

La comunicación entre el personal del consultorio y del laboratorio dental respecto a la manipulación y contaminación de los materiales es de suma importancia. *Entre la consulta dental y el laboratorio dental debe existir una comunicación fluida* referido a los protocolos de control de la infección y delimitación de las responsabilidades entre ambos. Todos los materiales, impresiones y dispositivos intraorales se deben limpiar y desinfectar antes de manipularlos, ajustarlos o enviarlos al laboratorio dental. Las impresiones ya desinfectadas que se envían al laboratorio dental deben etiquetarse como tales para evitar que se repita innecesariamente el protocolo de desinfección. Las impresiones deben enjuagarse con agua después de retirarlas, sacudiéndolas a continuación para eliminar el agua adherida. Este enjuague es una importante función para eliminar preliminarmente a los microorganismos adheridos. Otra forma es limpiarlas con un pincel. Se colocan en recipientes plásticos o en bolsas de plástico con agentes de mediano de acción (hipoclorito de sodio 1000 p.p.m.-10 a 15 minutos ortoftalaldehído -10 minutos, o los envolvemos en una toallita embebida en alcohol y compuestos de amonio cuaternario de cuarta generación durante minutos 15 minutos. Transcurrido el tiempo se sacan las impresiones que estaban sumergidas en el agente químico, se enjuagan con agua y se sacuden bien para eliminar el exceso de agua. Las impresiones quedan prontas para el vaciado.

Algunas impresiones (poliéteres) son sensibles a la inmersión. La inmersión debe limitarse a 10 minutos. Como alternativa estas impresiones pueden rociarse completamente y envolverse con toallas de papel bien humedecidas con la misma solución del desinfectante, se dejan 15 minutos envueltas. Se retiran, se enjuagan bien, se sacuden y quedan listas para el vaciado. El rociado puede no ser tan eficaz como la inmersión, ya que no es posible asegurar el contacto del desinfectante con todas las superficies de la impresión.

PROCEDIMIENTOS A SEGUIR EN RADIOLOGÍA

Los métodos para el control de la infección en radiología, difieren de los usados en los procedimientos en los que haya exposición a la sangre.

Se deben usar guantes, mascarilla, lentes y vestimenta apropiada para disminuir la probabilidad de exposición a determinados agentes infecciosos.

Los guantes para evitar contaminarse con la flora de la cavidad oral, los lentes se utilizan más que como barrera frente a los líquidos del enfermo, para evitar la exposición a productos químicos peligrosos.

La infección ambiental se controla usando recubrimientos y desinfectando las superficies. Por cuestiones de eficacia y costo es preferible recurrir a la desinfección, sin embargo la colocación de bolsas o cubiertas de plástico sobre la unidad radiológica (cabeza del tubo, brazo y cono), sobre el reposa cabezas del sillón y sobre el panel de control, es preferible a la desinfección, debido al gran número de superficies que se tocan durante el proceso.

Para hacerlo más práctico en la Clínica se realizará desinfección, utilizando vaporizador con alcohol 70° y manejo del equipo de Rayos X con manoplas, un par por cada paciente.

PREPARACIÓN PARA LA TOMA DE RADIOGRAFÍA:

1. Antes de que el paciente se halla sentado, preparar la unidad cubriendo o desinfectando todas las superficies que se tocarán o quedarán expuestas a líquidos potencialmente infecciosos.
2. Colocada ya la túnica, se procede al lavado de manos, se colocan los guantes y se determina el tipo de radiografía y el número a tomar.
3. Lo ideal es utilizar cobertores de plástico para las radiografías. En la Clínica se utilizarán dediles cortados (los trae el estudiante).
4. Colocar la placa radiográfica y hacer la exposición.
5. El paciente retira el cobertor, lo descarta en un portaresiduos colocado al lado del sillón (con bolsa amarilla) y le entrega la radiografía al estudiante.
6. Desinfectar las superficies contaminadas.
7. Quitarse los guantes y lavarse las manos.

PROCESADO DE LA PELÍCULA EN LA CÁMARA OSCURA

Se retiran los guantes descartables y se revelan las radiografías sin guantes, usando el clip de revelado.

Se procede al lavado de manos y al procesado de la película.

Cuando se puede elegir, hay que seleccionar siempre la inmersión.

Existen algunos materiales de impresión como alginatos, que están suplementados con clorhexidina o con compuestos de amonio cuaternario; estos agentes pueden reducir el número de microorganismos orales en la superficie y en interior de la impresión. Estos productos aún requieren ser desinfectados por inmersión antes del vaciado.

La mejor vía para descontaminar las *prótesis sucias* es hacer una desinfección, inmediatamente después de retirarlas, en el propio entorno del trabajo. Primero se enjuaga abundantemente con un chorro de agua y después se coloca en un agente químico de mediano nivel. Algunas prótesis muy sucias (por ej. con cálculos o con adhesivo) requieren una limpieza previa o frotarlas antes de la desinfección. El procedimiento más eficaz (y más seguro) es introducir la prótesis en bolsas de plástico con cremallera que mantenga una solución para usar con limpieza de ultrasonido. Las bolsas se colocan suspendidas, sujetas por el aparato limpiador.

RECOMENDACIONES PARA DESINFECCIÓN				
	Ortoftaldehído	Glutaraldehído	Hipoclorito de sodio	Compuestos yodados
Dentaduras completas	SI	SI	SI	NO
Parciales metal/plástico	SI	NO	NO	NO
Prótesis fija metal/plástico/porcelana	SI	SI	NO	NO
Modelos de yeso	NO	NO	SI	SI
Márgenes de cera, Impresiones de mordida	SI	NO	SI	SI
Alginato	NO	NO	SI	SI
Siliconas	SI	SI	SI	SI
Poliéteres	NO	NO	SI (rociado)	SI (rociado)

RECORDAR:

Las películas radiográficas con recubrimientos plásticos o sin ellos deben ser desinfectados antes de colocarlos en boca y al sacarlos de ella. Si tienen protector plástico simplemente se retiran los mismos y se descartan.

Trabajar con guantes, utilizar pinzas, evitando siempre el contacto con el líquido revelador y fijador.

El personal que trabaja en radiología debe usar dosímetro como medida de prevención.

Trabajar siempre con técnica aséptica.

BIBLIOGRAFÍA

- Guandalini, Sérgio. Como controlar la infección en la Odontología. Paraná, 1997.
- Miller, C.; Palenik, C. Control de la Infección y manejo de materiales peligrosos para el equipo de profesionales de salud dental. Madrid, 2000.
- M.S.P.-Normas de bioseguridad para la asistencia odontológica a nivel nacional. Montevideo, 1996.
- M.S.P.-Normas de Bioseguridad en la prevención de accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales. Montevideo, 1997.
- O.M.S.-Manual de bioseguridad en el laboratorio. Montevideo, 1994.
- Infection Control in Dentistry. Bloodborne Disease Transmisión. Centers for Disease. Control and Prevention. July, 2000.
- How to protect yourself from needlestick injuries. Center for Disease. Control and Prevention. September, 2000.
- Preventing Occupational HIV Transmission to Healthcare Personnel. Center for Disease Control and Prevention. September, 2001.
- Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HB, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. Center for Disease. Control and Prevention. June 2001.
- Papone, V.-Normas de Bioseguridad en la práctica odontológica, 2000.
- Palenik, C. Infection control for dental radiology. Dental asepsis review 17(4):1-2, 1996.
- Papone, V.-Normas de Bioseguridad en la práctica odontológica, 2000.
- Puttaiah R. Infection control in dental radiology. CDA. Journal 23(5):21-28, 1995.
- Puttaiah R. Infection control in dental radiology. CDA. Journal 23(5):21-28, 1995.
- Somma, R. M. S. P. Bioseguridad en áreas de atención de la salud. Montevideo, 1994.

3. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
Montevideo - Uruguay

DA	MES	AÑO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

N° de Registro

C.I. _____

El paciente y/o su representante legal **autoriza** al profesional y equipo de salud, incluyendo al estudiante con aval docente, a la realización del tratamiento odontológico propuesto, habiendo recibido la información sobre técnicas, riesgos, evolución, complicaciones probables, tratamientos de alternativa, costos del mismo y sobre los riesgos de no realizar dicho tratamiento. Manifiesta haber comprendido la información consintiendo libremente, y reservándose el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento.

INFORMACIÓN:

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
C.I. _____

ACLARACIÓN DE FIRMA

CLÍNICA:

Informado el paciente y/o su representante legal de la probable evolución de su enfermedad de no realizarse el tratamiento propuesto manifiesta su **NEGATIVA** al **TRATAMIENTO**.

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
C.I. _____

ACLARACIÓN DE FIRMA

Tratándose de un ámbito docente consiento o no en que se me realicen fotos, se hagan publicaciones con mi caso guardando el secreto profesional- y/o se de en clases para estudiantes pre y post graduados.

Si consiento

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
C.I. _____

No consiento

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
C.I. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ACTUACIÓN FRENTE A EXPOSICIONES
ACCIDENTALES ANTE AGENTES BIOLÓGICOS

El paciente y/o su representante legal **autoriza** a seguir el **protocolo** de actuación que consiste en la información de los hechos, registro, realización de análisis del paciente (fuente) como del personal implicado y seguimiento en centros especializados

FIRMA DEL PACIENTE O
REPRESENTANTE LEGAL
C.I. _____

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO O ALTA VOLUNTARIA

El paciente y/o su representante legal revoca el consentimiento informado aceptado en fecha y declara su deseo de abandonar el tratamiento propuesto responsabilizándose por las consecuencias de la presente revocación.

DA	ME	AN

FIRMA DEL PACIENTE O
REPRESENTANTE LEGAL
C.I. _____

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

ACLARACIÓN DE FIRMA

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Procedimiento para completar el Consentimiento Informado

- a- Fecha
- b- Número de registro de historia clínica.
- c- Cédula de Identidad del paciente
- d- Nombre y apellido del paciente
- e- Representante legal: en el caso que el paciente sea menor o discapacitado intelectual debe completarse con el nombre y apellido de la madre, padre o tutor.
- f- Información. Aquí se describe en forma concreta, con letra legible las características de la enfermedad que presenta, el tratamiento propuesto y los riesgos de realizarse o no el tratamiento.
- g- Firmas. Debe firmar el paciente, estudiante y docente, con su contrafirma correspondiente. Si el paciente es menor debe firmar también el padre, madre o tutor.
- h- Clínica. Debe anotarse la Clínica que se va a asistir al paciente.

Quando el paciente manifiesta su negativa al tratamiento también debe expresarse en el consentimiento informado e informar al docente a cargo.

MARCO LEGAL SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ES LA MANIFESTACIÓN DE **VOLUNTAD** POR PARTE DE UN **PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL** DE OBTENER UN ACTO ODONTOLÓGICO ACERCA DEL CUAL HA SIDO **INFORMADO** Y QUE DEBE DOCUMENTARSE EN LA HISTORIA CLÍNICA

1. Fundamento Ético amparado en el Código Deontológico de la AOU
2. Obligación Legal según Ley 18335

Ley N° 18.335

PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES

**El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay,
reunidos en Asamblea General,**

DECRETAN:

CAPÍTULO I

DE LAS DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- La presente ley regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud.

Artículo 2°.- Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

CAPÍTULO II

DE LAS DEFINICIONES

Artículo 3°.- Se considera servicio de salud a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud.

Artículo 4°.- Se entiende por trabajador de la salud, a los efectos de los derechos de los pacientes, a toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3° de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no.

Artículo 5°.- Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla.

En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.

CAPÍTULO III

DE LOS DERECHOS

Artículo 6°.- Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 7°.- Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones.

Todo paciente tiene el derecho a acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por el Ministerio de Salud Pública e incluidos por éste en el formulario terapéutico de medicamentos, y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización.

Todo paciente tiene el derecho a que sus exámenes diagnósticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados para tal fin cuenten con el debido control de calidad. Asimismo tiene el derecho de acceso a los resultados cuando lo solicite.

Artículo 8°.- El Estado, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, será responsable de controlar la propaganda destinada a estimular tratamientos o al consumo de medicamentos. La promoción engañosa se determinará de acuerdo con lo prescripto en la [Ley N° 17.250](#), de 11 de agosto de 2000, y, en particular, en el Capítulo IX de ese texto.

Artículo 9°.- El Estado, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, está obligado a informar públicamente y en forma regular sobre las condiciones sanitarias en el territorio nacional.

Artículo 10.- El Estado garantizará en todos los casos el acceso a los medicamentos incluidos en el formulario terapéutico de medicamentos.

Todas las patologías, agudas o crónicas, transmisibles o no, deben ser tratadas, sin ningún tipo de limitación, mediante modalidades asistenciales científicamente válidas que comprendan el suministro de medicamentos y todas aquellas prestaciones que componen los programas integrales definidos por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo con lo establecido por el artículo 45 de la [Ley N° 18.211](#), de 5 de diciembre de 2007.

Los servicios de salud serán responsables de las omisiones en el cumplimiento de estas exigencias.

Artículo 11.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos

diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

En la atención de enfermos psiquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la [Ley N° 9.581](#), de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 12.- Todo procedimiento de investigación médica deberá ser expresamente autorizado por el paciente sujeto de investigación, en forma libre, luego de recibir toda la información en forma clara sobre los objetivos y la metodología de la misma y una vez que la [Comisión de Bioética](#) de la institución de asistencia autorice el protocolo respectivo. En todos los casos se deberá comunicar preceptivamente a la [Comisión de Bioética y Calidad de Atención del Ministerio de Salud Pública](#). La información debe incluir el derecho a la revocación voluntaria del consentimiento, en cualquier etapa de la investigación. La [Comisión](#) se integrará y funcionará según reglamentación del Ministerio de Salud Pública y se asesorará con los profesionales cuya capacitación en la materia los constituya en referentes del tema a investigar.

Artículo 13.- Toda persona tiene el derecho de elección del sistema asistencial más adecuado de acuerdo con lo establecido por el artículo 50 de la [Ley N° 18.211](#), de 5 de diciembre de 2007.

En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario.

Artículo 14.- La docencia de las diferentes actividades profesionales en el ámbito de la salud podrá ser realizada en cualquier servicio de salud.

CAPÍTULO IV

DE LOS DERECHOS RELATIVOS A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

Artículo 15.- Los servicios de salud, dependiendo de la complejidad del proceso asistencial, integrarán una Comisión de Bioética que estará conformada por trabajadores o profesionales de la salud y por integrantes representativos de los usuarios.

Artículo 16.- Todo paciente tiene el derecho a disponer de su cuerpo con fines diagnósticos y terapéuticos con excepción de las situaciones de emergencia imprevista, sin perjuicio de lo dispuesto en la [Ley N° 14.005](#), de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.

Artículo 17.- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a:

- A) Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos.
- B) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.
- C) Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles.
- D) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la [Ley N° 14.005](#), de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.
- E) Negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines

docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa.

- F) Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.

CAPÍTULO V

DEL DERECHO AL CONOCIMIENTO DE SU SITUACIÓN DE SALUD

Artículo 18.- Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a:

- A) Conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud.
- B) Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud.

En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber).

Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.

- C) Conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función.
- D) Que se lleve una historia clínica completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte.

La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente.

El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita.

En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario.

La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éstos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente.

El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediare orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal.

- E) Que los familiares u otras personas que acompañen al paciente -ante requerimiento expreso de los mismos- conozcan la situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste.

En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, el médico deberá consultar con el paciente el alcance de esa comunicación. La responsabilidad del profesional en caso de negativa por parte del enfermo quedará salvada asentando en la historia clínica esta decisión.

- F) Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: "No Reanimar" impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.

G) Conocer previamente, cuando corresponda, el costo que tendrá el servicio de salud prestado, sin que se produzcan modificaciones generadas durante el proceso de atención. En caso de que esto tenga posibilidad de ocurrir será previsto por las autoridades de la institución o los profesionales actuantes.

H) Conocer sus derechos y obligaciones y las reglamentaciones que rigen los mismos.

I) Realizar consultas que aporten una segunda opinión médica en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y a las alternativas terapéuticas aplicables a su caso. Las consultas de carácter privado que se realicen con este fin serán de cargo del paciente.

Artículo 19.- Toda historia clínica, debidamente autenticada, en medio electrónico constituye documentación auténtica y, como tal, será válida y admisible como medio probatorio.

Se considerará autenticada toda historia clínica en medio electrónico cuyo contenido esté validado por una o más firmas electrónicas mediante claves u otras técnicas seguras, de acuerdo al estado de la tecnología informática. Se aplicará a lo dispuesto en los artículos 129 y 130 de la [Ley N° 16.002](#), de 25 de noviembre de 1988, en el inciso tercero del artículo 695 y en el artículo 697 de la [Ley N° 16.736](#), de 5 de enero de 1996, y en el artículo 25 de la [Ley N° 17.243](#), de 29 de junio de 2000.

Artículo 20.- Es de responsabilidad de los servicios de salud dotar de seguridad a las historias clínicas electrónicas y determinar las formas y procedimientos de administración y custodia de las claves de acceso y demás técnicas que se usen.

El Poder Ejecutivo deberá determinar criterios uniformes mínimos obligatorios de las historias clínicas para todos los servicios de salud.

CAPÍTULO VI

DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Artículo 21.- El servicio de salud, en su carácter de prestador de salud, y, en lo pertinente, el profesional actuante deberán cumplir las obligaciones legales que le imponen denuncia obligatoria, así como las que determine el Ministerio de Salud Pública.

CAPÍTULO VII

DE LOS DEBERES DE LOS PACIENTES

Artículo 22.- Toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad, tal como lo establece el [artículo 44 de la Constitución de la República](#). Asimismo tiene la obligación de someterse a las medidas preventivas o terapéuticas que se le impongan, cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública, pueda constituir un peligro público, tal como lo dispone el artículo 224 del Código Penal.

El paciente tiene la obligación de suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados.

Artículo 23.- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud. Tiene igualmente el deber de utilizar razonablemente los servicios de salud, evitando un uso abusivo que desvirtúe su finalidad y utilice recursos en forma innecesaria.

Artículo 24.- El paciente o en su caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas.

Si el paciente abandonare el centro asistencial sin el alta médica correspondiente, tal decisión deberá consignarse en la historia clínica, siendo considerada la situación como de "alta contra la voluntad médica", quedando exonerada la institución y el equipo de salud de todo tipo de responsabilidad.

CAPÍTULO VIII

DE LAS INFRACCIONES A LA LEY

Artículo 25.- Las infracciones a la presente ley determinarán la aplicación de las sanciones administrativas previstas en la normativa vigente en las instituciones o en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio de otras acciones que se puedan derivar de su violación.

Artículo 26.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, los agrupamientos de trabajadores de la salud con personería jurídica, podrán juzgar la conducta profesional de sus afiliados de acuerdo a sus estatutos.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 5 de agosto de 2008.

RODOLFO NIN NOVOA,

Presidente.

Hugo Rodríguez Filippini,

Secretario.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Montevideo, 15 de agosto de 2008.

Cúmplase, acútese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establecen los derechos y las obligaciones de los pacientes y de los usuarios de los servicios de salud.

TABARÉ VÁZQUEZ.

MARÍA JULIA MUÑOZ.

DAISY TOURNÉ.

DANILO ASTORI.

JOSÉ BAYARDI.

MARÍA SIMON.

JORGE BRUNI.

UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

►►► Trámite Parlamentario

URUGUAY

Resumen de pautas a explicar por el estudiante al paciente frente al tratamiento periodontal

El propósito principal del tratamiento periodontal es la eliminación de factores irritativos e infecciosos de los tejidos que rodean y dan soporte a las piezas dentarias, devolviendo de esta forma la salud a los tejidos periodontales.

La progresión natural de la enfermedad sin tratamiento, o con tratamiento y sin mantenimiento da lugar a la pérdida de función y estética de las piezas dentarias, aumentando progresivamente su movilidad, la pérdida de tejido óseo y la pérdida de la propia pieza dentaria.

El tratamiento consta de varias etapas y en el transcurso del mismo generalmente se utiliza anestesia local.

Durante los postoperatorios pueden producirse aumento de la sensibilidad y de la movilidad dentaria, los que pueden ser tratados posteriormente, también puede observarse un cierto alargamiento de las piezas dentarias.

La higiene dental durante y luego del tratamiento es fundamental para el éxito, conjuntamente con las visitas periódicas a lo largo de toda la vida.

El objetivo perseguido por el tratamiento puede no obtenerse total o parcialmente, independientemente de las técnicas empleadas y de su correcta realización debido a la etiología multifactorial de la patología periodontal.

Todo acto quirúrgico puede implicar complicaciones comunes o potencialmente serias que pueden requerir tratamientos complementarios. La condición sistémica específica del paciente puede aumentar los riesgos y las complicaciones postoperatorias.

Debe también explicarse al paciente que tiene derecho en cualquier momento a revocar su consentimiento informado.

4. Enfermedad Periodontal

Las enfermedades gingivoperiodontales reúnen un grupo vasto de enfermedades que asientan en el paradencio marginal y profundo.

Se caracterizan por distintos síntomas y signos, como ser sangrado gingival, movilidad dentaria, pérdida de inserción, etc, variando la intensidad y frecuencia de cada síntoma y signo según el grado y severidad de la enfermedad gingivoperiodontal que presente el paciente.

Como se trata de un número amplio de enfermedades nos remitimos al estudio de las clases magistrales brindadas por la cátedra y a la bibliografía básica sugerida.

A continuación se expone la clasificación utilizada actualmente por la cátedra (Academia Americana de Periodoncia, 1999).

Academia Americana de Periodoncia (1999)

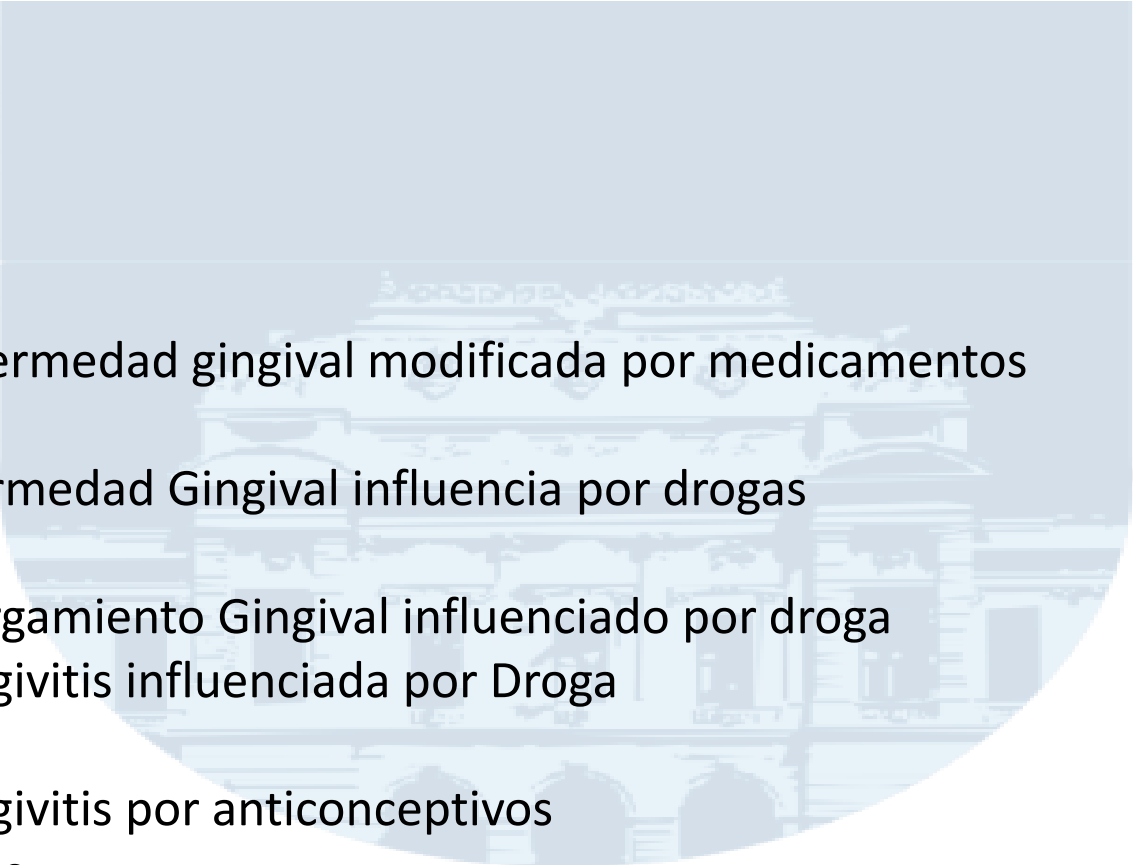
I) Enfermedades Gingivales

A) - ENFERMEDADES GINGIVALES INDUCIDAS POR PLACA DENTAL

Puede ocurrir sobre un periodonto que no tiene pérdida de inserción o sobre un periodonto con pérdida de inserción pero que no es progresiva.

- Gingivitis asociada solamente con la placa dental
- con factores locales que lo favorecen
- sin factores locales que lo favorecen
- Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos
- asociada con el sistema endócrino
- Gingivitis de la pubertad
- Gingivitis del ciclo menstrual
- Gingivitis del embarazo (gingivitis o granuloma piogeno)
- Gingivitis asociada a diabetes mellitus
- asociada a discrasias sanguíneas
- Gingivitis por leucemia
- Otras

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

- 
- Enfermedad gingival modificada por medicamentos
 -
 - Enfermedad Gingival influencia por drogas
 -
 - Alargamiento Gingival influenciado por droga
 - Gingivitis influenciada por Droga
 -
 - Gingivitis por anticonceptivos
 - otras
 -
 - Enfermedades gingivales modificadas por mal nutrición
 - Gingivitis asociada a la deficiencia del ácido ascórbico
 - Otros

B - LESIONES GINGIVALES NO INDUCIDAS POR PLACA

- Enfermedad Gingival de origen bacteriano específico
- Lesiones asociadas a Neisseria Gonorrhoeae
- Lesiones asociadas a Treponema Pallidum
- Lesiones asociadas a especies de Streptococos
- Enfermedades de origen viral

Infección por herpes virus

- Gingivoestomatitis herpética primaria
- Herpes oral recurrente
- Infección por varicela zoster

Otras

- Enfermedades gingivales de origen fúngico

Infección por especies de Cándida

Candidiasis Gingival Generalizada

- Eritema Gingival Linear
- Histoplasmosis
- Otras

Enfermedad gingival de origen genético

- Fibromatosis Gingival Hereditaria
- Otras

Manifestaciones Gingivales de condiciones sistémicas

Desórdenes Mucocutáneos

- Liquen Plano
- Pénfigo
- Eritema Multiforme
- Lupus Eritematoso
- Inducidas por drogas
- otras

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Reacciones alérgicas

Materiales de restauración dental

- Mercurio
- Níquel
- Acrílico
- Otros

Reacciones atribuibles a :

- Dentífricos/ Pasta Dental
- Enjuagues Dentales
- Comidas y condimentos
- Otros

Lesiones Traumáticas (Yatrógenas, Accidental o Autoinfligidas)

- Injuria Química
- Injuria Física
- Injuria Térmica

- Reacciones a Cuerpo Extraño
- No especificadas de otra forma

II) PERIODONTITIS

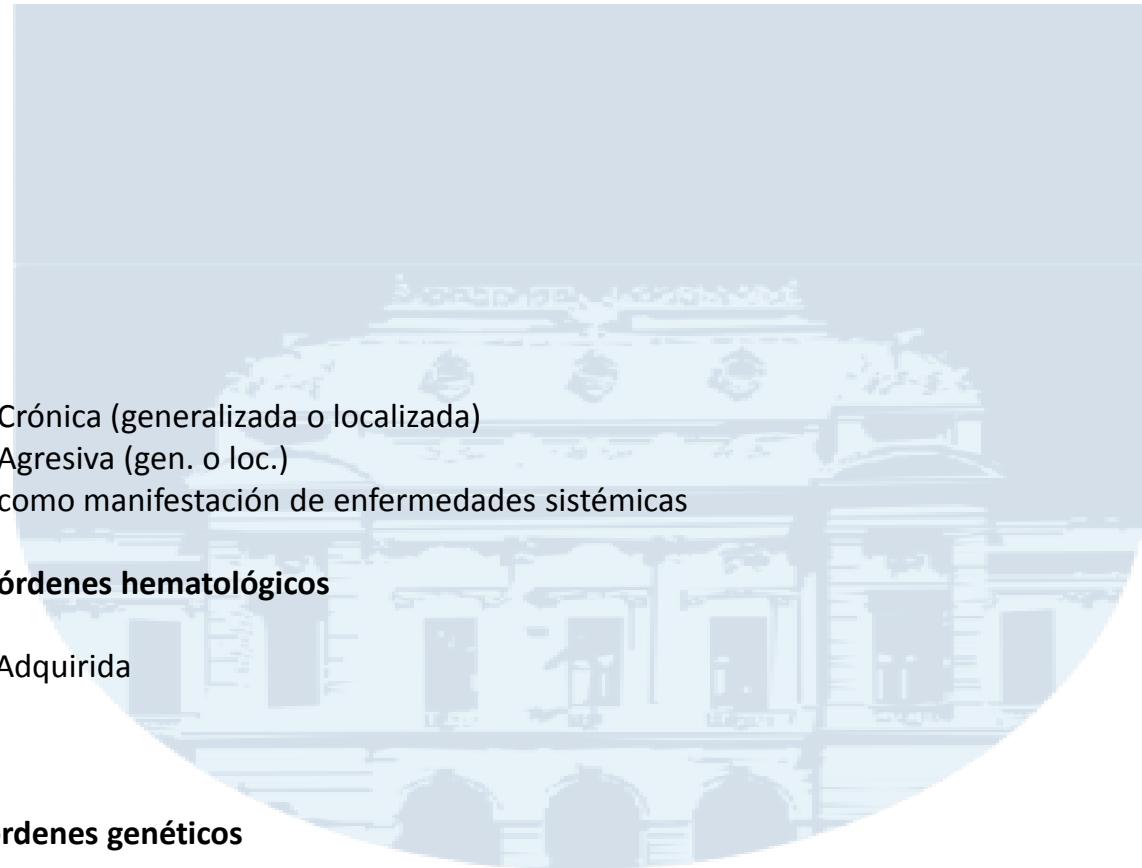
- Periodontitis Crónica (generalizada o localizada)
- Periodontitis Agresiva (gen. o loc.)
- Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas

Asociadas con desórdenes hematológicos

- Neutropenia Adquirida
- Leucemias
- Otras

Asociada con desórdenes genéticos

- Neutropenia Cíclica y Familiar
- Síndrome de Down
- Síndrome de Deficiencia de adhesión leucocitaria
- Síndrome de Papillon-Lefevre
- Síndrome de Chediack-Higashi
- Síndrome de Histiocitosis
- Otros



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

No especificadas de otra forma

- Enfermedades necrotizantes periodontales
- Gingivitis Ulceronecrotizante (NUG)
- Periodontitis Ulceronecrotizante (UNP)
- Abscesos del periodonto
- Absceso Gingival
- Absceso Periodontal
- Absceso Pericoronario
- Periodontitis asociadas a Lesiones Endodónticos
- Lesiones Endo-Periodontales combinadas
- Periodontitis asociada a accidentes (traumatismos)
- Condiciones o Deformidades adquiridas o del desarrollo

Factores localizados relacionados al diente que modifican o predisponen a la Gingivitis Inducida por Placa/ Periodontitis.

- Factores Anatómicos Dentarios
- Restauraciones Dentarias
- Fracturas Radiculares
- Resorción Cervical Radicular/ Lagunas Cementarias

Deformidades y Condiciones Mucogingivales alrededor del diente

- Recesión Gingival

Superficies Vestibulares/Linguales
Superficies Interproximales

- Escaza Encía Queratinizada
- Frenillo en posición aberrante
- Surco vestibular poco profundo
- Exceso Gingival

Pseudobolsa

Margen Gingival Inconsistente

Sonrisa Gingival

Alargamiento Gingival

- Color Anormal

Deformidades y Condiciones Mucogingivales en zonas edéntulas

- Deficiencia vertical y/o horizontal de reborde
- Escasa encía insertada
- Agrandamiento Gingival
- Frenillo en posición aberrante
- Surco vestibular poco profundo
- Color Anormal
- Trauma oclusal

- Trauma Oclusal Primario
- Trauma Oclusal Secundario

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

5. Historia Clínica

Definición:

La historia clínica es un documento médico legal, único y confidencial que recoge la descripción ordenada, completa, precisa, legible y veraz de la información que el profesional obtiene de la relación directa con el paciente. Su principal objetivo es la obtención y posterior interpretación de los síntomas y signos. La finalidad de la Historia Clínica es diagnóstica, asistencial, jurídica , de investigación y docencia.

Composición familiar

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad de integrantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad de hijos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad de hijos menores de 18 años

Composición núcleo habitacional

Padre _____
 Madre _____
 Hijos/as _____
 Hermanos/as _____
 Otras _____
 Responsable ¿quién? _____

VIVIENDA - Uso en calidad de:

Propietario
 Inquilino
 Usufructuario
 Intruso
 Institución
 Otro (especificar) _____

	SI	NO
Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saneamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOTIVO DE CONSULTA (Clasificación por el técnico)

	SI	NO
URGENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARADENCIOPATÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUNCIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTÉTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANT. CONTROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREVENCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRAUMATISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUMORACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRÓTESIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALOCCLUSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DERIVADO *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOTIVO DE CONSULTA

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (COMIENZO, EVOLUCIÓN, TRATAMIENTOS RECIBIDOS, ESTADO ACTUAL)

* Especifique: _____

ANTECEDENTES PERSONALES MÉDICOS

¿Está usted bajo tratamiento médico? SI NO Médico tratante: _____ Especialidad: _____

¿Por qué? _____

ANTECEDENTES PERSONALES EN EL PACIENTE NIÑO

	SI	NO	AL NACER	5 min.
EMBARAZO NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	APGAR	<input type="checkbox"/>
PARTO NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PESO	<input type="checkbox"/>
			TALLA	<input type="checkbox"/>
			TIPO DE ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/>

MADURACIÓN NEURO-PSICO MOTRIZ

A los 3 meses _____

A los 6 meses _____

Al año _____

Observaciones: _____

Esquema básico de vacunación vigente SI NO

¿Está usted haciendo uso de medicamentos? SI NO

NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE GENÉRICO	POSOLÓGIA	INDICACIÓN

¿Está tomando anticonceptivos orales? SI NO

¿Ha tenido o tiene alguna de las siguientes enfermedades infecciosas?

	SI	NO		SI	NO
FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍFILIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B.K.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GONORREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

	SI	NO	CUALES		SI	NO	CUALES
ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		NEUROMUSCULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		OSTEOARTICULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIGESTIVAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		RENALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		RESPIRATORIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENDÓCRINAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TRAST. PSICOLÓGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HEMATOLÓGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TRAST. PSIQUIÁTRICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
METABÓLICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TRAUMÁTICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUROLÓGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		OTRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? SI NO ¿Cuál? ¿Cuales? ¿Cuándo? _____

Otros: _____

En caso de estar embarazada especificar:

Controlada SI NO Dónde: _____ Mes de embarazo: _____ Fecha probable de parto: _____

HÁBITOS

¿Fuma? SI NO Tipo de tabaco: Rubio Negro Filtro Cantidad diaria: - de 10 11 a 20 + de 20 SI NO

¿Bebe alcohol? SI NO Tipo: Cerveza Vino Destiladas Cantidad: En vaso o medidas por día

¿Consume drogas? SI NO Tipo: Marihuana Cocaína Otras

¿Mate? SI NO Cantidad: Litros por día

¿Caliente? SI NO ¿Muy caliente? SI NO ¿Con azúcar? SI NO ¿Con edulcorante? SI NO ¿Amargo? SI NO

¿Café? SI NO Cantidad en tazas por día

¿Caliente? SI NO ¿Muy caliente? SI NO ¿Con azúcar? SI NO ¿Con edulcorante? SI NO ¿Amargo? SI NO

¿Otras infusiones o bebidas? ¿Cuáles? _____

Cantidad en tazas o vasos por día

¿Caliente? SI NO ¿Muy caliente? SI NO ¿Con azúcar? SI NO ¿Con edulcorante? SI NO ¿Amargo? SI NO

¿Otros hábitos? SI NO ¿Cuáles? _____

Especificar por cuanto tiempo ha tenido cada hábito _____

Hábitos deformantes

SUCCIÓN SI NO

	SI TIEMPO EN AÑOS	
DEDO		
CHUPETE		
BIBERÓN		
LABIOS		
OBJETOS		
OTROS		

	FRECUENCIA		
	DIURNA	NOCTURNA	ESPORÁDICA

MORDER SI NO

	SI TIEMPO EN AÑOS	
LABIOS		
MEJILLAS		
UÑAS		
OBJETOS		
TEJIDOS		
OTROS		

	FRECUENCIA		
	DIURNA	NOCTURNA	ESPORÁDICA

ANTECEDENTES PERSONALES ODONTOLÓGICOS

Experiencia odontológica anterior: Muy buena buena satisfactoria mala

Fecha de la última visita

DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Ha recibido asistencia odontológica? Sí, en Facultad Sí, en otro lugar No

¿Ha recibido anestesia local? Sí No ¿Tuvo complicaciones? Sí No

¿Debe recibir algún anestésico local especial? Sí No ¿Cuál? _____

¿QUE TRATAMIENTO?	SI	NO
1 Enseñanza de cepillado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tratamiento paradencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Restauraciones dentarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tratamientos endodónticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Extracciones / Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ortodoncia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÁBITOS DE HIGIENE
¿Cuántas veces se cepilla por día?
0 = NO

DIENTES	ENCÍAS	LENGUA	PALADAR	PRÓTESIS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROCESO DE LA ERUPCIÓN (paciente niño)

Temprana	<input type="text"/>
Normal	<input type="text"/>
Tardía	<input type="text"/>

Aparición del primer diente temporal

EDAD EN MESES	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SUP.	<input type="text"/>
INF.	<input type="text"/>

Aparición de 1er. molar permanente

EDAD EN AÑOS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SUP.	<input type="text"/>
INF.	<input type="text"/>

Comienzo del recambio

AÑOS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECUENCIA NORMAL: SI NO

ESPECIFIQUE: _____

UTILIZA {
 Hilo SI NO
 Cepillo interdental

FLUOR {
 Sal SI NO
 Dentífricos
 Geles
 Enjuagatorios
 Comprimidos

¿Usa otros enjuagatorios? SI NO ¿cuáles? _____

¿Cuántas veces al día ingiere alimentos dulces?

¿Toma leche? SI NO Cantidad al día _____ ¿con qué? _____

¿Derivados de la leche? SI NO Cantidad al día _____ ¿cuáles? _____

¿Le sangran las encías? SI NO Espontáneo SI NO Al cepillado SI NO Al comer SI NO ¿Siente mal gusto? SI NO

¿Siente algún diente flojo? SI NO ¿Tiene algún diente que haya cambiado de lugar? SI NO

¿Al despertar tiene sensación de cansancio? {
 Cabeza SI NO
 Cara
 Cuello

¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? SI NO

¿Aprieta o frota los dientes? SI NO Cuando _____

¿Ha sentido o siente ruidos o trabas en las A.T.M. cuando abre o cierra la boca? SI NO

¿Acostumbra a morderse labios, mejilla, lengua y/o colocarse objetos en la boca? SI NO

Especifique _____

SI SE SOLICITA ENCUESTA DIETARIA, ADJUNTARLA

ANTECEDENTES FAMILIARES, MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS

EXAMEN GENERAL

Apreciación general
psico-física

Descripción

EXAMEN REGIONAL

PARTICULARIDADES

Descripción (observar y palpar)

Facies	SI	NO
Cuello	SI	NO
Ganglios	SI	NO
ATM Estática	SI	NO
ATM dinámica	SI	NO
Macizo facial	SI	NO
Mandíbula	SI	NO
Músculos	SI	NO
Apertura bucal	SI	NO
Desv. apert/cierre	SI	NO
Otros	SI	NO

EXAMEN DE FUNCIONES

RESPIRACIÓN

FONACIÓN

DEGLUCIÓN

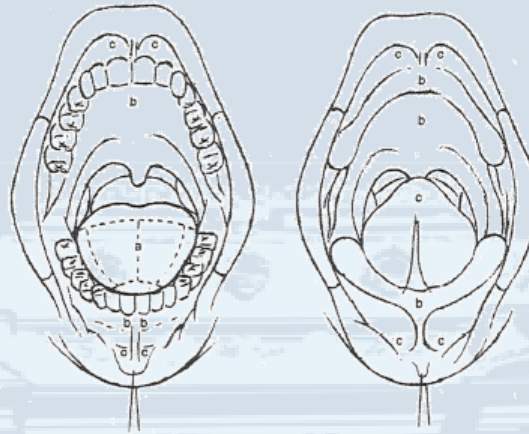
MASTICACIÓN

EXAMEN LOCAL

1) Continente

PARTICULARIDADES	con	sin
Esfínter oral anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mejillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paladar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piso de boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esfínter oral posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDIQUE Y MARQUE LESIÓN ELEMENTAL SI LA HAY
(con su mismo número)



LESIONES ELEMENTALES

- 1) MANCHA
- 2) PLACA
- 3) PÁPULA
- 4) VEGETACIONES Y VERRUGOSIDAD
- 5) ESCAMA
- 6) TUBÉRCULO
- 7) NÓDULO
- 8) VESÍCULAS - AMPOLLAS
- 9) EROSIÓN - ULCERACIÓN
- 10) ÚLCERA
- 11) GRIETAS - FISURAS
PLIEGUES
- 12) TUMORACIÓN
- 13) QUISTE

2) Contenido

a) lengua

HIGIENE Buena
Mala

TAMAÑO Chica
Mediana
Grande

POSICIÓN Normal
Retruida
Inter. Arco

MOVILIDAD Alteración con sin

TONICIDAD Hipertónica
Hipotónica

INSPECCIÓN

	Alteración con	sin	¿Cual?
Dorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bordes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Frenillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

INDICES GERODONTOLÓGICOS: _____

b) saliva

Cantidad Normal Disminuida Aumentada Ausencia

Consistencia Viscosa Fluida

c) rebordes

PARTICULARIDADES	con	sin
Rebordes y tablas alveolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rebordes residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DESCRIPCIÓN: _____

d) bridas y frenillos

PARTICULARIDADES	con	sin
Bridas y frenillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DESCRIPCIÓN: _____

Examen de Oclusión1. Signos de Maloclusión

No hay
 Leves
 Moderados
 y severos

2. MI y ORC ¿Coinciden? Primer contacto en RC _____
 SI NO

3. Trayecto RC - MI. Describir _____

4. Contactos dentarios

Lateralidad Funcional No Funcional

Derecha

Izquierda

Propulsión

Si el paciente es portador de prótesis removible repetir exámen con prótesis removible instalada

2. MI y ORC ¿Coinciden? Primer contacto en RC _____
 SI NO

3. Trayecto RC - MI. Describir _____

4. Contactos dentarios

Lateralidad Funcional No Funcional

Derecha

Izquierda

Propulsión

Análisis Funcional de la Oclusión (A.F.O)

¿Está indicada su realización? SI NO Fundamentos: _____

A.F.O. (anexarlo a la Historia Clínica)

EXAMEN DE LA ZONA MOTIVO DE CONSULTA

UNIVERSIDAD
 DE LA REPUBLICA
 URUGUAY

Examen Imagenológico

Tipo	Si	¿Que investiga?
Periapical		
Bitewing		
Oclusal		
Ortopantomografía		
Teleradiografía		
Sialografía		
Otros. ¿cuales?		

Hallazgos radiográficos

Para pacientes de Ortodoncia se adjuntará protocolo de exámenes paraclínicos que incluyen estudio de modelos y radiografías

Análisis clínicos de laboratorioOtros estudios

	si	no
Sangre		
Orina		

	si	no
Serología		
Microbiología		
Otros		

	si	no
Frotis		
Citopunción		
A. Patológica		

	si	no
Modelos		
Fotográficos		
Otros		

Análisis de Saliva

Secreción salival ml/min
Capacidad buffer
Estudio microbiológico:
<i>St. mutans</i> UFC/ml saliva
Lactobacilos UFC/ml saliva
Cándida UFC/ml saliva

(ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA)

Factores generales _____

Factores locales _____

Diagnóstico de riesgo _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

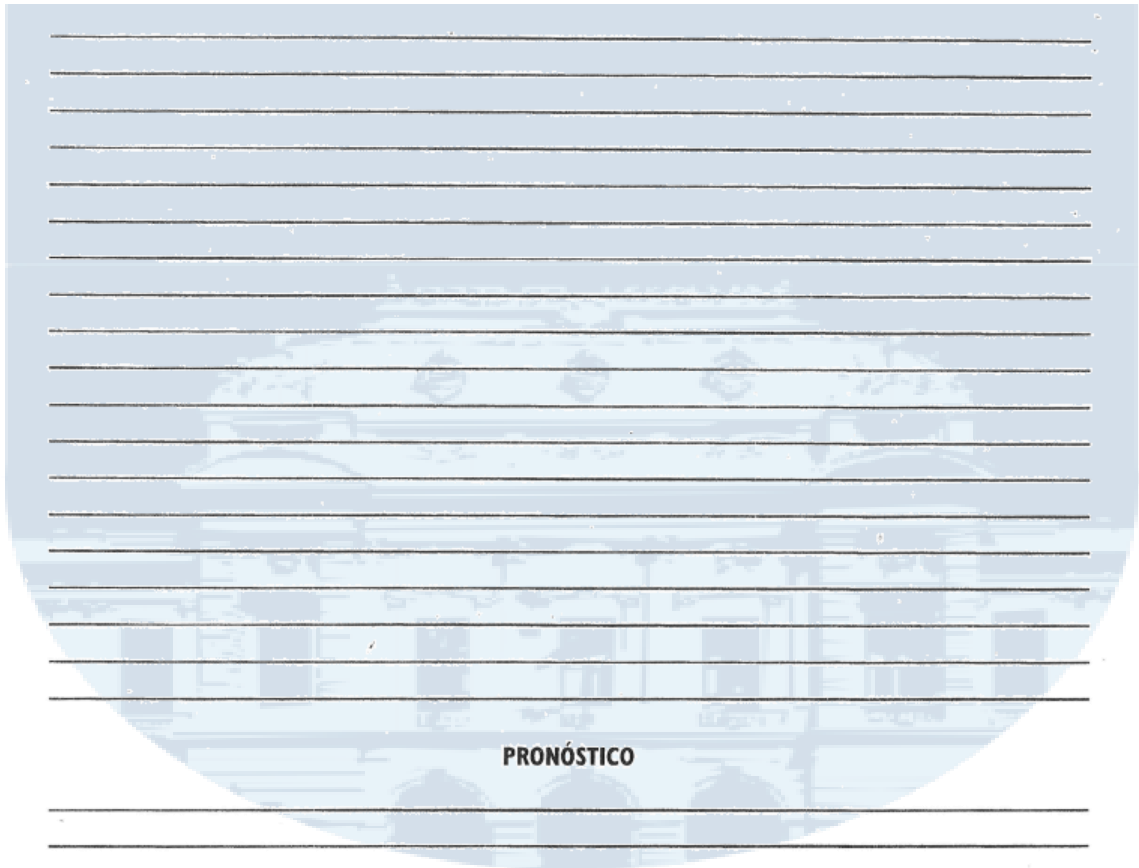
UNIVERSIDAD

DE LA REPUBLICA

Interconsultas _____

URUGUAY

DIAGNÓSTICO



PRONÓSTICO

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

TERAPIA SISTÉMICA

DERIVACIÓN MÉDICA

TERAPIA DE URGENCIA

TERAPIA BÁSICA

TERAPIA REHABILITADORA

PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Historia Clínica Periodontal

Definición:

Es la parte de la historia clínica del paciente destinada a recabar los síntomas y signos periodontales.

La interpretación de la información obtenida debe realizarse en conjunto con otros elementos recabados en la historia clínica.

A través de los datos recabados se elaborará un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento periodontal.

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

6. Sintomatología Periodontal y primera conclusión

Motivo de consulta

Síntoma: sensaciones subjetivas que experimenta el paciente, relatados en forma espontánea o guiados por el profesional a través del interrogatorio. Tienen un valor relativo, orientador y no determinante en el diagnóstico.

De cada síntoma debemos preguntar:

- **¿Cómo se presenta?** si es continuo o a empujes, siempre igual o intermitente y su intensidad.
- **¿Cuándo?** Espontáneo o provocado. Se registra si es precipitado por algún elemento, por ejemplo el cepillado.
- **¿Dónde?** En que sector bucal y si es localizado o difuso.
- **¿Desde cuándo?** Cuánto tiempo hace que lleva instalado el síntoma.

- **Sangrado:** es el único síntoma patognomónico de Enfermedad Periodontal, su presencia confirma la enfermedad.
- **Sangrado espontánea:** poco frecuente y se vincula generalmente con una discrasia sanguínea.
- **Sangrado provocado:** es el más común. Consecuencia por lo general del cepillado dentario o masticación. El sangrado se corresponde con la ulceración del epitelio del surco.
- **Mal gusto:** aliento desagradable que siente el paciente. Puede ser de origen bucal (caries, bolsas patológicas, amígdalas hipertróficas) o extrabucal (reflujo gástrico).
- **Halitosis:** es el mal aliento relatado por las personas cercanas al paciente.
- **Dolor:** síntoma poco frecuente en periodoncia, relacionado a episodios agudos como el absceso periodontal, gona, geha.

- **Sensación de movilidad dentaria:** el paciente relata sentir movimiento en sus piezas dentarias, esto puede corresponderse a diferentes etiologías, no es patognomónico de enfermedad periodontal.
- En cuadros avanzados es un síntoma frecuente.
- **Hipersensibilidad:** causada por diferentes etiologías, no es patognomónico de enfermedad periodontal. En el caso de que el paciente presente enfermedad periodontal se relaciona con la pérdida de inserción y la exposición radicular al medio bucal. la recesión gingival determina la exposición al medio bucal.

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA

URUGUAY

- **Migraciones dentarias**

El paciente relata que alguna de sus piezas han cambiado de posición con el tiempo. Esta migración puede ser provocada, en el caso que el paciente relate la causa o espontáneo cuando el paciente no identifica su causa. Ejemplo de migración dentaria es la presencia de diastemas en dientes anteriores, sean superiores o inferiores, no necesariamente relacionados a posición de frenillos.



Primera Conclusión – Interpretación de Síntomas

Una vez que estudiamos los síntomas podemos llegar a la primera conclusión de la historia clínica periodontal:

- ¿Hay seguridad de enfermedad periodontal? La sola presencia de sangrado confirma la seguridad de enfermedad gingivoperiodontal.
- Frente a la positividad de cualquier otro síntoma pero negativo al sangrado, no hay seguridad de enfermedad periodontal.

Sintomatología Paradencial

<i>Sangrado provocado</i>		<i>Halitosis</i>		<i>Dolor</i>	
<i>Sangrado espontáneo</i>		<i>Hipersensibilidad dentaria</i>		<i>Migración provocada</i>	
<i>Movilidad</i>		<i>Tumefacción</i>		<i>Migración espontánea</i>	

Seguridad de Enfermedad Periodontal

SI
NO

7. Factores de Riesgo

Definición:

- El término **factor de riesgo** puede indicar un aspecto del comportamiento personal o del estilo de vida, una exposición ambiental o un rasgo congénito o heredado del cual se sabe, sobre la base de evidencias epidemiológicas, que está asociado con estados que se vinculan con la enfermedad.
- Esta clase de atributos o de exposición puede asociarse con una probabilidad mayor de manifestación de la enfermedad sin ser necesariamente factor causal.
- Un factor de riesgo puede ser modificado por una intervención, con lo cual se reduce la probabilidad de que ocurra la enfermedad. Los factores de riesgo son confirmados por estudios epidemiológicos longitudinales.

- **Un indicador de riesgo** es un potencial factor de riesgo. A diferencia del factor de riesgo, el indicador de riesgo ha sido confirmado solamente por estudios transversales. Un ejemplo es el stress.
- **Un marcador de riesgo** es una característica estrechamente asociada con la enfermedad, por ejemplo, sangrado al sondaje, profundidad de sondaje, supuración, movilidad, etc.
- Debemos definir dos términos importantes en esta temática: **indicadores de riesgo y marcadores de riesgo.**

- Dentro de los factores de riesgo de las enfermedades periodontales figuran:
- Hábito de fumar.
- Diabetes Mellitus
- Historia de haber padecido enfermedad periodontal
- Por otra parte está el factor de susceptibilidad que es la genética o factor de fondo.

Hábito de fumar

- El Uruguay está considerado uno de los países con mayor prevalencia de tabaquismo (35-40% del total de la población), siendo más frecuente en hombres que en mujeres y en los estratos más bajos.
- En los países occidentales hasta un 50% de las periodontitis son atribuibles al hábito de fumar.
- Aumenta 4 veces la probabilidad de desarrollar Periodontitis.
- Existe asociación dosis-respuesta.
- La relación que existe entre el hábito de fumar y la enfermedad periodontal se debe a los posibles efectos de varias sustancias: Nicotina, Monóxido de Carbono, Cianuro de Hidrógeno, etc.
- El tabaco actúa fundamentalmente a nivel del sistema vascular, la respuesta inmuno-inflamatoria y la toxicidad radicular. Interviene en la destrucción de los tejidos periodontales.
- Los fumadores presentan disminución del sangrado al sondaje, de la respuesta inflamatoria y del edema.

- En estos pacientes se describe la persistencia de patógenos periodontales luego del tratamiento periodontal.
- El monóxido de carbono favorece el crecimiento de bacterias anaerobias y daña a las células relacionadas con la protección del periodonto como los neutrófilos.
- La respuesta al tratamiento es dosis dependiente.
- El cese del hábito de fumar mejora la respuesta al tratamiento periodontal y es tiempo dependiente.
- En la terapia de soporte periodontal los pacientes pierden hasta 2 veces más piezas dentarias que los no fumadores, además de ser los que peor cumplen con las citas de mantenimiento.
- Es fundamental lograr la inserción de estos pacientes en Programas de Cesación de Tabaco.

Diabetes Mellitus:

Es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la alteración de la tolerancia a la glucosa y del metabolismo de los hidratos de carbono, así como los lípidos y las proteínas. Se caracteriza por hiperglucemia crónica, presentándose clínicamente con signos de polidipsia, poliuria y polifagia. La Academia Dental Americana (2001) la clasifica en: Primarias (Tipo 1, Tipo 2) y Secundarias (consecuencias de otros tipos de trastornos).

La prevalencia de diabéticos en el Uruguay ronda el 8% (con una relación de 90% Tipo 2 y 10% Tipo 1), mientras que otro 8% tiene glucemias alteradas no diagnosticadas aún como Diabetes, según la Asociación de Diabéticos del Uruguay (2004).

Los diabéticos tienen 3 veces más posibilidades de sufrir enfermedad periodontal que los no diabéticos.

La pérdida de inserción periodontal es mayor en los pacientes diabéticos con un control metabólico escaso.

La hiperglucemia crónica crea un medio ambiente donde existe una glucosidación no enzimática de diversas proteínas, lo que lleva a una acumulación de productos finales de glucosilación avanzada, conocidos como AGE, los cuales en individuos normales se sintetizan, pero en los diabéticos están muy aumentados.

Estas sustancias al unirse a receptores de membranas (RAGE) de monocitos/macrófagos dan por resultado un fenotipo celular destructivo con mayor sensibilidad a los estímulos (lipopolisacáridos bacterianos) que produce una liberación masiva de citoquinas proinflamatorias: IL – 1beta, IL – 6, FNT alfa, PGE2, así como compuestos oxidativos, lo que contribuye a la mayor pérdida de inserción periodontal, a la inflamación crónica y al retardo en la cicatrización.

En los pacientes diabéticos no controlados está disminuída la quimiotaxis, fagocitosis y trastornos de adherencia. Tienen aumentada la síntesis de metaloproteinasas de la matriz (colágenasa B-glucoronidasa y elastasa).

A nivel microvascular, se compromete seriamente el funcionamiento de los vasos sanguíneos debido a:

- * alteración de la función de las células endoteliales.
- * acúmulo progresivo de los AGE.
- * proliferación aumentada de las células del músculo liso por parte de los AGE.

Todos estos fenómenos desencadenan un aumento en el grosor de la pared de los vasos alterando el transporte normal homeostático.

Está disminuida la síntesis y el crecimiento de la matriz conjuntiva y ósea.

Los AGE conducen a macromoléculas de colágeno muy estables y resistentes a la degradación enzimática normal y al recambio tisular.

Los fibroblastos presentan disminuida la liberación de factores de crecimiento fundamentales para los fenómenos cicatrizales.

Existen muy pocas diferencias entre la microflora subgingival de los sitios con periodontitis de los individuos con y sin diabetes.

La respuesta al tratamiento en los pacientes bien controlados no difiere de los no diabéticos; mientras que en los pacientes mal controlados tienen una respuesta menos favorable.

Siempre que nos enfrentamos a un paciente diabético, lo primero que debemos realizar es una interconsulta con el médico tratante para:

- informarnos acerca de la evolución de la enfermedad en nuestro paciente.
- informarle la patología bucal que presenta, así como el tratamiento que realizaremos.
- informarle acerca de la preparación sistémica que sugerimos.

Es crucial trabajar en conjunto al médico tratante, ya que tanto la diabetes como la enfermedad periodontal son dos enfermedades crónicas por lo que el paciente estará bajo mantenimiento por ambos cuadros, tanto con el médico como con el odontólogo.

Genética

Los factores de riesgo genéticos (no modificables) se denominan factores de susceptibilidad.

Hoy día se los considera factores de fondo.

La periodontitis crónica tiene un 50% de heredabilidad y la Periodontitis Agresiva un 70%.

Un 20% de la periodontitis es consecuencia del biofilm, mientras que alrededor de un 50% corresponde a la variabilidad genética.

Los monocitos de estos individuos pueden sintetizar hasta un cuádruple más de IL-1beta.

Puede existir una conjunción de múltiples genes en la susceptibilidad a la enfermedad periodontal, por lo tanto debemos considerar a la periodontitis como una enfermedad poligénica.

Se tiende a denominar a la periodontitis como una enfermedad genética compleja, ya que el fenotipo está determinado por la constitución genética así como por las influencias ambientales que intervienen sobre el individuo.

En las formas “raras” de periodontitis relacionadas a Síndromes (por ejemplo Papillón-Lefevre) se han detectado mutaciones genéticas responsables de estos cuadros, básicamente los relacionados con alteraciones en la codificación de la Catepsina C o falta de adhesión leucocitaria.

En la clínica es importante investigar acerca de los antecedentes familiares de enfermedades gingivoperiodontales así como citar a los familiares directos al enfermo para realizar el diagnóstico a nivel gingivoperiodontal.

Historia de enfermedad periodontal

Se consulta al paciente si ha padecido enfermedad periodontal en el pasado y si ha recibido tratamiento periodontal.

La enfermedad periodontal es una enfermedad crónica y como tal merece un control permanente.

El tratamiento que realizamos nos permite lograr salud periodontal pero solo es posible mantenerla a través de la terapia de soporte periodontal a lo largo de la vida.

El tener historia de enfermedad periodontal nos habla acerca de su susceptibilidad a esta enfermedad.

Factores de Riesgo:

Tabaco

Diabetes Mellitus

Genética

Historia de Enfermedad Periodontal

8. Examen Clínico Periodontal

Debemos conocer perfectamente las características de normalidad tanto clínicas como radiográficas para poder detectar desviaciones hacia lo anormal o patológico.

Debemos incluir:

Evaluación de placa microbiana

Evaluación de retenedores de placa microbiana, sea tártaro, obturaciones defectuosas, caries, malposiciones dentarias, defectos anatómicos dentales (proyecciones de esmalte, surcos de desarrollo, etc.).

Exploración de los tejidos gingivales.

Verificar la presencia o ausencia de sangrado luego del sondaje gingival.

Sondaje de los surcos o las bolsas periodontales.

Sondaje de las bi o trifurcaciones

Evaluación de la movilidad dentaria

Evaluación de la función oclusal

Análisis de las radiografías periapicales.

Inspección de tejidos blandos

Su principal objetivo es detectar la presencia de procesos inflamatorios que comprometan a los tejidos marginales, alteraciones en la posición o arquitectura del margen gingival. También se debe evaluar la posición de los frenillos y bridas.

En este momento debemos evaluar el biotipo gingival y la tonicidad labial observando si el paciente logra el sellado labial sin mayores esfuerzos.

Debemos evaluar de cada sector gingival enrojecimiento, edema, alteración de la forma y consistencia gingival, sangrado luego del sondaje gingival y/o supuración.

Sondaje periodontal.

El periodontómetro debe introducirse en el surco o bolsa, procurando que su punta deslice suavemente sobre la superficie dentaria (para evitar traumatismos al paciente) hasta notar un tope, el cual seguramente se trate del fondo del surco o bolsa. Desde este punto se procede a recorrer toda la circunferencia del diente que se examina.

Esta maniobra de examen periodontal está sujeta a variaciones entre un clínico y otro lo cual ha sido asociado con variables inherentes al operador y al estado de los tejidos, entre las que se encuentran:

- * resistencia del tejido gingival determinada por la presencia o ausencia de inflamación gingival.
- * fuerza aplicada durante el sondaje
- * diámetro de la sonda periodontal
- * angulación empleada.

Bi y trifurcaciones

Para explorar adecuadamente el área furcal es necesario su sondeo en sentido horizontal y complementarlo con el sondeo vertical, con el propósito de determinar la pérdida de inserción clínica tanto en dirección vestibulo lingual/palatina como ocluso apical.

Teniendo en cuenta el recorrido horizontal tortuoso e irregular del área furcal es aconsejable realizarlo con una sonda periodontal (Nabers) en el sentido horizontal y con un periodontómetro en el sentido vertical.

La exploración horizontal en molares inferiores se realiza por lingual y vestibular, en caso de molares superiores la furca vestibular se explora por vestibular, la furca mesial por mesiopalatino y la furca distal tanto por vestibular como por palatino.

Es prudente frente a lesiones furcales verificar la vitalidad pulpar.

Evaluación de la movilidad dentaria

Frecuentemente el clínico sobrestima la movilidad dentaria y la emplea como el único recurso de valoración periodontal.

La evaluación de la movilidad dentaria siempre debe ser acompañada de otros parámetros clínicos y radiográficos.

Partiendo de esto se recomienda que frente a una pieza con movilidad se establezca el nivel de inserción clínico, profundidad de las bolsas, examen oclusal, nivel óseo radiográfico, longitud radicular, grado de ensanchamiento del ligamento periodontal, para así determinar la posible causa de la movilidad dental.

La movilidad puede responder a un cuadro periodontal, a trauma oclusal, enanismo radicular, procesos agudos apicales, embarazo entre otros.

Por otra parte debemos evaluar si esta movilidad es de carácter progresivo o se encuentra incrementada pero no progresa en el tiempo.

a) Instrumental de Inspección

Respecto a este punto el Consejo de la Facultad de Odontología resolvió:

(Exp. 091100-001683-09) - VISTO la nota elevada por el Catedrático de Parodontología, Prof. Dr. Luis Bueno y considerando que lo expresado se enmarca en la filosofía de abordaje de la salud bucal, definida por la Facultad, el Consejo de Facultad resuelve:

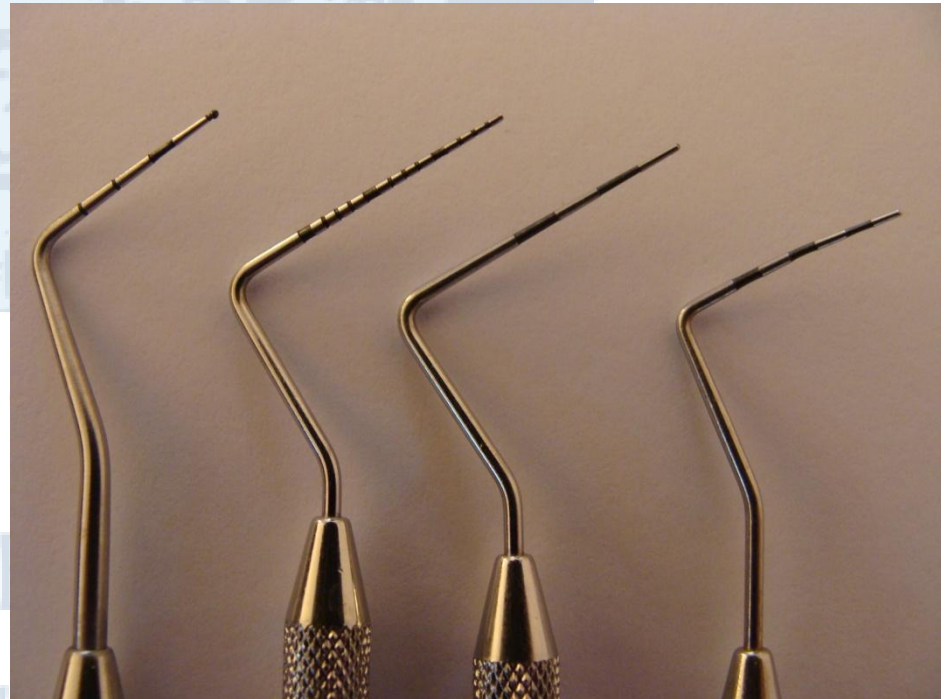
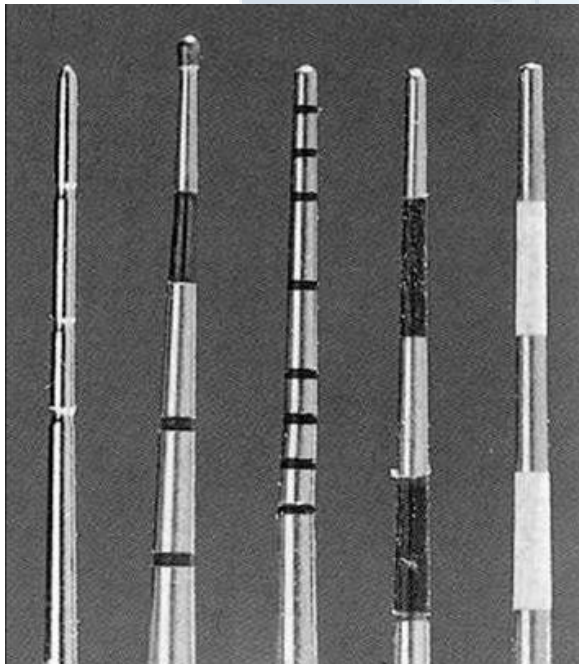
- 1) INCORPORAR el periodontómetro de Michigan a la bandeja de inspección.
- 2) BRINDAR la difusión correspondiente. (Rep. No. 517/09). (7 en 7).

Los instrumentos que componen una bandeja de inspección son:

- Espejo
- Pinza
- Sonda exploradora
- Periodontómetro de Michigan.

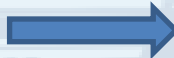


El **periodontómetro** es un instrumento compuesto de un mango y una parte activa de forma cilíndrica calibrado de extremo redondeado.



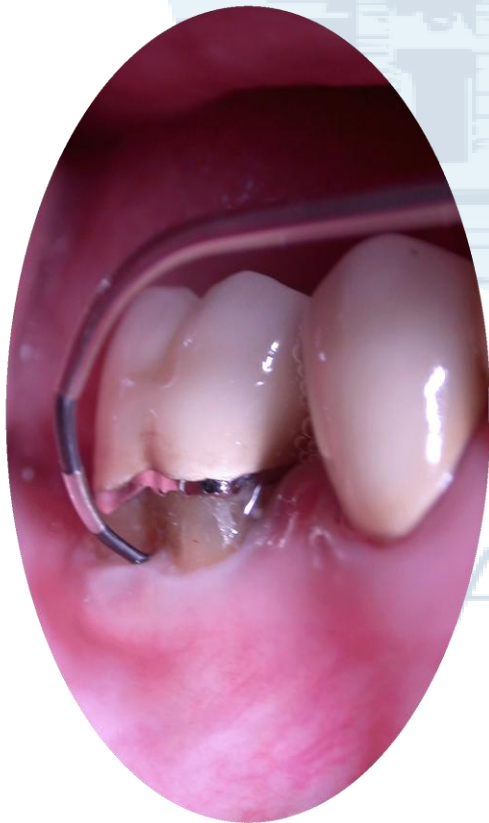
URUGUAY

Tipos de periodontímetros:

- **Michigan:** graduado cada 3mm. 
- **OMS:** periodontímetro utilizado para realizar el índice CPITN.
- **Carolina del Norte:** graduado cada 1mm.



- **Sonda de Nabers:** especialmente diseñada con angulación para facilitar el diagnóstico de las lesiones furcales.



Usos del periodontómetro:

Se utiliza para la medición de la profundidad de la bolsa patológica, del nivel de inserción, del aumento de corona clínica, para detectar presencia de tártaro subgingival, ubicación del límite amelocementario, etc.

Se considera imprescindible para la realización del periodontograma.

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

b) Indices del Paradencio Marginal y segunda conclusión

I) Índice de Placa (O´Leary y col, 1972)

Fue desarrollado para registrar la presencia de placa sobre las superficies dentales individuales (mesial, distal, vestibular y lingual/palatino). Este registro permite observar en el paciente el acúmulo de placa microbiana en las piezas dentarias. Tiene efectos educativos, motivacionales para el paciente y diagnósticos para el operador.

El registro se realiza con solución colorante (dos tonos).

Se pintan todas las superficies dentales expuestas, luego el paciente se enjuaga la boca con agua, y el operador usando un espejo, examina cada superficie teñida por depósitos blandos acumulados en las caras dentarias. El registro positivo de cada superficie se hace efectivo en el casillero correspondiente destinado a tal fin. Si encontramos placa marcamos con 1, en caso negativo 0.

Índice de placa :
Consulta diagnóstica



Índice de placa:
Terapia de mantenimiento



Control de Placa Microbiana

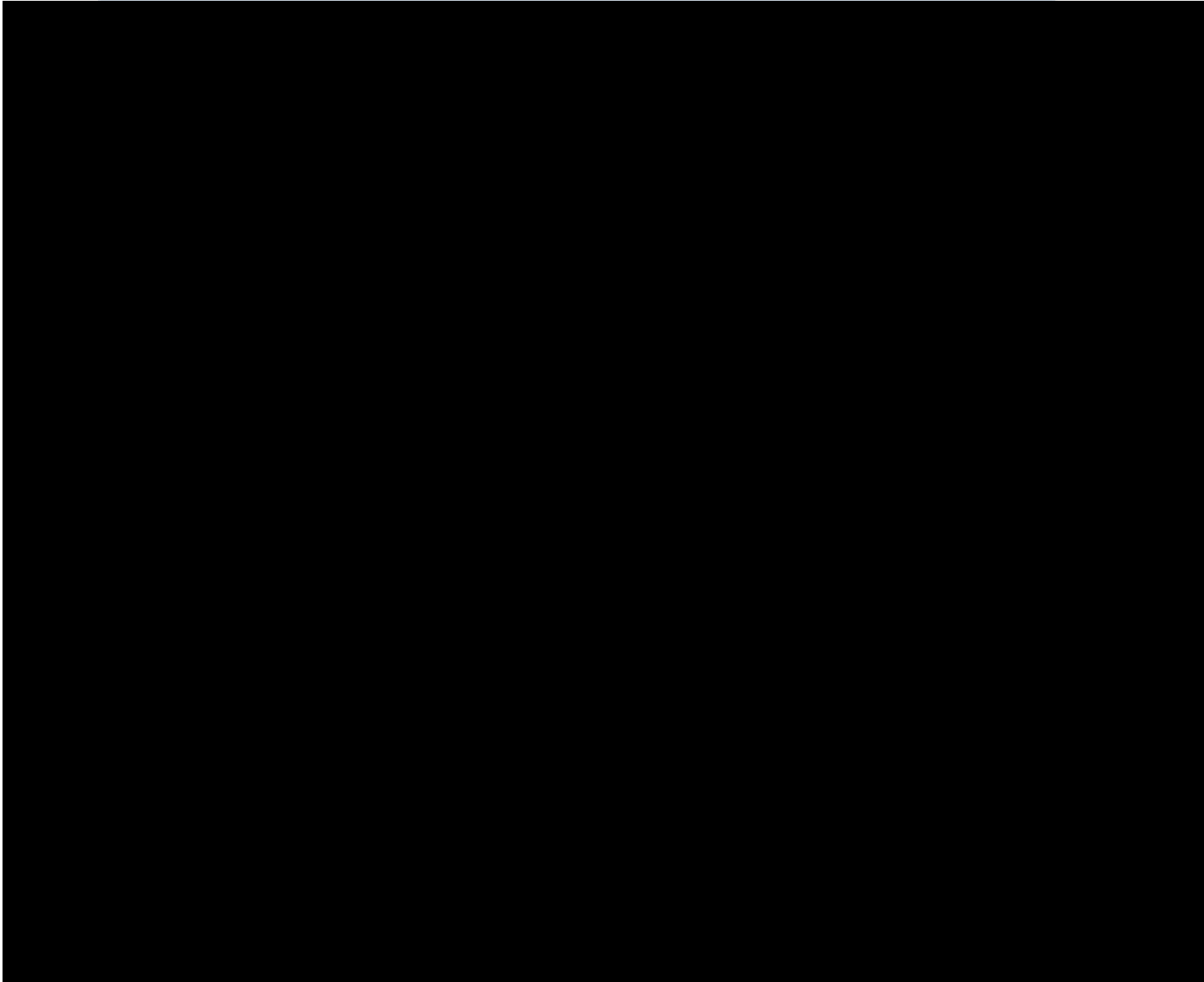


Control de Placa Microbiana



URUGUAY

Indice de Inflamación Gingival



III) Índice de Sarro – O’Leary

El sarro, tártaro o cálculo es la biopelícula calcificada que se deposita sobre las superficies dentarias u otras estructuras duras de la boca (restauraciones, prótesis, etc).

Se localiza más frecuentemente en áreas adyacentes a la salida de los conductos de las glándulas salivares, esto es en vestibular de los molares superiores (parótida/conducto de Stenon) y en las caras linguales de los dientes anteriores (sublinguales/conducto de Wharton)

Es un índice que califica con “0” a la ausencia de sarro y con “1” a la presencia.

Se examina solo por vestibular y lingual.

Para realizar este índice nos valemos de luz, campo seco y espejo bucal.

El sarro es un retenedor de placa microbiana y no es causa desencadenante de las enfermedades gingivoperiodontales.

Índice de Sarro (Oleary)

V																
P																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
L																
V																

Tártaro Dental



c) Estudio del Paradencio Profundo

EXAMEN DE LA OCLUSIÓN.

Iniciamos el estudio llevando la mandíbula a relación céntrica *. Buscaremos el primer contacto en RC, el cual se identifica visualmente, con papel de articular o ambas. Desde aquí se solicita ocluir completamente hasta alcanzar el máximo contacto entre los dientes - "Oclusión Céntrica". Estudiamos si hay coincidencia de la OM con la RC. A esta trayectoria se la denomina deslizamiento en céntrica. Ante la presencia de este desplazamiento, no hay coincidencia entre la OM y la RC del paciente. Histológicamente no se ha podido comprobar la presencia de trauma oclusal por esta causa.

Luego se estudian los movimientos excursivos (lateralidad y protrusión) examinando los contactos dentarios que allí se presenten, tanto los funcionales como las interferencias.

En el caso que el paciente sea portador de prótesis, repetiremos el examen de la oclusión con las prótesis.

Frémito: signo que mediante maniobra clínica permite detectar la medida de vibración y desplazamiento de los dientes al ocluir en máxima intercuspidad. Colocamos el pulpejo del dedo sobre vestibular de las piezas y le solicitamos al paciente que realice movimiento de apertura y cierre, valorando así el movimiento individual de la pieza dentaria a examinar.

Recordamos en este momento que el trauma oclusal es un factor de riesgo local de periodontitis.

- Remitirse para profundizar en esta maniobra a los textos disponibles en biblioteca .del Dr. Okeson y del Dr. Dawson.

Relación Céntrica



DE LA REPUBLICA

URUGUAY

Oclusión Máxima



Propulsión



URUGUAY

Lateralidad Derecha



Lateralidad Izquierda



U
D

A D
CA

OROGUAT

Examen de la Oclusión



U
D

D
CA

Periodontograma

Es un diagrama diseñado específicamente para el estudio del paradencio profundo.

Las mediciones las tomamos con el periodontómetro de Michigan y se expresan en milímetros.

Se comienzan los registros por la última pieza en boca del cuadrante 1 y se continúa en el orden establecido en el periodontograma.

Se mide en 4 sitios de cada diente, 3 medidas por vestibular (mesio-vestibular, vestibular, disto-vestibular) y 1 por palatino o lingual (el de mayor profundidad una vez recorrida toda la cara del diente). Hay autores que preconizan realizar 3 medidas por la cara mencionada.

Periodontograma

Nombre del paciente: _____

Inicial

DIA	MES	AÑO

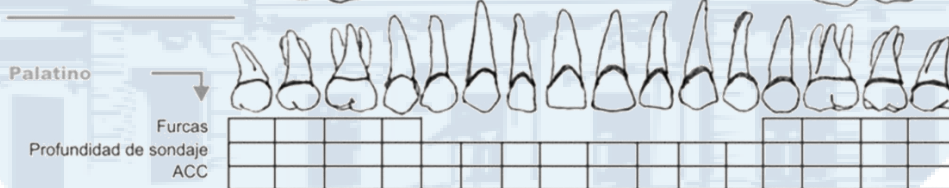
Reevaluación

DIA	MES	AÑO

Mantenimiento

DIA	MES	AÑO

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Pronóstico individual																
Problemas mucogingivales																
Movilidad																
Profundidad de sondaje																
ACC																
Furcas																



	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
ACC																
Profundidad de sondaje																
Furcas																



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Furcas																
ACC																
Profundidad de sondaje																
Movilidad																
Problemas mucogingivales																
Pronóstico individual																

Diagnóstico:

Salud periodontal Gingivitis Periodontitis crónica

Periodontitis agresiva

Registrar en el periodontograma:

1-Pérdida de inserción: lo realizamos sumando la medida de la bolsa periodontal más el aumento corona clínica.

2- Bolsa patológica: se mide desde el margen gingival hasta donde llega el periodontómetro.



IVERSIDA
LA REPUBLI
URUGUAY

3- Aumento de corona clínica: se mide desde el límite amelocementario hasta el margen gingival.

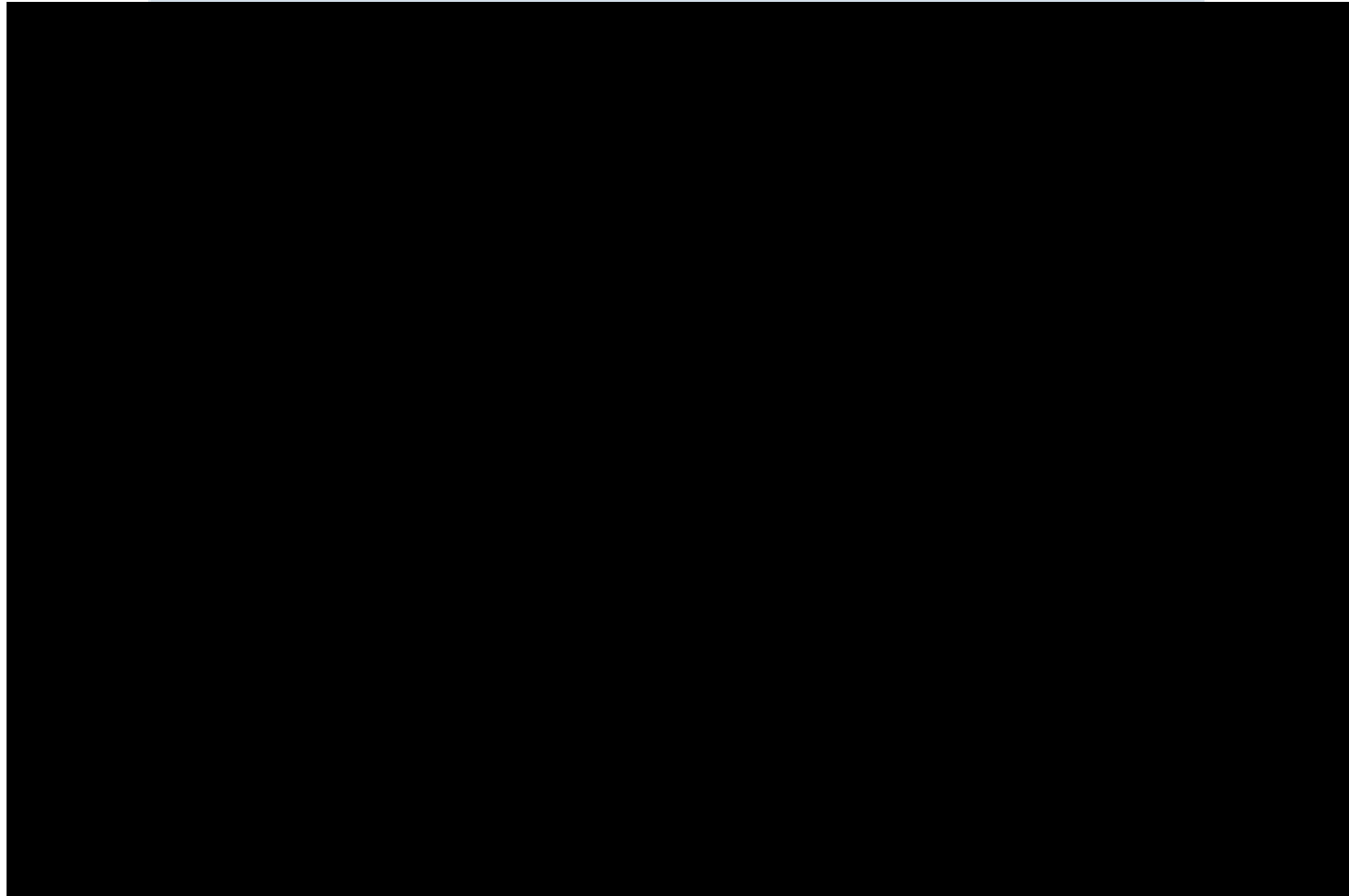
En el caso que la pieza dentaria presente una restauración total se debe tomar el margen de la restauración como el límite amelocementario.

Se registra, por vestibular y por palatino o lingual anotando una sola medida, la mayor.



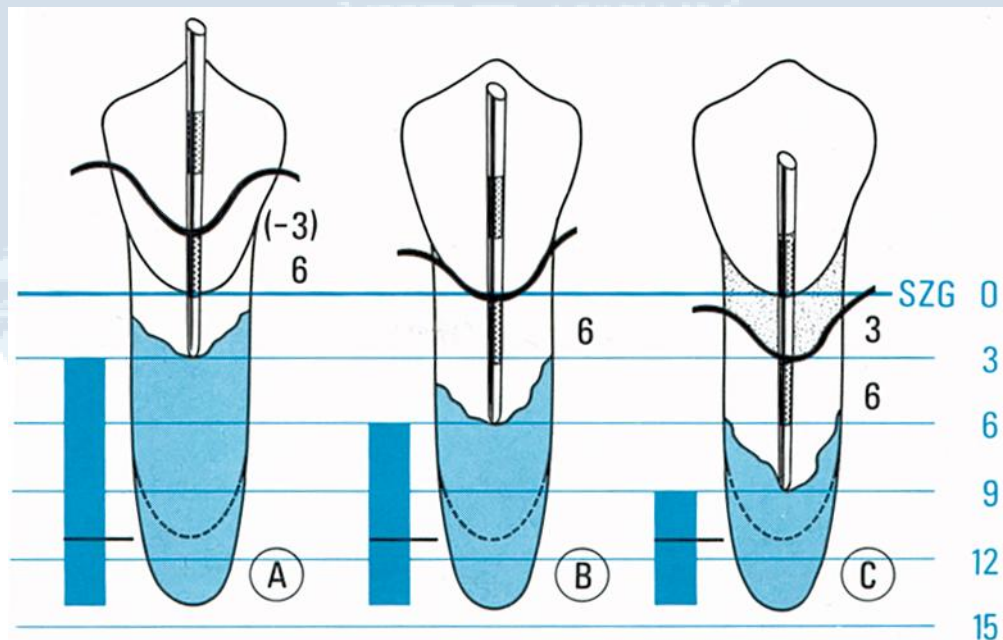
4- Seudobolsa: se mide desde el margen gingival hasta el límite amelocementario y se expresa la medida con un número negativo, por ejemplo -6mm; -7mm.

Medición de Bolsas Periodontales



DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Ejemplos de mediciones en el periodontograma



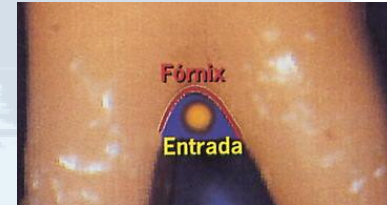
A- pseudobolsa de 3mm y 3 mm de profundidad del surco gingival.

B- Bolsa patológica de 6 mm de profundidad.

C- Aumento de corona clínica de 3mm y 6mm de profundidad de bolsa.

Registros realizados con el periodontómetro de Michigan (calibrado cada 3mm).

5- Lesión de Furca

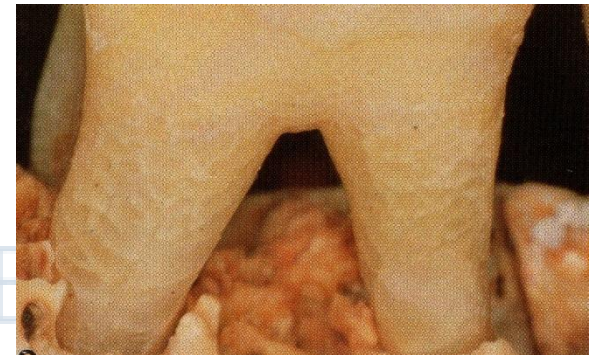


Definición: Es la reabsorción ósea patológica dentro de una furcación.

GRADO 1

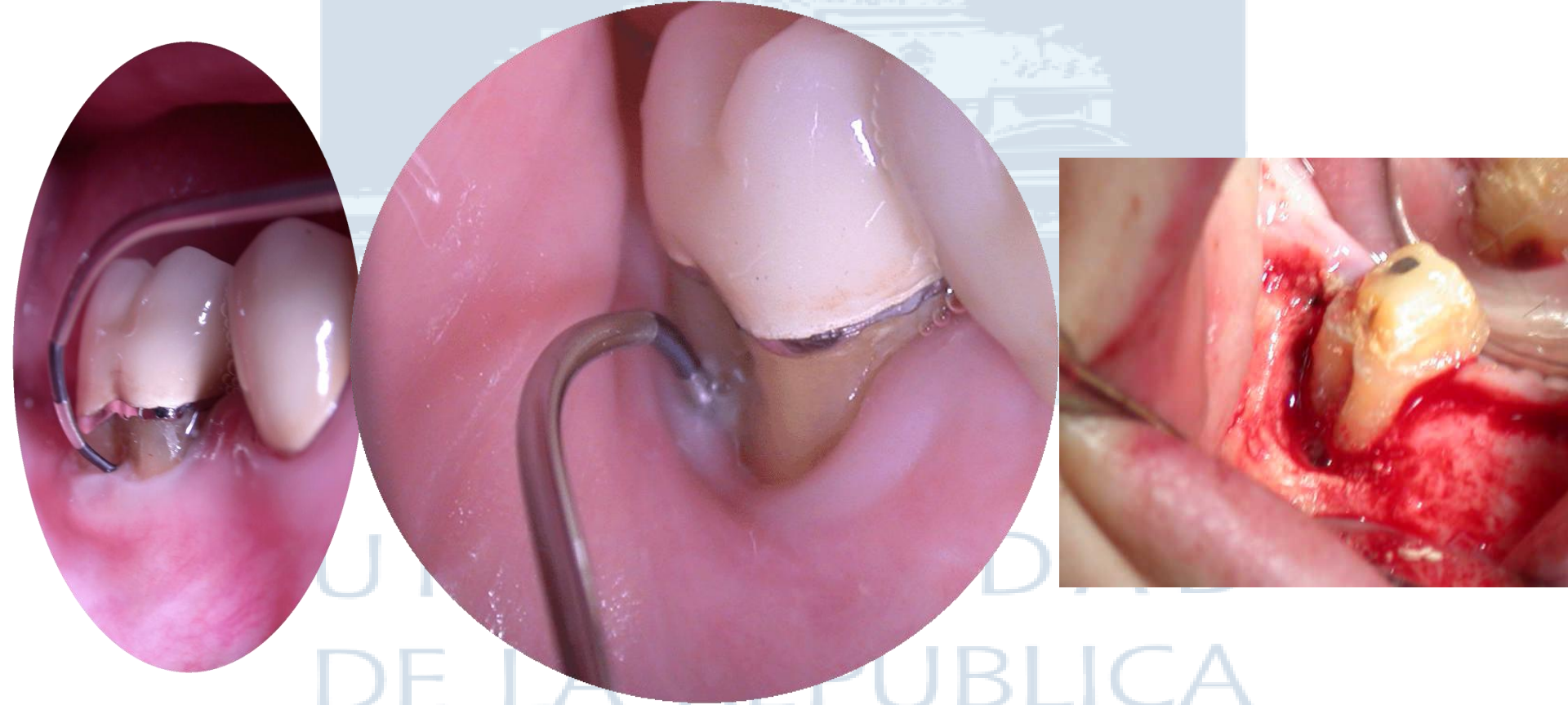
GRADO 2

GRADO 3



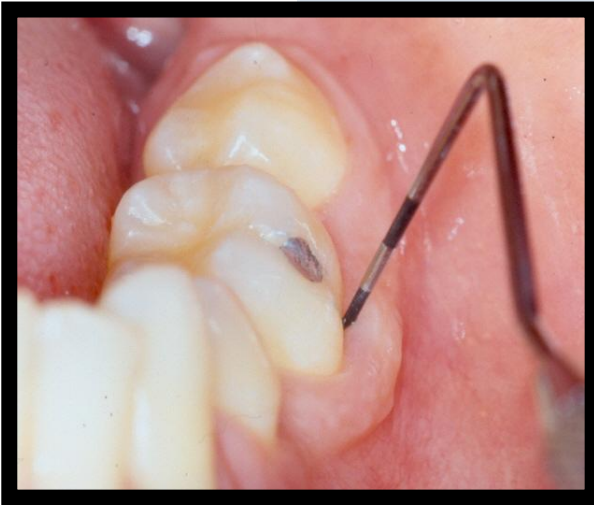
URUGUAY

Compromiso de furcaciones



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Furca Grado 1



Furca Grado 2



Furca Grado 3



Furca Grado 4



Clasificación de Lesiones de Furcación

Clasificación del componente horizontal

Hamp, S; Nyman,S; Lindhe,J, 1975.

- * Grado 1: pérdida horizontal que no excede el tercio del ancho dentario.
- * Grado 2: pérdida horizontal que excede un tercio del ancho, pero no incluye el total (túnel sin salida).
- * Grado 3: pérdida horizontal de lado a lado de los tejidos de la zona de la furcación.
- Grado 4: grado 3 expuesta.

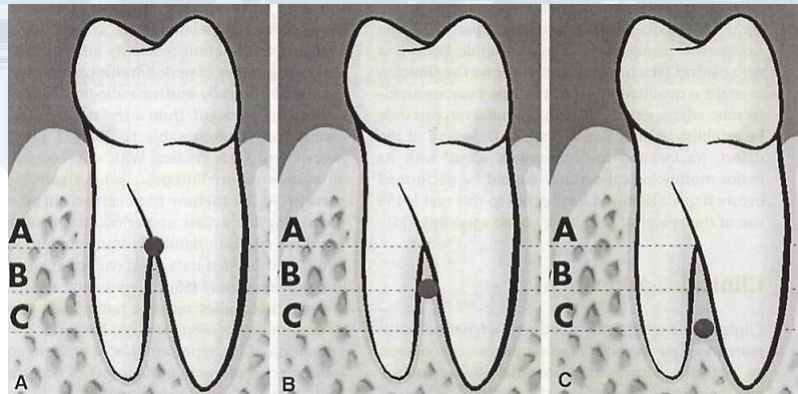
Clasificación del componente vertical

Tarnow D, Fletcher P, 1984.

Subclase A: 1 – 3mm

Subclase B: 4 – 6mm

Subclase C: 7 o más



En el periodontograma debemos registrar la afectación furcal horizontal en el espacio destinado a furcaciones, por otro lado el componente vertical será registrado a través de la pérdida de inserción.

6- Evaluación de la Movilidad Dentaria

La movilidad es un síntoma y un signo multifactorial, por lo cual se debe evaluar en conjunto al nivel de inserción clínica, profundidad de bolsa patológica, nivel radiográfico del soporte óseo, longitud radicular, grado de ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, presencia de furcaciones, presencia de lesiones periapicales, etc. De esta forma se logra definir su etiología.

La movilidad puede estar asociada a periodontitis avanzada, trauma oclusal, embarazo, enanismo radicular, tratamiento ortodóncico, procesos agudos periapicales entre otros cuadros patológicos.

Es importante poder definir si se trata de una movilidad progresiva o incrementada.

La movilidad se registra sujetando la pieza dentaria con una pinza de algodón cerrada en la fosa central de una pieza posterior. Al registrar piezas anteriores se toma la pieza con la pinza de algodón por vestibular y lingual/palatino.

También se puede evaluar con la sujeción de la pieza con 2 instrumentos rígidos.

La movilidad se evalúa de la siguiente manera:

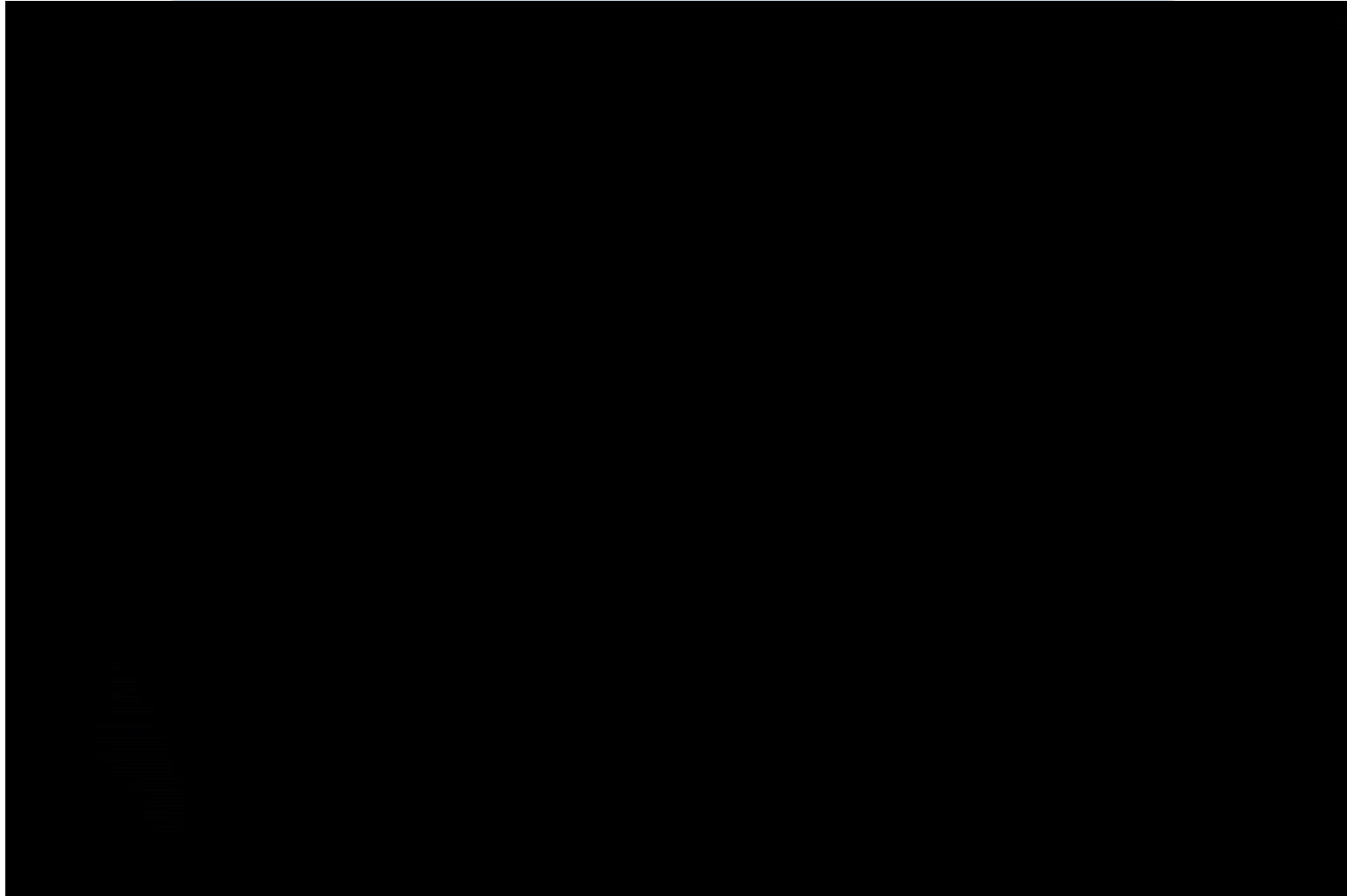
- * Grado 1: de 0,2 - 1mm en sentido horizontal.
- * Grado 2: mayor a 1mm en sentido horizontal.
- * Grado 3: también en sentido vertical.

Evaluación de la Movilidad Dentaria



URUGUAY

Evaluación de la Movilidad Dentaria



URUGUAY

7- Complicación mucogingival

La complicación mucogingival se define como la falta de encía insertada acompañada de inflamación.

Registramos la presencia de la misma

- **Complicación mucogingival**



URUGUAY

Mínima encía insertada



Falta de encía insertada asociada a inserción de brida



DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Complicación mucogingival



URUGUAY

Complicación mucogingival



DE LA REPUBLICA

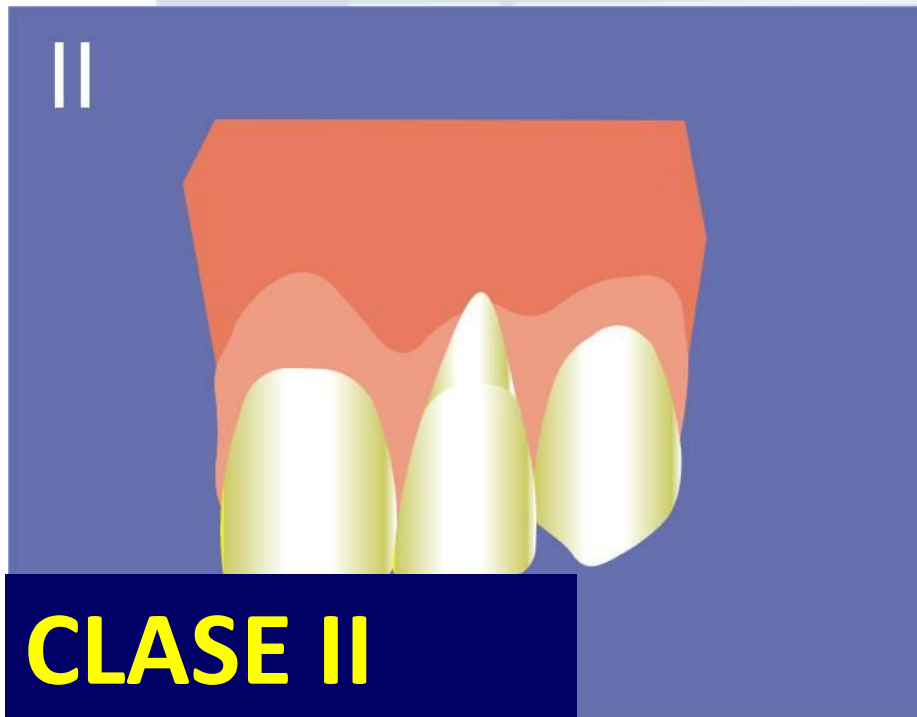
URUGUAY

Clasificación de Recesiones Gingivales Miller, P, 1985.

Recesión gingival que no llega a la línea mucogingival y no se presenta pérdida ósea ni de tejido blando proximal.

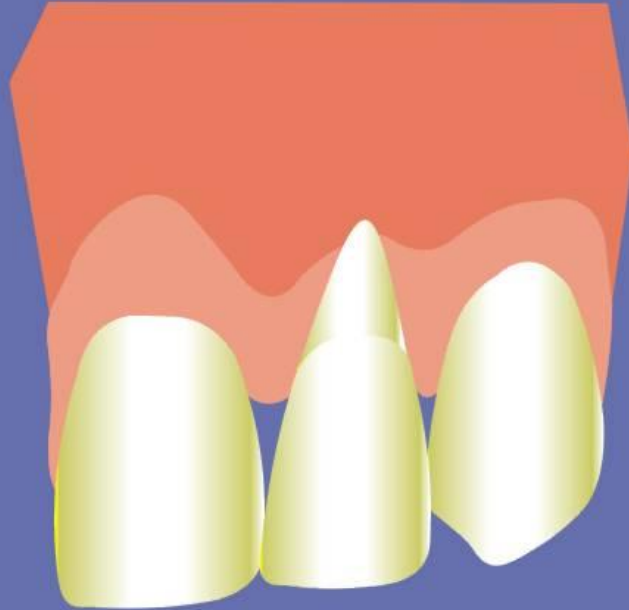


Recesión gingival que llega a la línea mucogingival y no se presenta pérdida ósea ni de tejido blando proximal.



Recesión gingival que llega a la línea mucogingival y presenta pérdida ósea o de tejido blando proximal o la pieza está en malposición.

III



CLASE III

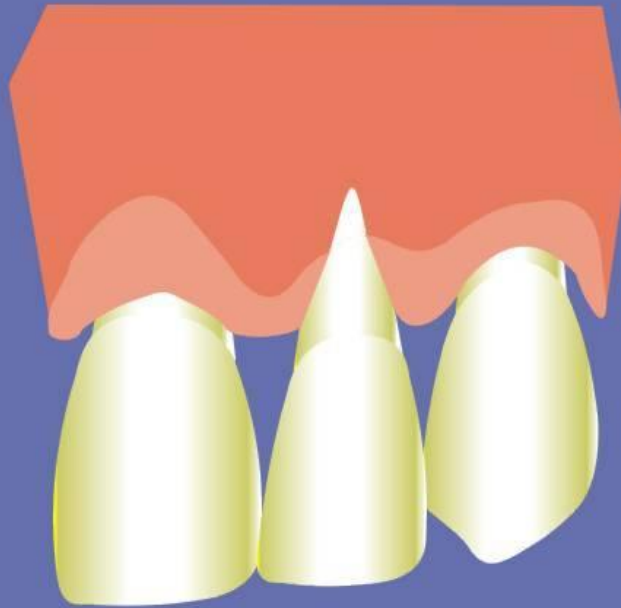


AD
CA

URUGUAY

Recesión gingival que llega a la línea mucogingival y presenta pérdida ósea o de tejido blando proximal avanzado y/o la pieza está en malposición severa.

IV



CLASE IV



*Cortesía del Prof. Adj. Dr. Cristhian Lopez
Universidad de Chile*

URUGUAY

9. Examenés Paraclínicos

Los exámenes paraclínicos en periodoncia si bien son muy importantes, representan un complemento al examen clínico y no un sustituto de él.

Por medio de ellos obtenemos signos de la enfermedad que pueden colaborar en la elaboración de un correcto diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

Tipos de estudios paraclínicos:

Radiográficos, microbiológicos e inmunológicos.

Análisis Radiográfico

Es el examen paraclínico más utilizado en periodoncia. El examen radiográfico más adecuado es la serie de radiografías periapicales. Permiten valorar el nivel de hueso alveolar así como el patrón y la extensión de la reabsorción ósea. Proveen un registro permanente permitiendo la comparación con imágenes futuras.

Criterios para determinar una angulación adecuada de las radiografías periapicales:

- * Observación de las puntas de las cúspides y prácticamente nada de las superficies oclusales.
- * El esmalte y la cámara pulpar deben observarse claramente.
- * Los espacios interproximales han de presentarse abiertos.
- * Salvo malposiciones dentarias, los contactos proximales no deben superponerse.

Interpretación radiográfica individual: comenzamos pieza por pieza de un mismo maxilar, corona, cresta ósea y límite amelocementario, espacio del ligamento periodontal, cortical de la región cervical y luego apical. Debemos evaluar la zona interradicular.

Si la radiografía ha cumplido con todos los requisitos de calidad y se obtiene una correcta imagen, en ella observaremos corona y raíz de cada pieza dentaria así como zona periapical.

Se distinguirá: esmalte, dentina, cámara pulpar, conducto radicular, lámina dura, espacio del ligamento periodontal, hueso cortical, hueso esponjoso.

Las radiografías son capaces de revelar cambios en el hueso solo luego de que se ha reabsorbido mineral óseo entre un 30%-50%. La real pérdida ósea alveolar es bastante mayor que la pérdida aparente radiográfica.

Análisis Radiográfico

Pérdida ósea:

1. Pérdida de la continuidad de la cresta alveolar se considera signo radiográfico de reabsorción ósea. Con el avance del proceso destructivo es posible observar en las caras proximales pérdida en altura de la crestas óseas.
2. En los casos más avanzados de destrucción, la altura del tabique continúa decreciendo.

Clasificación de Hugoson y Jordan de la pérdida ósea:

Se basa en la relación entre la cresta alveolar y la longitud de la raíz en:

incipiente (tercio cervical)

media (tercio medio)

avanzada (tercio apical).

UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Distribución de la pérdida ósea:

La pérdida ósea puede ser **localizada**, si afecta menos del 30% de las piezas dentarias o **generalizada**, si involucra más del 30% de las piezas dentarias.

Patrón de destrucción ósea: en la enfermedad periodontal los tabiques sufren cambios que afectan la cortical alveolar, la radiodensidad de la cresta, el tamaño y la forma de los espacios medulares, la altura y los contornos óseos.

Los tabiques interdentes pueden disminuir en altura, con la cresta horizontal perpendicular a la superficie radicular (**pérdida ósea horizontal**) o pueden presentar defectos angulares (**pérdida ósea angular o vertical**).

Lesiones de furcación

Esta lesión fue explorada anteriormente de forma clínica, corresponde en este apartado su estudio radiográfico

Grado 1, no presenta signos radiográficos

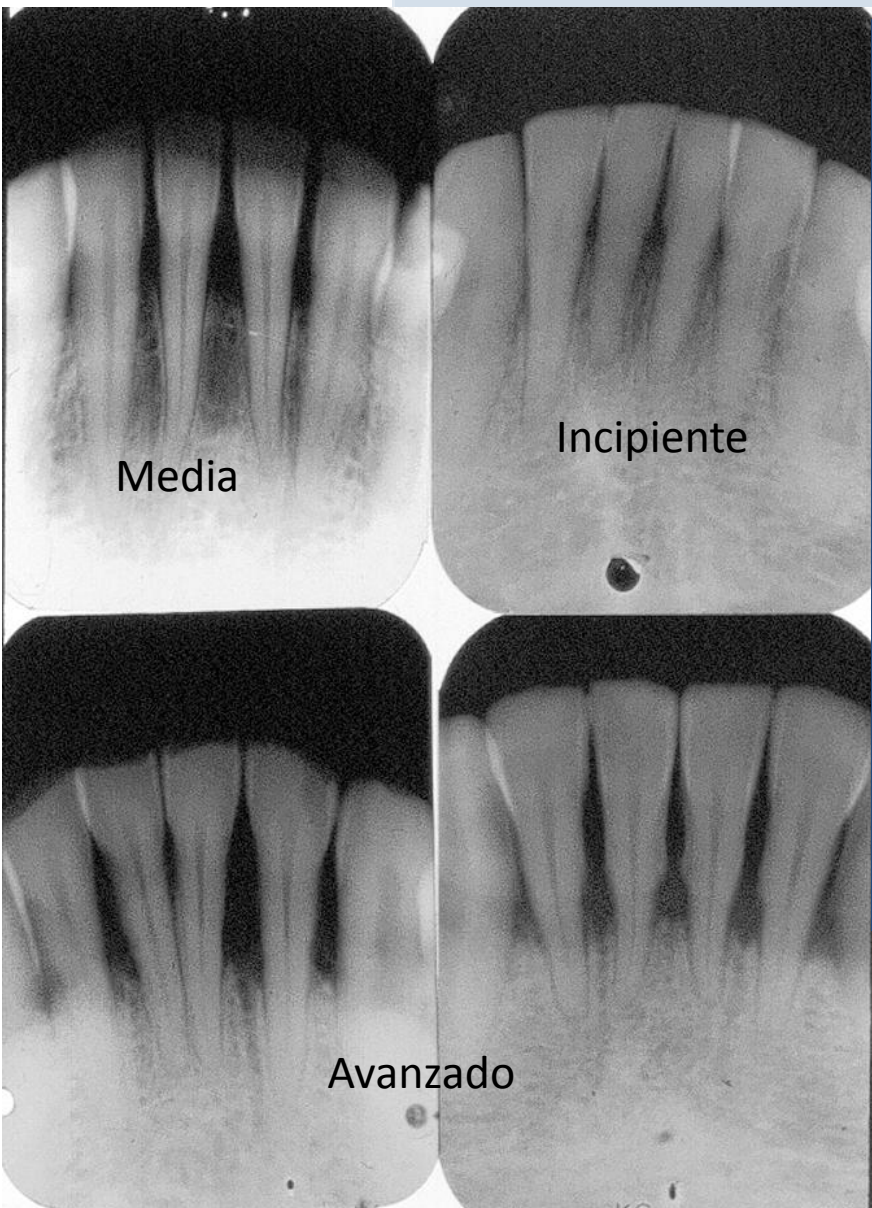
Grado 2, puede verse una rarefacción interradicular pero no podemos confirmar su presencia por este medio.

Grado 3, es radiolúcida la zona interradicular por lo cual confirma el hallazgo clínico.

Grado 4, presenta los mismos signos radiográficos que la furca grado 3.

Trauma oclusal

Radiográficamente podemos observar ensanche del espacio del ligamento periodontal, pero esto no es patognomónico de trauma oclusal.



- **Reabsorción ósea:**

Incipiente: Hasta un 30% de pérdida ósea

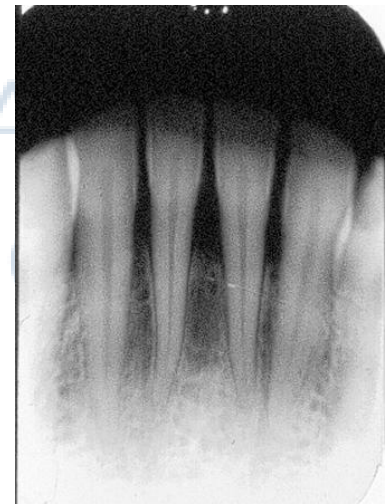
Moderada: Entre un 30% a un 50% de pérdida ósea

Avanzada: Más de un 50% pérdida ósea

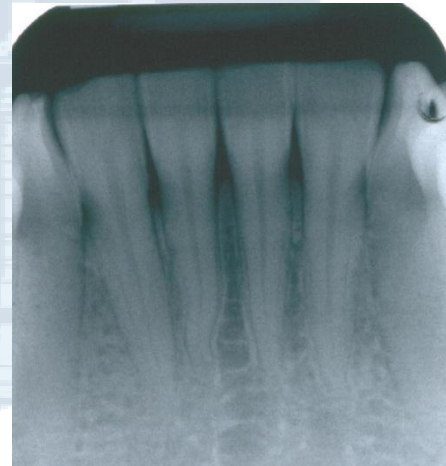
REPUBLICA
URUGUAY

Debemos observar:

- Distancia desde el límite amelocementario a la cresta ósea (si es mayor o igual a 2mm se puede estar frente a una pérdida ósea).***
- Lámina dura***
- Espacio del ligamento periodontal***
- Morfología de la pérdida ósea (pérdida ósea vertical u horizontal)***
- Radiolucidez inter-radicular***

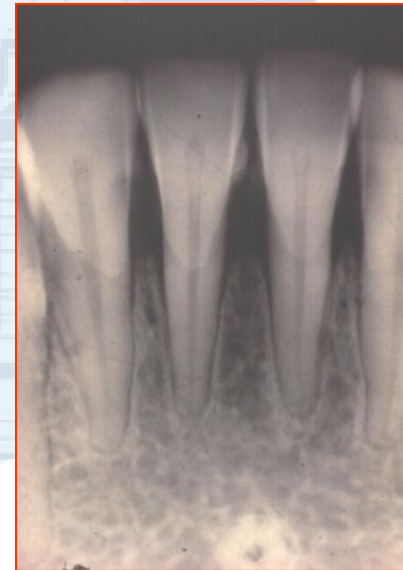


Imágenes de piezas dentarias sin pérdida ósea proximal

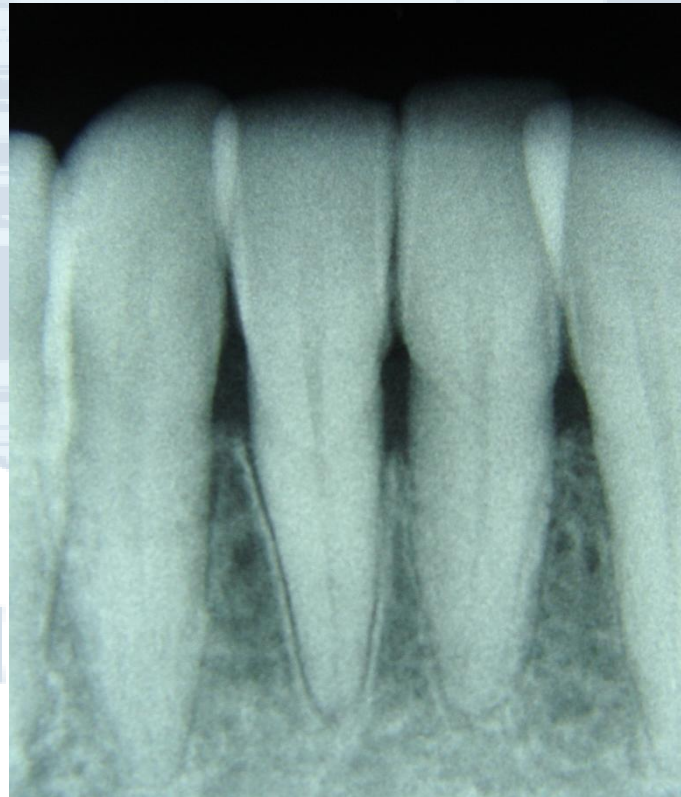


UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Imágenes de piezas dentarias con pérdida ósea proximal



Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal



Lesiones endoperiodontales



UN
DE L

ND
CA

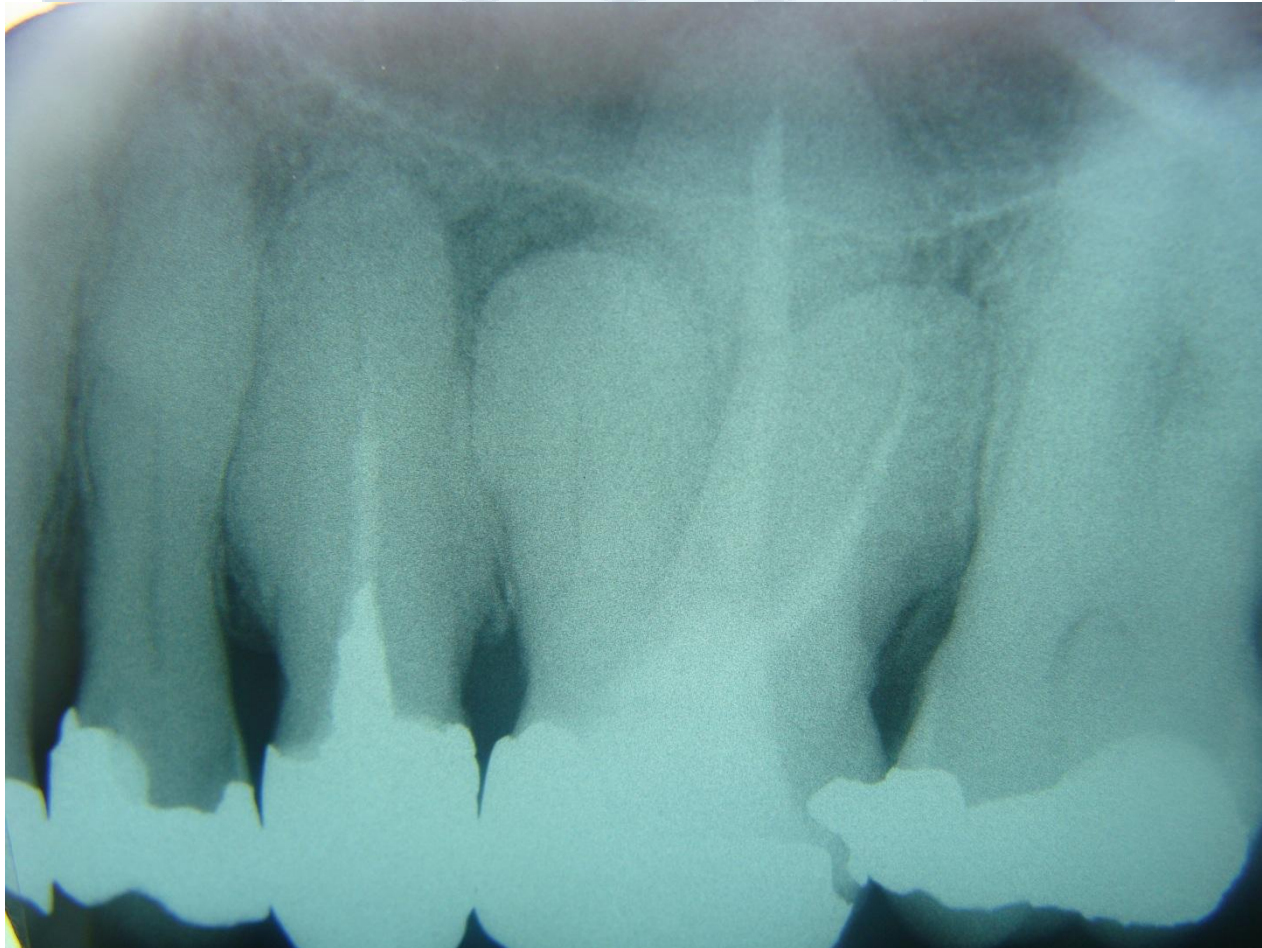
Reabsorción ósea periapical



UN
DE

AD
ICA

Hipercementosis



Lesión de furcación Grado 3 o 4

(El diagnóstico diferencial de furcación grado 3 o 4 se realiza clínicamente)



1- Métodos para identificar microorganismos periodontopatógenos

A- Cultivo: cuantificación de los microorganismos
estudio de sensibilidad antimicrobiana

B- Métodos inmunológicos

ELISA, aglutinación

Sondas de ADN

PCR

Métodos enzimáticos.

EL análisis de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es la más sensible de las técnicas y no necesita microorganismos vivos. Junto con las sondas de ADN se puede detectar cualquier especie.

Cultivo: es el estudio más común, representa un análisis abierto y permite la detección y la cuantificación de todas las especies de bacterias cultivables (por medios selectivos y no selectivos), detecta agentes patógenos inusuales y causantes de superinfección.

Es el único que permite realizar antibiograma.

Desventajas: alto costo, laborioso, mucho tiempo en obtener resultados.

2- Métodos para identificar susceptibilidad y población de riesgo

A- Mediadores de la respuesta inflamatoria:

respuesta inmune (estudios en monocitos, neutrófilos y anticuerpos).
citoquinas.
enzimas líticas (derivados del ácido araquidónico, metaloproteinasas y otros).
radicales libres

B- Parámetros de destrucción ósea y del colágeno:

técnicas histológicas
análisis bioquímicos del fluido crevicular

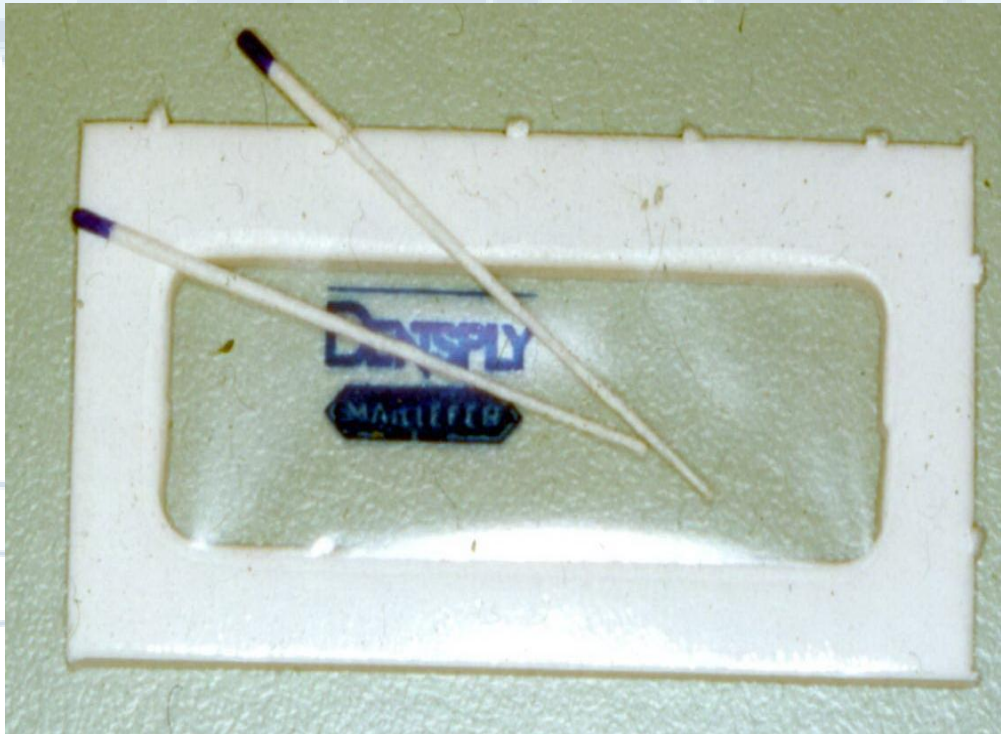
C- Factores genéticos:

IL-1
TNF alfa.

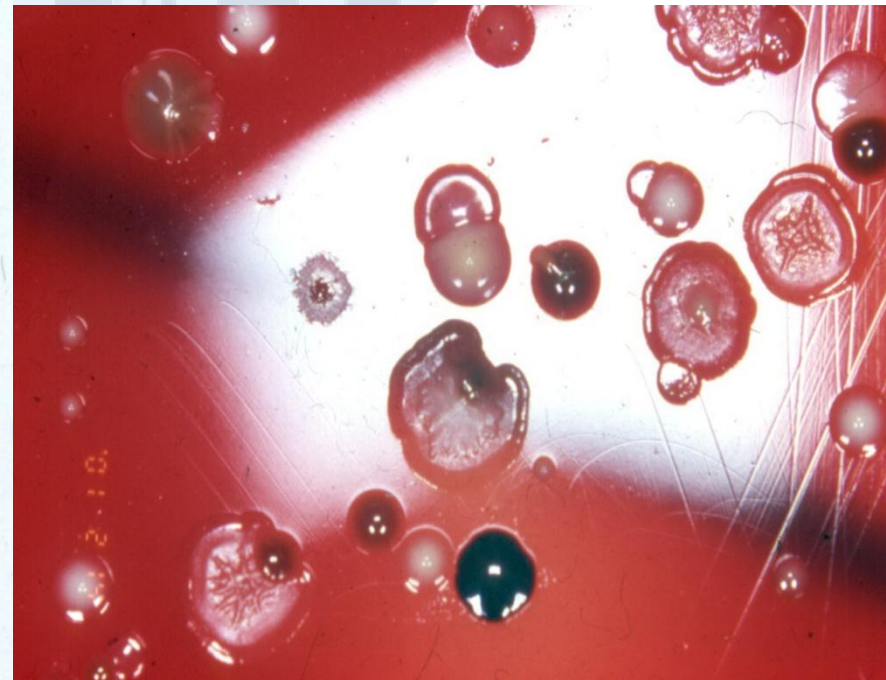
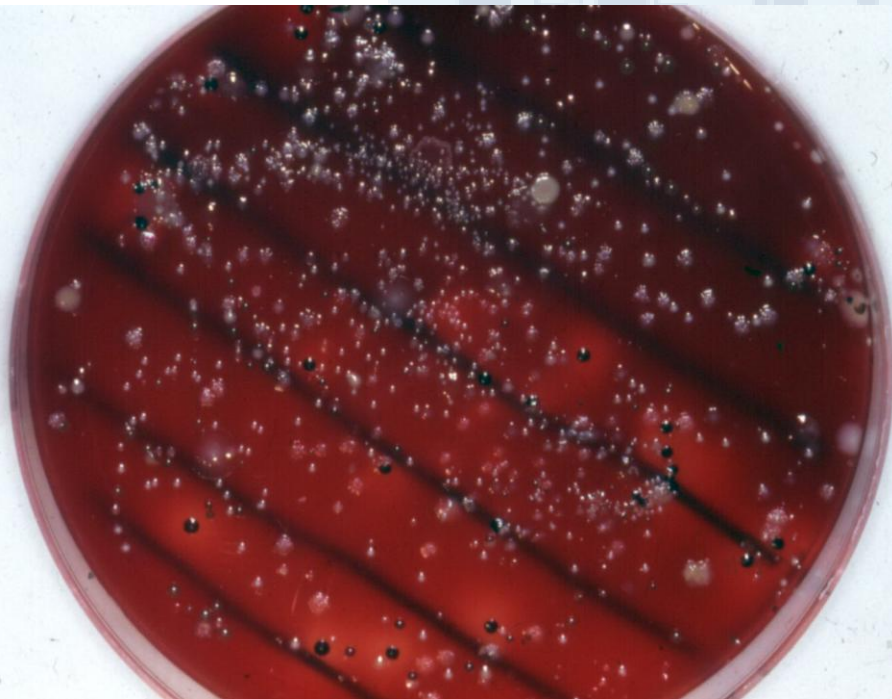
Los métodos mencionados en el punto 1 son de utilidad frente a cuadros de periodontitis que no responden a la terapia convencional

Los métodos mencionados en el punto 2 se encuentran en investigación.

Conos de papel para toma de muestra microbiológica



Cultivo de especies periodontopatógenas



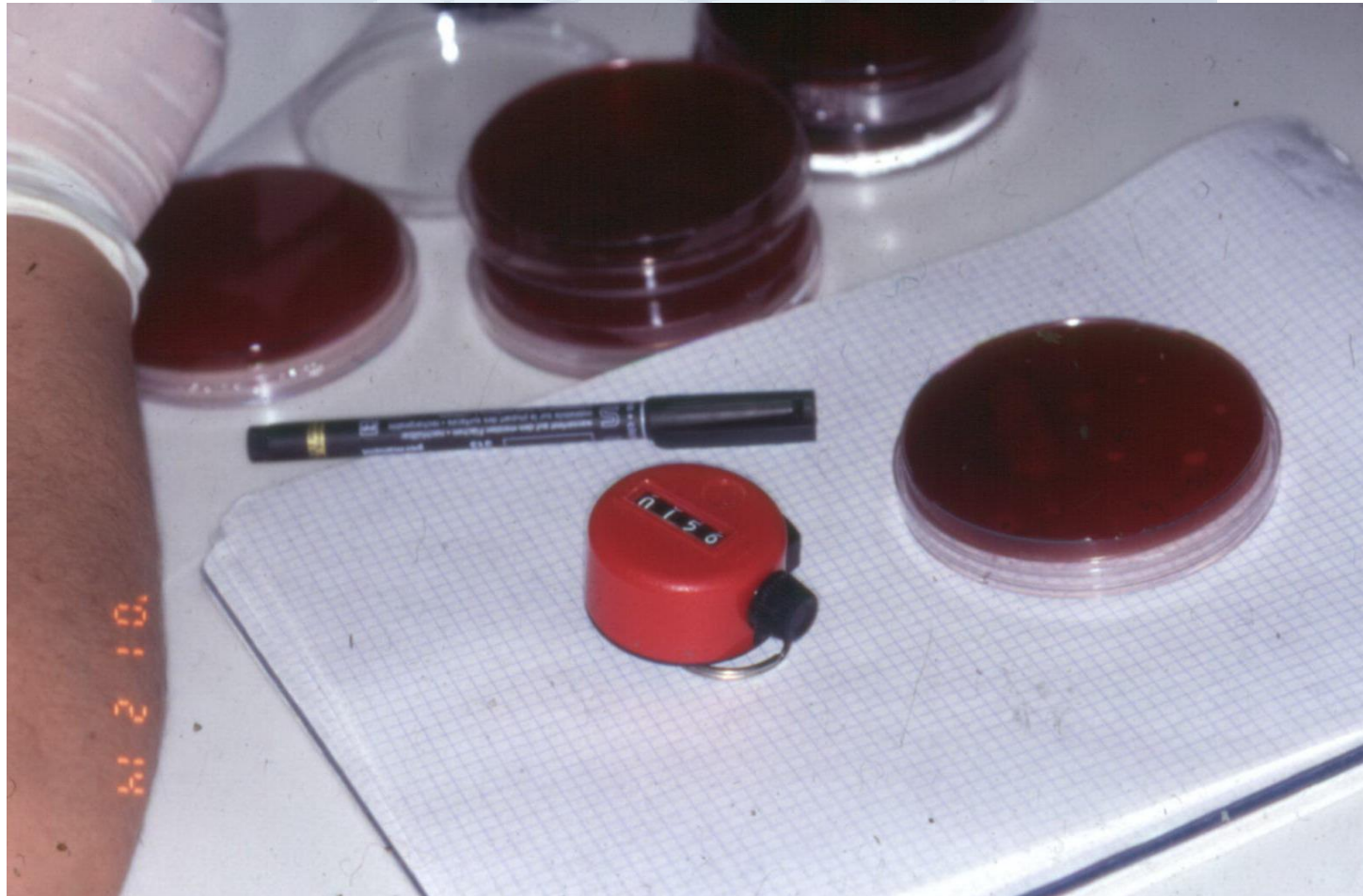
Cultivo medio selectivo con verde de malaquita, colonias con estructura interna en forma de estrella.

Aggregatibacter actinomycetemcomitans

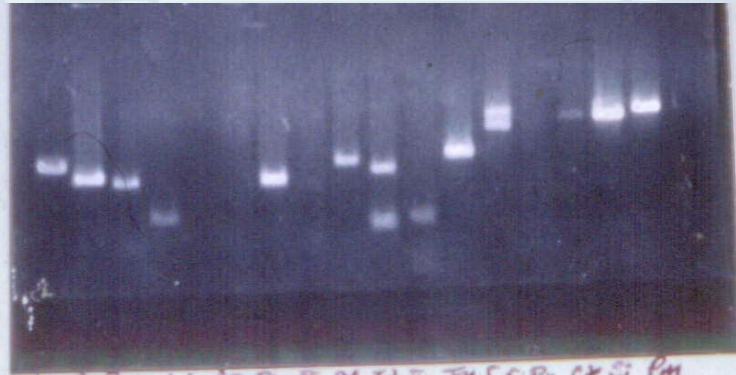


URUGUAY

Recuento de colonias microbianas



Lectura de un estudio de PCR



de Pg Pi Td | Aa Pa Fc Bc Td Ec Fu Cf Pa Cp Si Pm
 CONTROLES - + + + + + + + - + + +

<i>Actinobacillus actinomycetemcomitans</i>	negativo	
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	señal fuerte	(50.000-500.000) bacterias por muestra)
<i>Prevotella intermedia</i>	señal débil	(500-5.000 bacterias por muestra)
<i>Bacteroides forsythus</i>	señal intermedia	(5.000-50.000 bacterias por muestra)
<i>Treponema denticola</i>	señal intermedia	(5.000-50.000 bacterias por muestra)
<i>Eikenella corrodens</i>	señal débil	(500-5.000 bacterias por muestra)
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	señal fuerte	(50.000-500.000) bacterias por muestra)
<i>Campylobacter rectus</i>	señal intermedia	(5.000-50.000 bacterias por muestra)
<i>Prevotella nigrescens</i>	negativo	
<i>Capnocytophaga sp</i>	señal débil	(500-5.000 bacterias por muestra)
<i>Streptococcus intermedius</i>	señal muy fuerte	(> 500.000 bacterias por muestra)
<i>Peptostreptococcus micros</i>	señal fuerte	(50.000-500.000) bacterias por muestra)

Toma de la muestra microbiológica



URUGUAY

10. Tercera conclusión

Tercera conclusión – Correlación Clínico/Rx

En esta etapa debemos relacionar los datos que obtenemos del periodonto profundo a través de la clínica y correlacionarlo con la paraclínica corroborando que existe correlación entre los diferentes signos presentes.

Los datos clínicos los extraemos del periodontograma y del examen oclusal y los paraclínicos básicamente de la radiografía aunque en casos puntuales recurrimos a estudios de laboratorio.

Los hallazgos del periodontograma deben correlacionarse con el examen oclusal y radiográfico, teniendo que estudiar:

1- Pérdida de inserción:

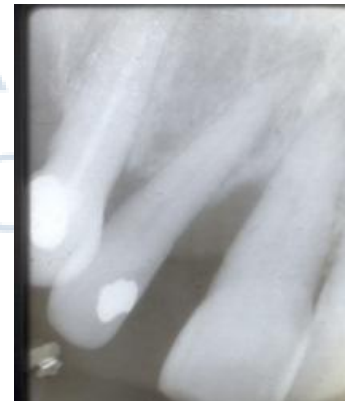
Clínica: ¿A expensas de que se da? bolsa patológica o aumento de corona clínica o ambas.

Radiográfico: grado y tipo de pérdida ósea.

2- Furcaciones:

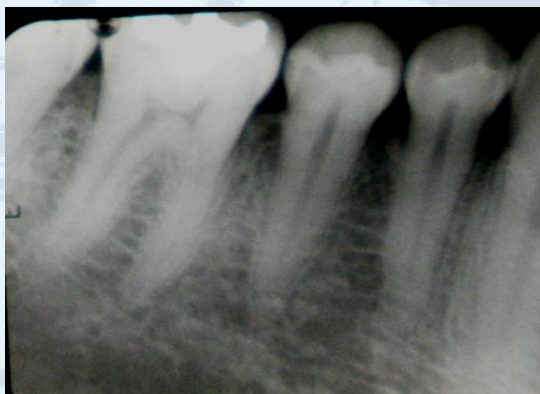
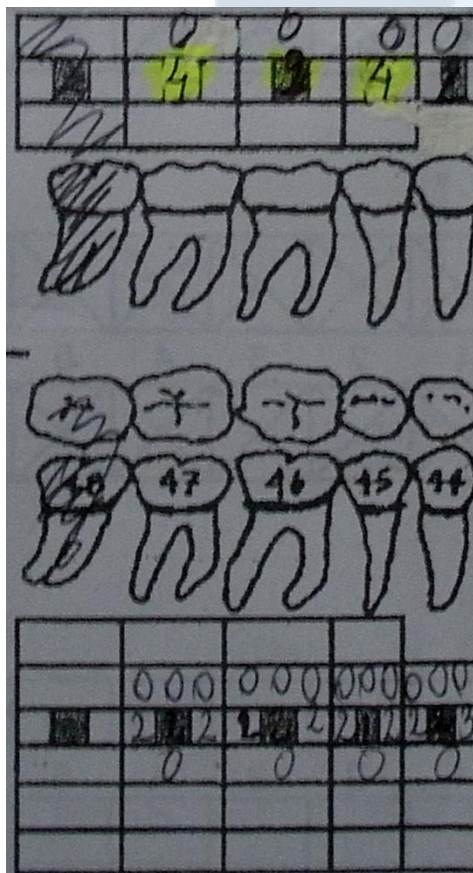
Clínica: ver el grado de la furcación y evaluar el examen oclusal.

Radiográfico: identificación de signos en furca grado 3 y 4.



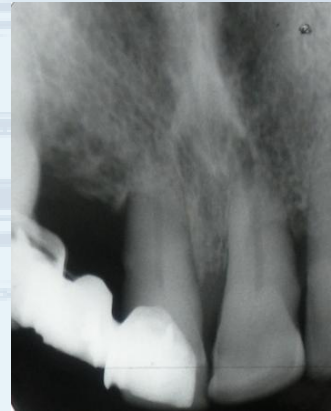
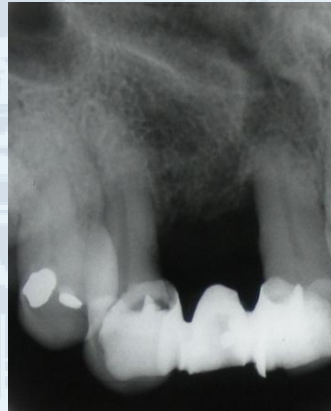
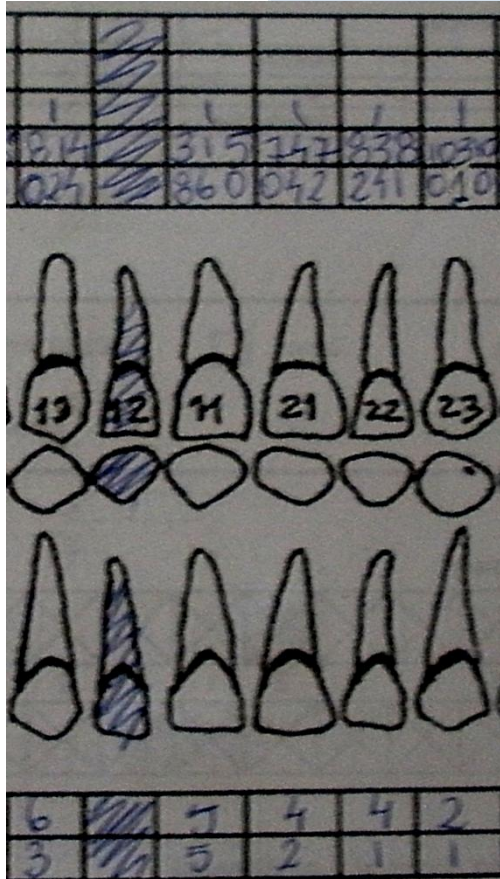
3- Movilidad: Clínica: clasificarla y evaluar las posibles etiologías presentes

Radiográfico: evaluar grado de pérdida ósea y ensanche del ligamento periodontal.



4- **Complicaciones mucogingivales**, Clínica y radiográfico, debemos definir la etiología.

5- **Seudobolsas**, debemos recordar que no presenta signos radiográficos.



Luego de exponer los hallazgos debe concluirse: existe o no correlación clínica radiográfica.

11. Diagnóstico

El diagnóstico es la identificación de la salud o enfermedad del paciente a partir de la evaluación de la información obtenida en la historia clínica.

En casos puntuales es necesario recurrir a información adicional obtenida de pruebas de laboratorio para definir el diagnóstico.

La asignación de un diagnóstico significa que se han descartado otras posibles patologías en el paciente, por lo cual, es necesario realizar diagnóstico diferencial con patologías que se presenten con similares síntomas y signos.

Un diagnóstico preciso es el primer paso hacia el desarrollo de un pronóstico y plan de tratamiento apropiado cuya aplicación conduce a la resolución de la enfermedad periodontal.

Para llegar a un correcto diagnóstico debemos responder las siguientes preguntas :

- 1- ¿Qué situación periodontal tiene el paciente? ¿Salud o enfermedad periodontal?
- 2- Si presenta enfermedad periodontal ¿Qué enfermedad presenta?
- 3- ¿Cuál es la extensión de la enfermedad, es localizada o generalizada?
- 4- ¿Cuál es la severidad de la enfermedad, incipiente, media o avanzada?

Ej: Periodontitis crónica generalizada de grado medio.

Los diagnósticos que más frecuentemente obtendremos en la clínica serán:

- 1- Paciente sano periodontalmente
- 2- Enfermedad gingival inducida por placa: Gingivitis.
- 3- Periodontitis Crónica Localizada o Generalizada
- 4- Periodontitis Agresiva Localizada o Generalizada
- 5- Otros cuadros que figuran en la clasificación de la Academia Americana de Periodoncia, 1999.

1- Paciente periodontalmente sano



VERS
REPU
RUGUA

1- Paciente periodontalmente sano

Paciente de raza negra



DE LA REPUBLICA

URUGUAY

2- Enfermedad gingival inducida por placa: Gingivitis.

Gingivitis

Características de la Gingivitis inducida por placa

Es la forma más común de inflamación gingival, sin embargo la Gingivitis asociada a placa puede ser modificada por:

Factores Sistémicos (Diabetes, por ejemplo)

Medicamentos

Malnutrición.

Presencia de placa microbiana en el margen gingival

Enfermedad que comienza en el margen gingival

Cambios en el color gingival, contorno gingival y temperatura sulcular

Exudado gingival incrementado

Sangrado provocado

Ausencia de bolsa patológica

Cambios histológicos a nivel vascular y celular.

Reversible con la correcta remoción de placa microbiana.

Puede asentar sobre un periodonto con o sin pérdida de inserción.

2- Enfermedad gingival inducida por placa.

Enfermedad gingival asociada a placa microbiana



2- Enfermedad gingival inducida por placa.

Enfermedad gingival asociada a placa microbiana



2- Enfermedad gingival inducida por placa modificada por factores sistémicos: embarazo.



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

2- Enfermedad gingival inducida por placa: Gingivitis.

Paciente con enfermedad gingival modificada por medicamentos:
Anticonceptivos orales



U
D

D
A

URUGUAY

2- Enfermedad gingival asociada a placa modificada por factores sistémicos:

Discrasias sanguíneas: Leucemia



*Cortesía del Prof. Dr. Osvaldo Costa
Universidad de Buenos Aires*

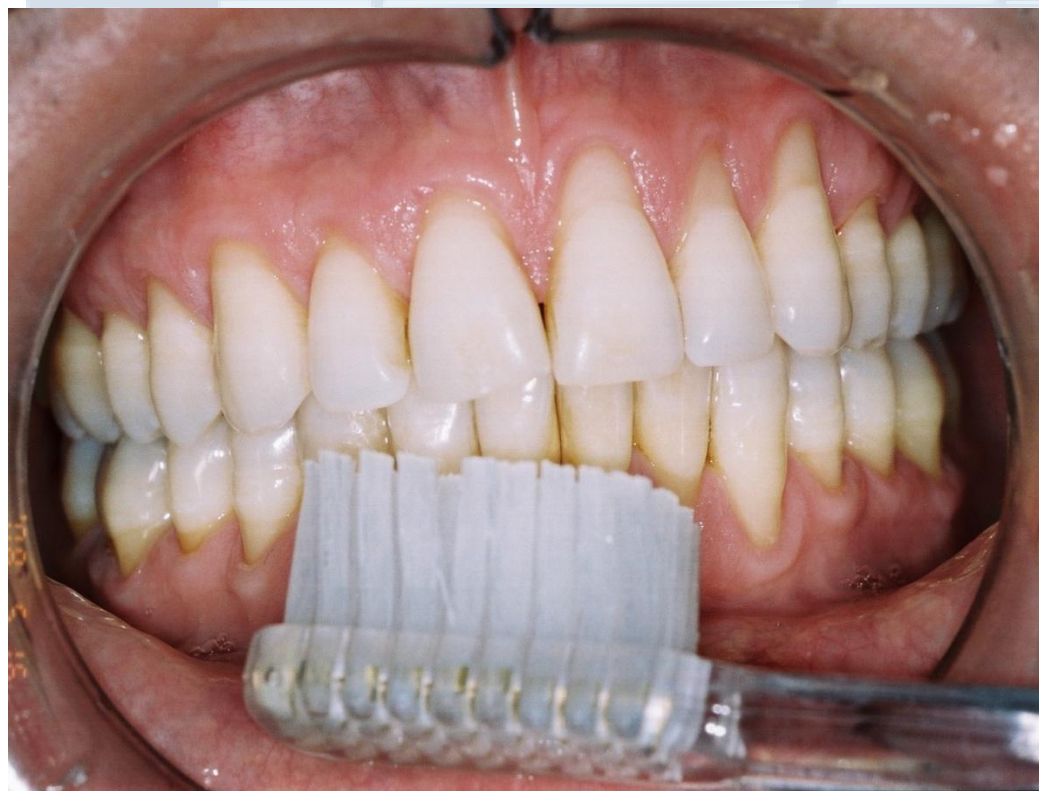
2- Lesiones gingivales no asociadas a placa microbiana

Lesión gingival de origen micótico



2- Lesiones gingivales de origen traumático: físicas.

Lesiones físicas por cepillado



2- Lesiones gingivales de origen traumático: físicas.

Lesiones físicas por cepillado

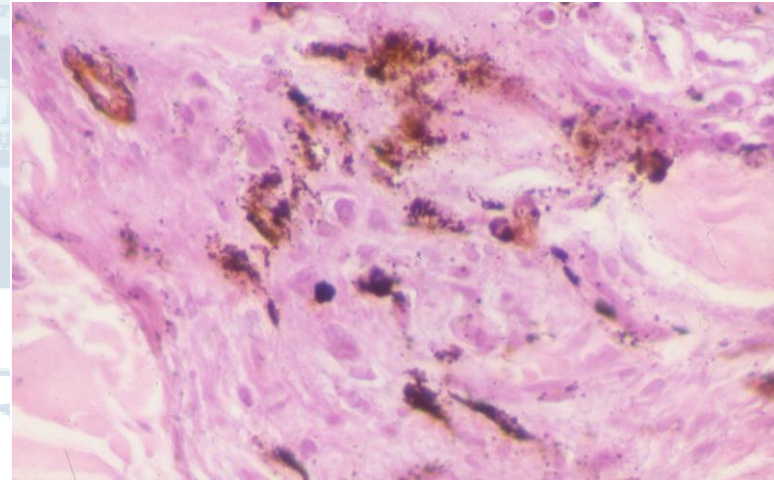


2- Lesiones gingivales de origen traumático: físicas.

Lesiones físicas



Tatuajes de amalgama



DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Enfermedad necrosante: GUNA



URUGUAY

3- Periodontitis Crónica Localizada o Generalizada

Periodontitis Crónica

Es una enfermedad multifactorial que resulta en la inflamación de los tejidos de soporte del diente, con pérdida de inserción progresiva.

Es la forma más frecuente de Periodontitis.

Es iniciada y sostenida por las bacterias del biofilm pero los mecanismos de defensa del hospedador juegan un rol en la patogenia y son determinantes de su presentación.

Tanto la actividad de los microorganismos como la respuesta del hospedero va a estar influenciada por los factores de riesgo.

Clasificación según extensión

Localizada (menos del 30% de los sitios están afectados)

Generalizada (más del 30% de los sitios están afectados)



3- Periodontitis Crónica Localizada o Generalizada

Clasificación según Severidad:

- Leve
- Moderada
- Severa

Algunas de las características de la Periodontitis Crónica son:

- Cantidad de destrucción es consistente con la presencia de factores locales.
- El cálculo subgingival es un hallazgo constante.
- Se encuentra asociada con un modelo microbiano variable.

Presenta una tasa de progresión cíclica y a empujes.

Se asocia con factores locales predisponentes.

Puede ser modificada por factores de riesgo de enfermedad periodontal como ser Diabetes Mellitus y tabaco.



4- Periodontitis Agresiva Localizada o Generalizada

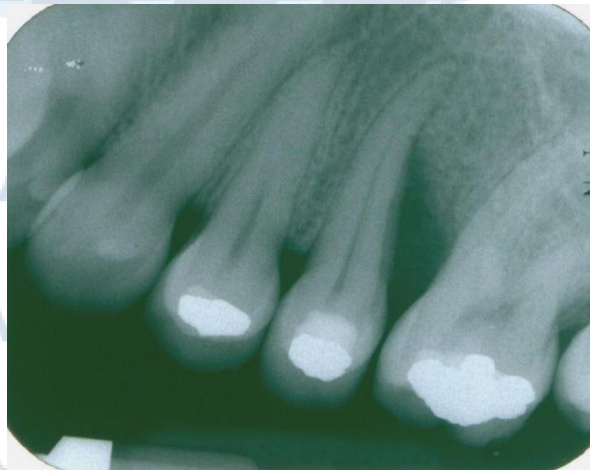
Periodontitis Agresiva

Es una patología menos frecuente que la periodontitis crónica, más frecuente en pacientes jóvenes.

Se clasifica en localizada y generalizada.

Características comunes de ambas formas:

- Pacientes sistémicamente sanos.
- Presentan rápida pérdida de inserción clínica.
- Tendencia a la agregación familiar.



4- Periodontitis Agresiva Localizada o Generalizada

Características secundarias (no necesariamente presentes):

Cantidad de depósitos microbianos inconsistentes con la severidad de la destrucción de tejidos periodontales.

Elevada proporción de *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* (en cuadros Localizados), y en algunas poblaciones, la *Porphyromona Gingivalis* puede estar elevada (en cuadros Generalizados).

Fagocitos anormales

Fenotipo de macrófagos con hiperrespuesta.

La progresión de la pérdida de inserción puede ser autolimitada.



Características particulares de la Periodontitis Agresiva Localizada

Instalación circundando la pubertad

Fuerte respuesta de anticuerpos a la infección

Presentación localizada en primer molar/ incisivos con pérdida interproximal de inserción en al menos dos dientes permanentes que no sean los mencionados anteriormente.



DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Características particulares de la Periodontitis Agresiva Generalizada

Usualmente afecta a personas menores de 30 años, pero puede asentar en personas mayores.

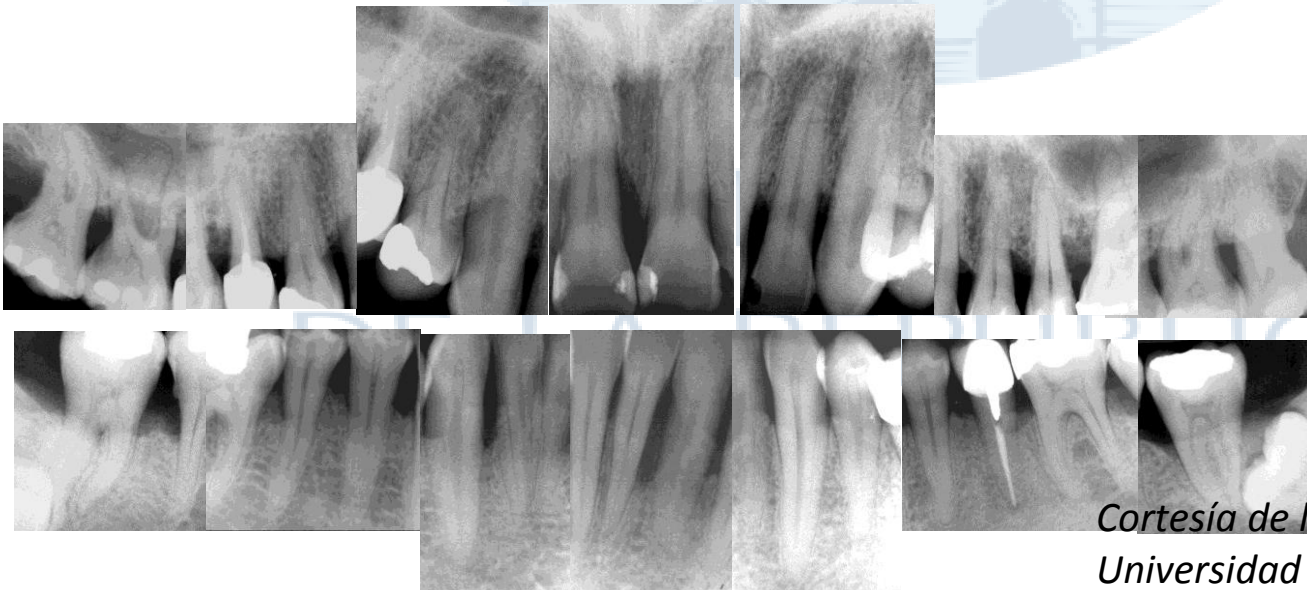
Pobre respuesta de anticuerpo a los agentes infecciosos.

Pronunciados episodios de destrucción periodontal.

Pérdida de inserción interproximal generalizada afectando al menos tres dientes permanentes que no sean primeros molares e incisivos.

No todas estas características deben estar presentes para asignar diagnóstico o clasificar esta enfermedad.

El diagnóstico debe ser hecho sobre la base de los datos clínicos, radiográficos y de anamnesis.



*Cortesía de la Prof. Dra. Gloria Lafourie
Universidad El Bosque, Colombia.*

5- Otros cuadros que figuran en la Clasificación de la Academia Americana de Periodoncia, 1999.

**Clasificación de las enfermedades periodontales.
Academia Americana de Periodoncia
Diciembre, 1999.**

Diagnosticar es identificar una enfermedad a partir de sus signos y síntomas, mientras que clasificar es el acto de distribuir por grupos dichas enfermedades.

I) Enfermedades Gingivales

A) - ENFERMEADES GINGIVALES INDUCIDAS POR PLACA DENTAL

Puede ocurrir sobre un periodonto que no tiene pérdida de inserción o sobre un periodonto con pérdida de inserción pero sin bolsa patológica, solo con aumento de corona clínica).

1- Gingivitis asociada solamente con la placa dental

- a- con factores locales que lo favorecen
- b- sin factores locales que lo favorecen

2- Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos

a- Asociada con el sistema endócrino

- Gingivitis de la pubertad
- Gingivitis del ciclo menstrual
- Gingivitis del embarazo (gingivitis o granuloma piogeno)
- Gingivitis asociada a diabetes mellitus

b- Asociada a discrasias sanguíneas

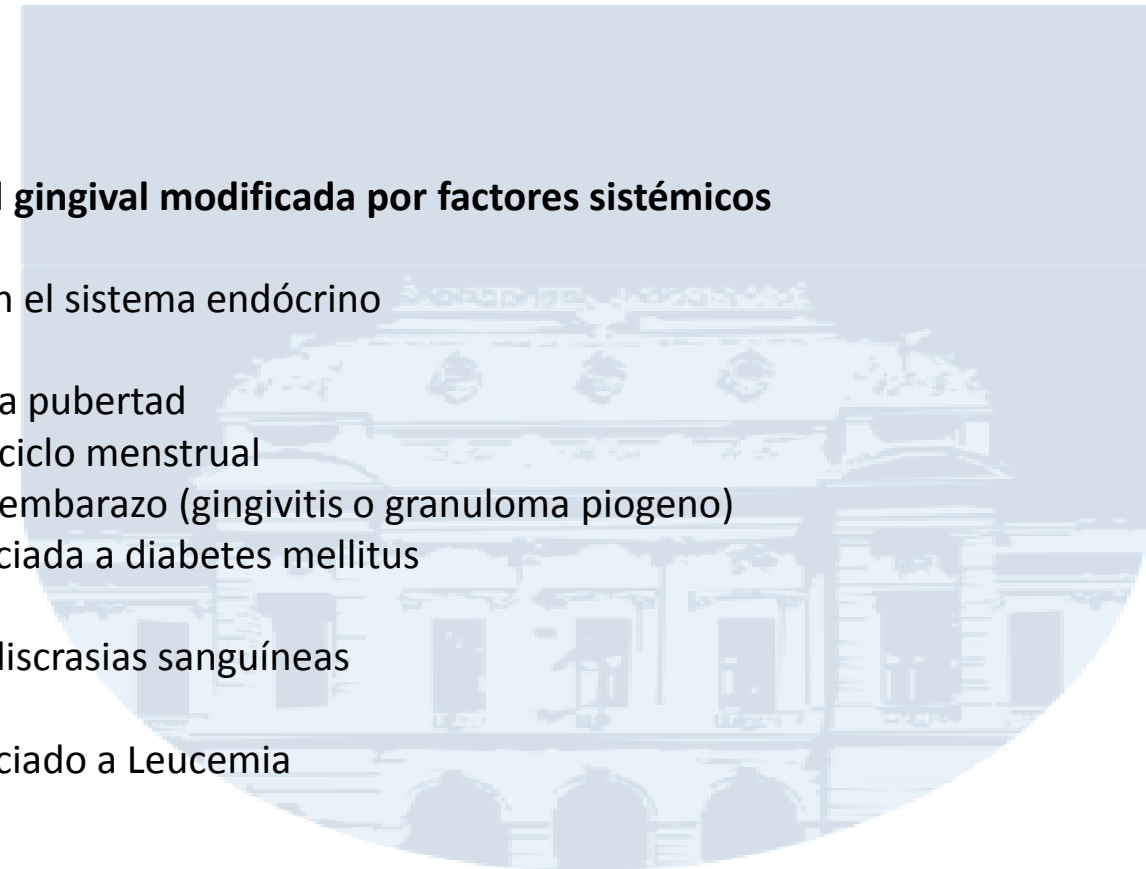
- Gingivitis asociado a Leucemia
- Otras

3- Enfermedad gingival modificada por medicamentos

-Enfermedad Gingival influenciada por drogas:

Agrandamiento gingival influenciado por droga

Gingivitis influenciada por droga: Gingivitis por anticonceptivos
otras



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

4- Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición

- Gingivitis asociada a la deficiencia del ácido ascórbico
- Otros

B - LESIONES GINGIVALES NO INDUCIDAS POR PLACA

a- Enfermedad Gingival de origen bacteriano específico

- Lesiones asociadas a Neisseria Gonorrea
- Lesiones asociadas a Treponema Pallidum
- Lesiones asociadas a especies de Estreptococos

b- Enfermedades de origen viral

- Infección por herpes virus
- Gingivoestomatitis herpética primaria (GEHA)
- Herpes oral recurrente
- Infección por varicela zoster
- Otras

c- Enfermedades gingivales de origen fúngico

- Infección por especies de cándida - Candidiasis gingival generalizada
- Eritema Gingival Lineal
- Histoplasmosis
- Otras

d- Enfermedad gingival de origen genético

- Fibromatosis gingival hereditaria
- Otras

e- Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas

Desórdenes Mucocutáneos - Liquen Plano

- Pénfigo
- Eritema Multiforme
- Lupus Eritematoso
- Inducidas por drogas
- otras

Reacciones alérgicas - materiales de restauración dental - Mercurio

- Níquel
- Acrílico
- Otros

Reacciones atribuibles a: - Dentífricos/ Pasta Dental

- Enjuagues Dentales
- Comidas y condimentos

Otros

f-Lesiones Traumáticas (yatrógenas, accidental o autoinfligidas)

- Injuria Química
- Injuria Física
- Injuria Térmica

g- Reacciones a cuerpo extraño

h- No especificadas de otra forma

II- Periodontitis Crónica (generalizada o localizada)

III- Periodontitis Agresiva (generalizada o localizada)

IV- Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas

- asociadas con desórdenes hematológicos
 - Neutropenia Adquirida
 - Leucemias
 - Otras
- asociada con desórdenes genéticos
 - Neutropenia cíclica y familiar
 - Síndrome de Down
 - Síndrome de deficiencia de adhesión leucocitaria
 - Síndrome de Papillon-Lefevre
 - Síndrome de Chediack-Higashi
 - Síndrome de Histiocitosis
 - Enfermedad de almacenamiento de glucógeno
 - Agranulocitosis genética infantil
 - Síndrome de Choen
 - Síndrome de Ehlers- Danlos (Tipos IV y VIII)
 - Hipofosfatasia
 - Otros
- no especificadas de otra forma

V- Enfermedades necrotizantes periodontales - Gingivitis Ulceronecrotizante (GUN)
- Periodontitis Ulceronecrotizante (PUN)

VL- Abscesos del periodonto - Absceso Gingival
- Absceso Periodontal
- Absceso Pericoronario

VII- Periodontitis asociadas a lesiones endodónticas - Lesiones endo-periodontales combinadas

VIII- Afecciones y malformaciones adquiridas o del desarrollo

- Factores localizados relacionados al diente que modifican o predisponen a la gingivitis inducida por placa/ periodontitis.

- Factores anatómicos dentarios

- Restauraciones dentarias/protésicas

- Fracturas radiculares

- Resorción cervical radicular/ desgarros cementarios

- Malformaciones mucogingivales y lesiones alrededor de los dientes
 - Recesión gingival de tejidos blandos - superficies vestibulares/linguales
 - superficies interproximales(papilares)
 - falta de encía queratinizada
 - profundidad vestibular disminuída
 - frenillo/músculo en posición anómala
 - exceso gingival
 - pseudobolsa
 - márgen gingival inconsistente
 - sonrisa gingival
 - agrandamiento gingiva
 - Color Anormal
- Malformaciones mucogingivales y afecciones de los rebordes desdentados

- deficiencia vertical y/o horizontal de reborde
- falta de encía/tejido queratinizada
- agrandamiento gingival de tejido blando
- posición anómala de frenillo/músculo
- profundidad vestibular disminuída
- color anormal

- IX- Trauma oclusal** - trauma oclusal primario
- trauma oclusal secundario

Agrandamiento Gingival Paciente medicado con Fenitoína



URUGUAY

Agrandamiento Gingival

Paciente medicado con Nifedipina



Agrandamiento Gingival
Paciente medicado con Ciclosporina A.

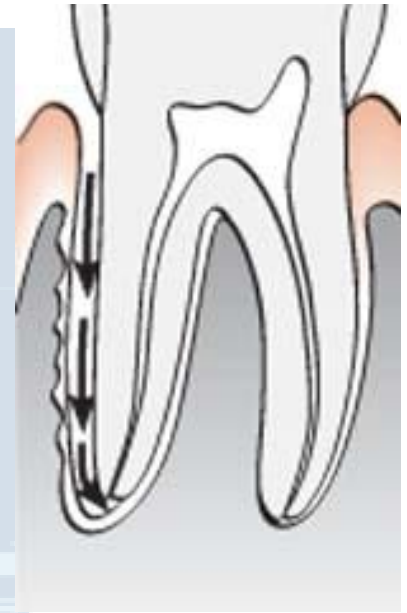


URUGUAY

LESIONES ENDOPERIODONTALES

LESIÓN
ENDODÓNTICA

LESIÓN
PERIODONTAL

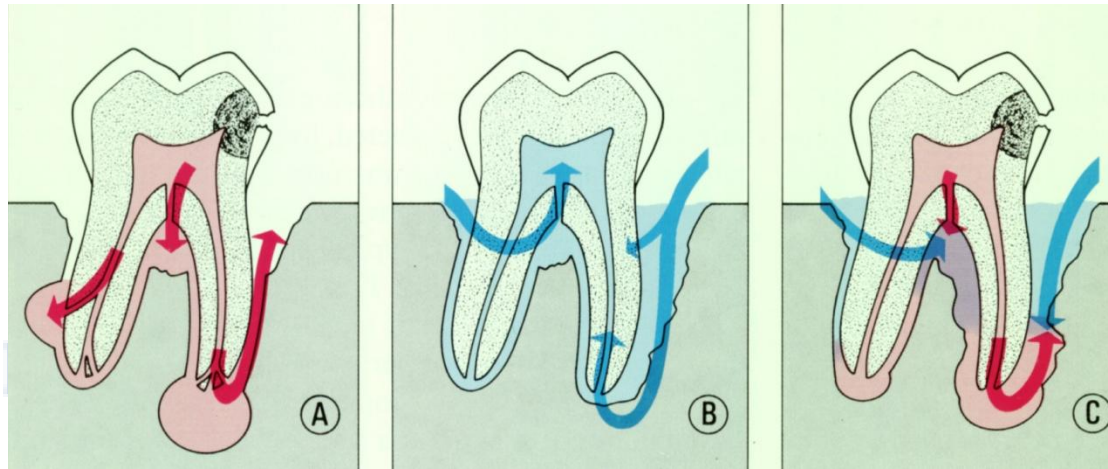


↓
Lesión
Periodontal
secundaria

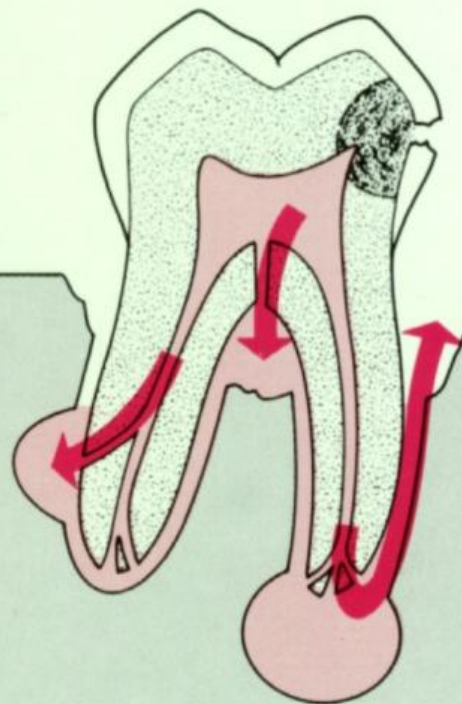
↓
Lesión
Endodóntica
Secundaria

LESIÓN COMBINADA

UNIV
DE LA



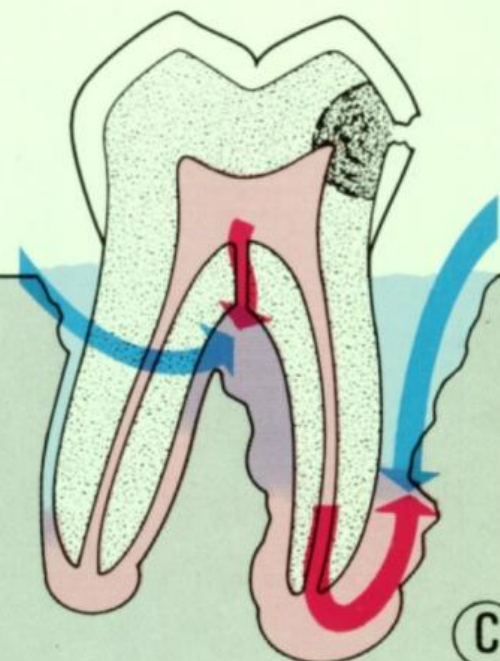
Lesiones endoperiodontales



(A)



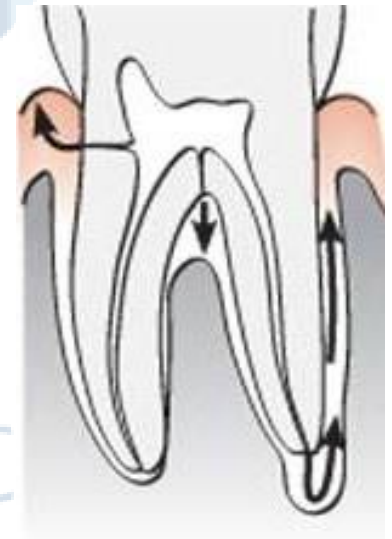
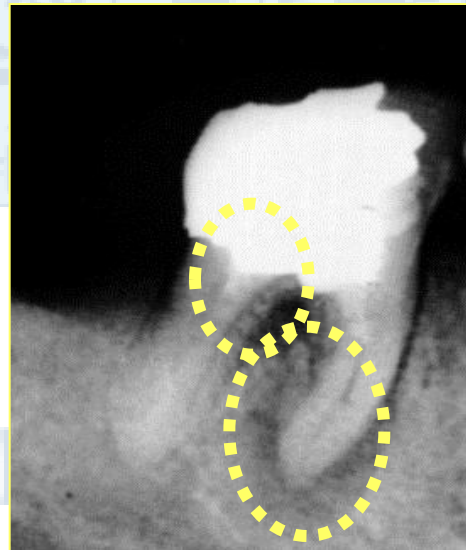
(B)



(C)

Vías de comunicación endoperiodontales

- Foramen apical
- Conductos laterales
- Foraminas en piso de cámara que desembocan en la furcación





*Periodontology 2000, Vol. 34, 2004, 165-203
Printed in Denmark. All rights reserved*

*Copyright © Blackwell Munksgaard 2004
PERIODONTOLOGY 2000*

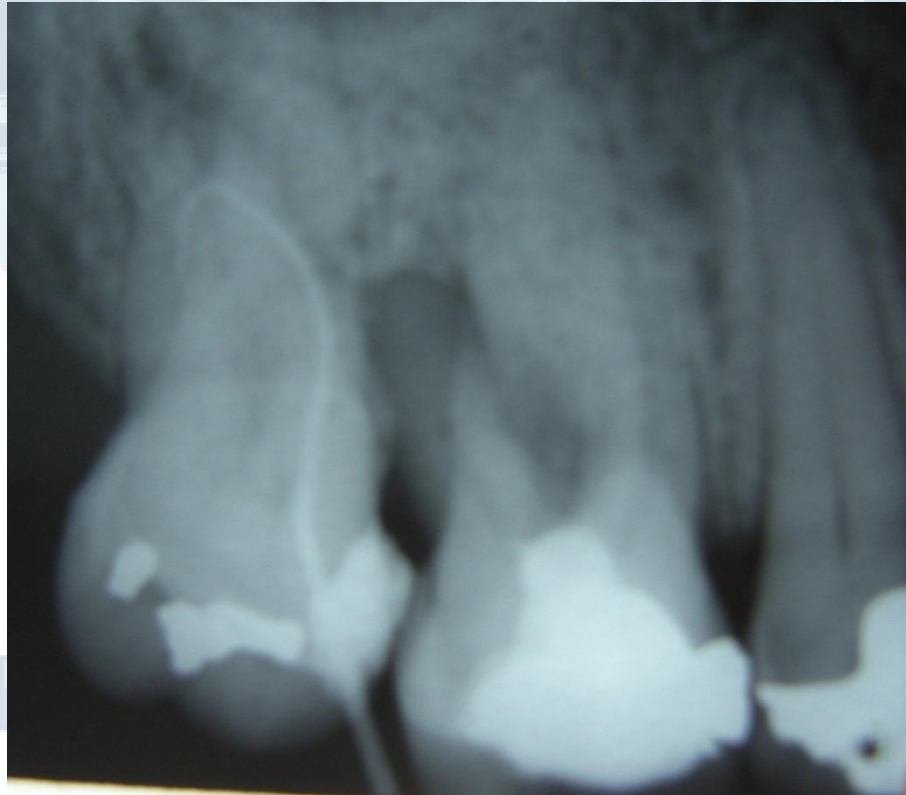
Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions

ILAN ROTSTEIN & JAMES H. S. SIMON



UNIV
DE LA
B
UNIVERSITY

Diagnóstico por fistulografía



URUGUAY

12. Pronóstico



Dr. Mc. Guire

1- Definición

Es la capacidad de determinar la evolución, duración, curso y terminación del proceso patológico, así como su posible respuesta al tratamiento.

2- Graduación del Pronóstico y puntos a considerar el pronóstico general e individual:

Pronóstico general: Favorable, reservado y desfavorable.

Favorable: El paciente seguramente mantendrá sus piezas dentarias de por vida si cumple con el plan de tratamiento propuesto.

Reservado: No podemos dar seguridad de que el paciente mantendrá sus piezas dentarias de por vida, a pesar de realizar el tratamiento periodontal, pues hay factores de riesgo que intervienen y condicionan al mismo.

Desfavorable: El avance de la patología periodontal compromete el mantenimiento de las piezas dentarias en boca.

Pronóstico general

Se considera a la dentición como un todo, como una unidad. El pronóstico general condiciona al pronóstico individual.

Puntos a considerar frente al pronóstico general:

1. Colaboración del paciente.
2. Alteración del paradencio profundo el cual se expresa por la movilidad y migraciones patológicas.
3. Edad y evolución.
4. Etiología y factores de riesgo de enfermedad periodontal. Fundamentalmente hábito de fumar y diabetes mellitus.
5. Grado de pérdida ósea.

6. Cuadro patológico

7. Tipo de pérdida ósea. En el pronóstico general son más favorables aquellas pérdidas óseas horizontales, siendo lo contrario en el pronóstico individual.

8. Número y distribución de las piezas dentarias

9. Necesidad de tratamientos complementarios

10. Condiciones síquicas

11. Condiciones socioeconómicas

12. Condiciones intelectuales

14. Hábitos orales

15. Habilidad y conocimientos del profesional

16. visitas al odontólogo/ perioricidad de las citas de mantenimiento

Pronóstico individual

Graduación del pronóstico individual:

Pronóstico Favorable: tengo la certeza que el tratamiento propuesto dará lugar a que la pieza dentaria se mantenga en boca por largo tiempo.

Pronóstico Reservado Favorable: Existen factores que no nos permiten afirmar que el tratamiento propuesto dará lugar a la mantención de la pieza dentaria por largo tiempo.

De todas maneras justifica realizar el tratamiento.

Pronóstico Reservado Desfavorable: La pieza dentaria tiene de por sí la extracción indicada, pero por motivos temporarios se demorará la extracción. Un ejemplo es una pieza dentaria que es útil como pilar de una prótesis provisoria, pero al realizar el tratamiento rehabilitador definitivo la pieza dentaria se extrae.

Esta pieza debe recibir terapia básica periodontal.

Pronóstico Desfavorable: Significa extracción indicada. La movilidad dentaria grado 3 acompañada de reabsorción ósea radiográfica al ápice es indicación de extracción.

Puntos a considerar frente al pronóstico individual:

1. Movilidad dentaria
2. Migración
3. Grado y tipo de pérdida ósea
4. Relación corono - radicular
5. Morfología radicular
6. Lesión de furca
7. Ubicación del diente en la arcada
8. Accesibilidad del paciente y el operador
9. Trauma oclusal
10. Complicaciones endoperiodontales
11. Complicaciones mucogingivales
12. Caries y procesos periapicales

3- Momentos de plantear el pronóstico

El pronóstico se debe plantear luego de realizar el diagnóstico y se debe replantear luego de finalizar la terapia básica.

13. Plan de Tratamiento

Definición

Es la selección racional y ordenada de las diferentes terapias o maniobras clínicas que disponemos para lograr nuestro objetivo - devolver salud gingivo-periodontal en cuanto a estética, función y mantenimiento de los resultados a largo plazo.

Clasificación

- 1) Sintomático
- 2) Etiológico: Terapia sistémica, básica, correctiva y de mantenimiento.

1) Tratamiento Sintomático

Esta terapia está justificada en aquellos cuadros patológicos que ameriten asistencia de urgencia.

Por ejemplo cuadros de enfermedades necrosantes agudas, gingivo estomatitis herpética aguda y abscesos (gingivales, periodontales y pericoronarios), etc.

2) Tratamiento Etiológico

Este tratamiento tiene como objetivo la eliminación o reducción de los factores causales de la enfermedad.

Lo dividimos en: terapia sistémica, básica, correctiva y de mantenimiento.

a- Terapia Sistémica

Incluye la consideración apropiada de las enfermedades sistémicas y su impacto en la etiología de la enfermedad periodontal.

Ejemplo son: pacientes diabéticos, pacientes medicados con bloqueadores de canales de calcio, fenitoína, ciclosporina o corticoides. En estos casos es necesaria la interconsulta médica.

Los pacientes fumadores deben contemplarse en esta etapa del plan de tratamiento para su derivación a programas de cesación del hábito de fumar.

b- Terapia Básica

El objetivo de esta fase de tratamiento es la eliminación de los agentes etiológicos locales de la enfermedad incluyendo el factor desencadenante, placa microbiana, y factores retentivos de placa microbiana como ser tártaro dental, restauraciones defectuosas, entre otros.

Todos aquellos factores asociados a inflamación gingival deben ser removidos.

Esta terapia incluye extracciones indicadas, educación para la salud gingivo periodontal, detartraje, profilaxis, eliminación de iatrógenos, prótesis provisionales, endodoncias, inactivación de focos, ferulizaciones temporarias, ajuste oclusal primario, raspado y alisado radicular y reevaluación de los resultados que se debe realizar entre la 4ta y 8va semanas.

En esta etapa podemos auxiliarnos, si el caso lo amerita, de antimicrobianos locales y/o sistémicos.

Tanto los puntos, movimientos ortodóncicos menores como eliminación de bridas y frenillos hoy día no se consideran en esta etapa.

c-Terapia Correctiva.

Esta terapia incluye procedimientos diseñados para tratar la enfermedad periodontal avanzada (terapia quirúrgica periodontal) y sus secuelas funcionales y/o estéticas.

Incluye cirugía de acceso (resectiva, inductiva, regenerativa) para tratamiento de la enfermedad periodontal avanzada, tratamiento ortodóncico, ajuste oclusal definitivo, colocación de implantes, rehabilitación definitiva.

Las técnicas quirúrgicas periodontales se clasifican en:

Técnicas destinadas a tratar la enfermedad periodontal:

- resectivas: de tejidos blandos (gingivectomía, colgajo desplazado apical y cuña distal)
de tejidos duros: (cirugía ósea y dentaria)
- inductivas: Colgajo de widman Modificado, Operación de Colgajo Modificado (Kirkland).
- regenerativas

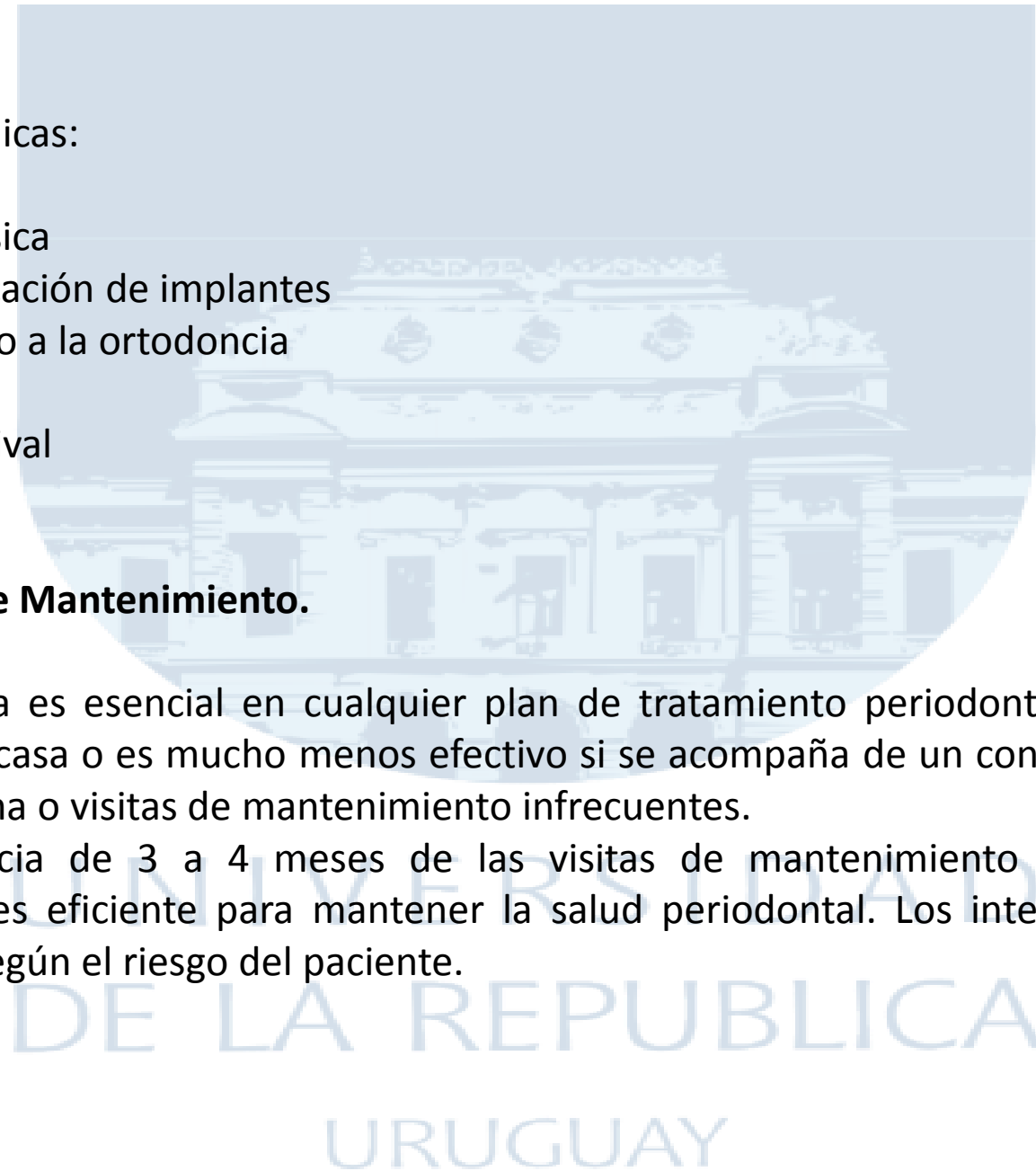
Otras Técnicas:

- preprotésica
- para colocación de implantes
- para apoyo a la ortodoncia
- plástica
- mucogingival

d-Terapia de Mantenimiento.

Esta terapia es esencial en cualquier plan de tratamiento periodontal. El tratamiento periodontal fracasa o es mucho menos efectivo si se acompaña de un control ineficiente de placa microbiana o visitas de mantenimiento infrecuentes.

La frecuencia de 3 a 4 meses de las visitas de mantenimiento en los pacientes periodontales es eficiente para mantener la salud periodontal. Los intervalos entre citas deben fijarse según el riesgo del paciente.



Durante las visitas de mantenimiento realizamos:

- examen y evaluación, donde debe actualizarse la historia médica, dental y periodontal, realizando un nuevo diagnóstico para ese paciente en ese momento.
- terapia de apoyo, donde verificamos si las técnicas de higiene dental y lingual son las correctas. Se remotiva al paciente y se realiza control de placa microbiana, detartraje y profilaxis.
- terapia de recidiva. En el caso que durante el examen y evaluación encontremos síntomas o signos relacionados con la enfermedad periodontal activa se recitará al paciente y se realizará el tratamiento indicado.

El mantenimiento periodontal es una etapa obligatoria y de por vida debido al carácter crónico de la enfermedad periodontal y por lo tanto su incumplimiento compromete la salud periodontal lograda.

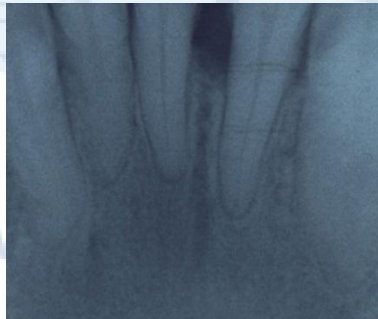
Debemos recordar que hay dos terapias que son obligatorias en todo paciente periodontal: terapia básica y terapia de mantenimiento. La terapia correctiva se realizará en aquellos casos que este indicada.

Diagnóstico: Enfermedad gingival por placa

Plan de tratamiento: terapia básica y terapia de mantenimiento



Diagnóstico: Periodontitis Crónica generalizada grado medio
Plan de tratamiento: terapia básica y terapia de mantenimiento



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Diagnóstico: Periodontitis Crónica grado avanzado

Plan de tratamiento: terapia básica, terapia correctiva quirúrgica con coadyuvancia antibiótica y terapia de mantenimiento

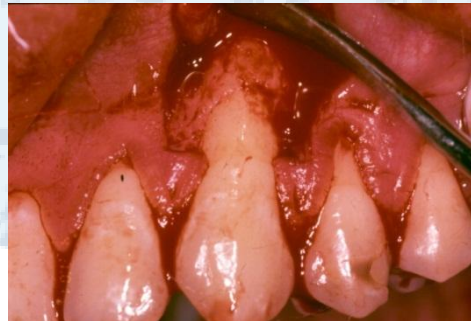


UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

Diagnóstico: Lesión gingival de origen traumático (Recesión gingival tipo 1 de Miller)

Plan de tratamiento:

Terapia básica, terapia correctiva (cobertura radicular con injerto subepitelial de paladar) y terapia de mantenimiento.



14. Bibliografía

- 1- Periodoncia para el Odontólogo General. Periodontology 2000, ed. española, (1), 2002.
- 2- Diagnóstico. Periodontology 2000, ed. española, (9), 2005.
- 3- Lindhe, Jan. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica, tomo 1, 5ta edición, 2009.
- 4- Bascones, Antonio, Periodoncia Clínica e Implantología Oral, 2da edición, 2001.
- 5- Manual SEPA de Periodoncia y terapéutica de Implantes. Fundamentos y guía práctica, Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración 2005.
- 6- Bueno, L; Pita, J. Clasificación de enfermedades periodontales: un tema controversial, Periodoncia, Osteointegración e Implantes, 2009; 14 (29):47-48.
- 7- Bueno, L; Apra, G. Pronóstico periodontal versus prestigio profesional, Periodoncia, Osteointegración e implantes, 2006; 11 (22): 15-21.
- 8- Bueno, L; Sakugawa, F. Etiopatogenia gingivoperiodontal: conceptos de interés para la clínica. Periodoncia, Osteointegración e Implantes, 2010; 15(31): 14-17.