

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA
EN EL ÁREA DE CIRUGÍA ORAL**

Investigadoras:

ISABEL CRISTINA BENJUMEA LARGO	931205
SANDRA PATRICIA GONZÁLEZ MORA	931208
SANDRA LILIANA TORRES DÍAZ	931215
LILIANA MARCELA SUÁREZ GONZÁLEZ	931223
SORA NAYIBE VARGAS CAICEDO	931227

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACIÓN AVANZADA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORAL
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.**

1998

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA
EN EL ÁREA DE CIRUGÍA ORAL**

Investigadoras:

ISABEL CRISTINA BENJUMEA LARGO	931205
SANDRA PATRICIA GONZÁLEZ MORA	931208
SANDRA LILIANA TORRES DÍAZ	931215
LILIANA MARCELA SUÁREZ GONZÁLEZ	931223
SORA NAYIBE VARGAS CAICEDO	931227

Director:

Dr. LEONARDO CALVACHE
Odontólogo Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial

Asesor Metodológico:

Dra. INÉS AMPARO REVELO
Odontóloga Magister en Administración de Salud



COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
AREA DE EDUCACIÓN AVANZADA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORAL
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.

1998

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA
EN EL ÁREA DE CIRUGÍA ORAL**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial
para optar el título de Odontólogo General.**

Investigadoras:

ISABEL CRISTINA BENJUMEA LARGO	931205
SANDRA PATRICIA GONZÁLEZ MORA	931208
SANDRA LILIANA TORRES DÍAZ	931215
LILIANA MARCELA SUÁREZ GONZÁLEZ	931223
SORA NAYIBE VARGAS CAICEDO	931227

Director:

Dr. LEONARDO CALVACHE
Odontólogo Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial

Asesor Metodológico:

Dra. INÉS AMPARO REVELO
Odontóloga Magister en Administración de Salud

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ORAL
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.**

1998

El trabajo de grado PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA EN EL ÁREA DE CIRUGÍA ORAL elaborado por CRISTINA BENJUMEA, SANDRA GONZÁLEZ, SANDRA TORRES, LILIANA SUÁREZ, NAYIBE VARGAS ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de Odontólogo General.

Dr. LEONARDO CALVACHE

Director de Investigación

Dra. INÉS AMPARO REVELO

Asesora Metodológica

Dra. ELBA MARÍA BERMUDEZ

Directora del Departamento de
Investigación y Salud Pública

Santafé de Bogotá, D.C., mayo de 1998

DEDICATORIA

A nuestros padres por todo el apoyo incondicional que nos brindaron para culminar nuestra carrera.

A las personas que nos colaboraron para la realización de este trabajo.

*Cristina Benjumea
Sandra González
Sandra Torres
Liliana Suárez
Nayibe Vargas*

GLOSARIO

Ambulatoria(o): Describe a todo paciente que no se encuentra confinado en la cama o a cualquier servicio de salud para personas no hospitalizadas.

Analgésico: Medicamento que mitiga el dolor.

Anestesia: Ausencia de sensibilidad al dolor.

Antibiótico: Sustancia antimicrobiana con la capacidad de destruir o impedir el desarrollo de un organismo vivo.

Antisepsia: Destrucción de gérmenes para evitar la infección.

Asepsia: Eliminación o destrucción de los gérmenes patológicos o los materiales infectados.

Bactericida: Que destruye las bacterias.

Bioseguridad: Condiciones recomendadas para el manejo seguro de material biológico.

Desinfección: proceso por el cual se destruyen los organismos patógenos o se hacen inertes.

Displasia: Anomalía de desarrollo.

Esporicida: Cualquier agente capaz de destruir las esporas.

Esterilización: Técnica para destruir microorganismos.

Excisión: Eliminar completamente un tejido o un órgano.

Fluido: Líquido corporal que facilita el transporte de electrolitos y otras sustancias.

Hemostasia: Interrupción de la hemorragia por medios mecánicos o químicos.

Incisión: Corte producido quirúrgicamente por un instrumento cortante.

Luxación: Dislocación o desplazamiento permanente de los extremos óseos de una articulación.

Patógenos: Cualquier microorganismo capaz de producir una enfermedad.

Terapia: Tratamiento a una enfermedad.

Tumor: Crecimiento hístico caracterizado por proliferación celular descontrolada.

CONTENIDO

	pág
INTRODUCCION	1
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.1. PROBLEMA	2
1.2. JUSTIFICACIÓN	2
1.3. PROPÓSITO	2
1.4. MARCO TEÓRICO	3
1.4.1. NORMAS DE MANEJO DE INFECCIONES	4
1.4.2. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	10
1.4.3. EXODONCIA MÉTODO CERRADO	12
1.4.4. EXODONCIA DIENTES RETENIDOS	14
1.4.5. CIRUGÍA MÉTODO ABIERTO EN TEJIDOS BLANDOS	22
1.5. OBJETIVO	30
1.5.1. GENERAL	30
1.5.2. ESPECÍFICOS	31

2. MÉTODO	32
2.1. TIPO DE ESTUDIO	32
2.2. OBJETO DE ESTUDIO	32
2.3. PROCEDIMIENTO	32
2.4. VARIABLES	32
3. RESULTADOS	33
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	47
APÉNDICE	48

INTRODUCCION

Este trabajo se realizó con el fin de proporcionar a todos los odontólogos y estudiantes de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano un protocolo que sirva de guía para el correcto desempeño en la realización de las cirugías que se presenten tales como exodoncias, método cerrado, método abierto de terceros molares, caninos incluidos y cirugía de tejidos blandos.

El protocolo propuesto seguirá paso a paso el procedimiento y el uso de los materiales e instrumental requeridos en cada cirugía que alumnos y profesionales van a realizar dentro de la Universidad.

Como producto de la investigación se diseñó un Protocolo Manual para que pueda ser utilizado por los estudiantes de manera ágil y práctica.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PROBLEMA

Los alumnos de preclínicas, al llegar a las clínicas del centro, no tienen información adecuada sobre el manejo de las cirugías, creando temor de enfrentarse a los procedimientos quirúrgicos porque no existen protocolos que se puedan seguir paso a paso.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El diseño del protocolo servirá como guía a alumnos y docentes para que no haya obstáculo y se agilice el trámite para los procedimientos quirúrgicos a realizar y que evalúe la cirugía oral de las clínicas de pregrado.

1.3. PROPÓSITO

Esta investigación pretende dar a conocer un protocolo en cirugía oral a los estudiantes de preclínica, sobre los procedimientos quirúrgicos realizados en el Colegio Universitario Colombiano (Facultad de Odontología).

1.4. MARCO TEÓRICO

La ley 100 de 1993 exige que toda institución prestadora de servicio de salud o afines deben tener un protocolo de atención para poder prestar dicho servicio.

Un protocolo es una guía interna que estandariza las atenciones, procedimientos, intervenciones que realizan las instituciones de salud por el decreto 2174 del 20 de noviembre de 1996.

Según la Real Academia de la Lengua Española un protocolo es un conjunto de diversos informes que se escriben inmediatamente después de realizada una intervención, tal es el caso de un acto quirúrgico, autopsia, etc.

Otras definiciones de protocolo lo definen como las disposiciones o fórmulas que comprenden las expresiones circunstanciales de solemnidad que legalizan un acto.

Regla ceremonial diplomática establecida por decreto o por costumbre (Diccionario Larousse).

Para efectos de esta investigación la definición de protocolo corresponde a un conjunto de normas y procedimientos que sirven como guía para el correcto

desempeño de los docentes y estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano en el área de Cirugía Oral.

Para poder diseñar el protocolo mencionado es importante describir claramente los siguientes conceptos.

1.4.1. NORMAS DE MANEJO DE INFECCIONES

La asepsia. La asepsia es considerada como la ausencia de infección por falta de microorganismos patógenos y la antisepsia incluye los mecanismos de destrucción por inhibición de los mismos.

En la práctica del personal de salud, se recorre de manera constante a la asepsia. La asepsia médica comprende las prácticas para excluir los microorganismos que se encuentran en una zona bien definida y todo artículo o material que sale de la misma se libre inmediatamente de bacterias de modo que ya no pueda transmitir infecciones.

La asepsia quirúrgica se refiere a la práctica de destruir todos los microorganismos presentes en una zona. La diferencia está pues, en que, la asepsia quirúrgica, es el lugar el que se libera de bacterias. La buena técnica aséptica implica limitar en la medida de lo posible la transferencia de microorganismos de una persona a otra.

Técnica aséptica. Son los métodos para evitar que el organismo se contamine o infecte con gérmenes patógenos. Existen dos tipos de asepsia:

Se denomina asepsia médica, técnica limpia o desgerminación a los procedimientos encaminados a disminuir o reducir el número de gérmenes en un área; previniendo la contaminación. Los procedimientos que se van a tener en cuenta son: lavado de manos.

Se denomina asepsia quirúrgica o técnica estéril a las prácticas para destruir todas las formas de vida microbiana presentes en una zona del cuerpo o en los materiales empleados en las técnicas quirúrgicas. Las técnicas que se van a tener en cuenta: manejo y uso de instrumentos, uso de guantes estériles, uso y mantenimiento del traje quirúrgico (tapa bocas, gorro, polainas, bata).

Desinfección y antisepsia. Son los procedimientos “mediante los cuales los microorganismos patógenos se destruyen o por lo menos se impide su multiplicación”.

Técnica de antisepsia. Son los procedimientos mediante los cuales los microorganismos patógenos se destruyen, o por lo menos se impide su multiplicación.

En las técnicas de antisepsia se emplean los desinfectantes para la desinfección del instrumental: el cidex; y los antisépticos que se utilizan para la desinfección de la piel, donde se tienen en cuenta el isodine y el jabodine.

Principios de la esterilización. Sigue vigente el hecho de que hoy rara vez se ve un esterilizador de agua hirviendo o una estufa de calor seco en un quirófano o en la guardia de una clínica. También la esterilización gaseosa, tal como la que se hace con óxido de etileno, está siendo utilizada cada vez menos.

Autoclave. Método preferido de esterilización y el que destruye los microorganismos resistentes de esporas y los hongos. Provee calor húmedo en forma de vapor saturado bajo presión. Esta combinación de humedad y calor genera el poder destructor de bacterias.

El tiempo de autoclave varía directamente al tamaño del paquete quirúrgico. Los de tipo más pequeño, empleados para cirugía bucal, requiere generalmente 30 minutos a 121°C bajo 1.40 Kg² de presión. Los guantes de goma son más frágiles que las telas y en la mayoría de los instrumentos se esterilizan de manera efectiva en 15 minutos, bajo 1.05 Kg² de presión, a 121°C.

Esterilización con agua hirviendo. No es muy recomendable ya que los esterilizadores de agua hirviendo no alcanzan niveles de temperatura que supere los 100°C. Si se utiliza se recomienda que se empleen medios químicos para aumentar el punto de ebullición del agua y por lo tanto, su eficacia bactericida. Una solución al 2% de carbonato de sodio por litro de agua destilada formará la solución al 2%. Esta agua destilada alcalinizada reduce el tiempo de esterilización requerido y contenido de oxígeno del agua también, reduciendo así la acción corrosiva sobre los instrumentos.

Esterilización por calor seco. Es uno de los métodos más usados en odontología y cirugía bucal. El calor seco no ataca el vidrio y no provoca oxidación. La esterilización adecuada de pequeñas cargas se logra a 170°C durante una hora. La principal desventaja de una esterilización con calor seco es, evidentemente, el largo período de tiempo requerido para resultados bactericidas.

Esterilización en frío. Los agentes químicos para la esterilización en frío más recientes introducidos emplean compuestos del hexaclorofeno como base activa. Estas sustancias pretenden proveer una esterilización adecuada de los instrumentos termosensibles en 3 horas. La mayoría de los medios para la esterilización en frío que pueden utilizarse con seguridad probablemente maten las bacterias vegetativas, pero existen dudas de su efectividad contra los esporos y hongos.

Esterilización por gas. Este método emplea el gas, óxido de etileno que han demostrado ser bactericidas cuando se lo emplea de acuerdo con condiciones ambientales controladas de temperatura y humedad. Así como una concentración adecuada de gas, durante un período de tiempo dado de exposición esterilizante.

Desinfectantes. Son agentes de naturaleza química que matan muchas formas de microorganismos patógenos, aunque algunas veces deja sin destruir algunas formas resistentes como esporas. Los antisépticos evitan el crecimiento y la actividad de los microorganismos sin que necesariamente los destruyan. Los desinfectantes se emplean por lo común para destruir elementos patógenos en objetos inanimados como un bisturí, en tanto los antisépticos se aplican en heridas o piel de los pacientes. Se dice que una sustancia es bactericida si destruye bacterias y una sustancia es bacteriostática si solo se evita su multiplicación.

Agentes desinfectantes. Glutaraldehído (cidex): Solución esporicida. Las soluciones acuosas de glutaraldehído presentan una reacción ligeramente ácida. En su estado ácido no son esporicidas. Amortiguados con un agente alcalinizador, bicarbonato de sodio (0.3%), se tornan en antimicóticos activos. El agente alcalinizador aumenta el nivel del pH de 7.5 a 8.5, lo cual produce un efecto germicida sobre todos los microorganismos.

La solución de glutaraldehído 2% activado conserva su eficacia durante dos semanas y el constantemente su capacidad para destruir bacterias vegetativas, hongos, mycobacterium tuberculosis y algunos virus dentro de 45 minutos y esporas en 10 horas. Los materiales plásticos y de caucho se pueden sumergir en glutaraldehído sin efectos nocivos. Su único inconveniente es ser corrosivo.

Reglas de comportamiento en el quirófano. Lister de manera concluyente demostró el papel de las bacterias en la infección de las heridas. Es obligatorio en toda cirugía, incluyendo la bucal, que se tomen todas las medidas inteligentes de precaución para evitar la contaminación de las heridas.

Una rutina aséptica para cirugía bucal elimina por lo menos marcadamente algunas de las vías de infección cruzada: La infección de profesional por el paciente, la infección del paciente por el profesional, o la infección del paciente por otro paciente a través del profesional o por medio del instrumental contaminado. La cavidad bucal es un sitio de cultivo normal de una gran variedad de microorganismos alojados en piel y mucosas que han sido incididas.

Las manos del cirujano se cepillan de manera adecuada. En la actualidad, los jabones altamente detergentes que contienen hexaclorofeno se utilizan comúnmente en las técnicas de cepillado. Los guantes estériles se emplean en todas las cirugías, y éstos,

al igual que las compresas, toallas, etc., sirven bacteriológicamente para aislar al profesional del paciente.

1.4.2. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Exámenes de laboratorio

—Tiempo de protrombina: Tp

Explora el conjunto de los factores de la coagulación en el sistema “Extrínseco” y permite de esta manera una evaluación de los factores del “complejo protrombínico”

(Factores II, V, VII, X)

Valores normales: Normalmente varía entre 12 y 14 segundos, pero depende de la calidad de la tromboplastina.

—Tiempo de tromboplastina (TPT)

Explora los factores de coagulación involucrados en el sistema intrínseco, a saber XII, XI, IX y VIII.

Valores normales: 68-82 segundos por el método corriente, 36-46 segundos por el método activado.

—Cuadro hemático

Valores normales para cada uno de los datos reportados:

—Recuento de eritrocitos: 4.5 a 5 millones por mm^3

—Concentración de hemoglobina: 12 a 16 gramos/100 ml de sangre

—Hematocrito: 37 a 54%

—Recuento de leucocitos: 5.000 a 10.000 por mm^3

—Neutrófilos: 55 a 60%

—Eosinófilos: 1 a 4%

—Basófilos: 0 a 1%

—Linfocitos: 25 a 35%

—Monocitos: 3 a 5%

—Recuento de plaquetas: 250.000 a 500.000 por mm^3

Exámenes radiográficos.

Radiografía: Placa o película fotográfica impresionada por radiaciones que han atravesado un cuerpo sometido a examen. Técnica de exploración mediante estas placas o películas.

Se utilizan radiografías:

Periapicales

Panorámicas

Oclusales

1.4.3. EXODONCIA MÉTODO CERRADO

Antes de hacer la exodoncia, tenemos que realizar una evaluación de los problemas que presenta, también tener cuidado con el tipo de anestesia, unas buenas radiografías para conocer anormalidades que puedan dificultar la exodoncia.

Indicaciones para la exodoncia: Hay que tener en cuenta que los dientes son puntos estéticos, componentes para la digestión y asimilación de los alimentos, sus pérdidas son muy lamentables.

Las siguientes son las causas más frecuentes como son:

- Enfermedad periodontal intratable
- Dientes temporales sobreretenidos
- Dientes para corregir maloclusiones
- Por razones prostodónticas
- Dientes retenidos

- Dientes supernumerarios
- Dientes afectados por fracturas de los maxilares
- Dientes tomados de modos directos e indirectos por quistes
- Dientes con focos infecciosos.

Contraindicaciones para la exodoncia:

- Infecciones bucales agudas como gingivitis ulcerante necrótica.
- Dientes con áreas irradiadas.
- Contraindicaciones sistémicas como diabetes descompensada
- Insuficiencia renal
- Cardiopatías

Pasos para la exodoncia:

- Debridación: Es el método utilizado para desprender la encía del diente.
- Prehensión: La toma o prehensión del diente, de este paso depende el éxito de la exodoncia, el instrumento debe insinuarse por debajo del borde gingival hasta llegar al cuello del diente.

—Luxación: O desarticulación del diente, es por medio del cual el diente rompe las fibras del periodonto y dilata el alvéolo.

a) Se realiza según dos mecanismos:

—Movimientos de lateralidad el diente dirigiéndose de adentro afuera.

—Movimientos de rotación del diente a derecha o izquierda en el sentido de su eje mayor.

—Extracción propiamente dicha: Con sucesivos movimientos de rotación o descenso el diente abandona el alvéolo, donde con cualquier instrumento puede retirarse el diente.

1.4.4. EXODONCIA DIENTES RETENIDOS

Dientes retenidos (incluidos - impactados): Son aquellos dientes que llegada la época normal de su erupción quedan encerrados dentro de los maxilares manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico.

Retención dentaria. Puede presentarse en dos formas:

—Retención intraósea

—Retención subgingival: diente está cubierto por mucosa gingival.

Razones por las cuales los dientes no hacen erupción:

—Razones embriológicas

—Obstáculos mecánicos:

—Falta material de espacio

—Hueso con una condensación tal que no puede ser vencido en el trabajo de erupción

—Un impedimento que se opone a la normal erupción

—Órgano dentario

—Dientes vecinos

—Exodoncia prematura de dientes temporales

—Elementos patológicos:

—Dientes supernumerarios

—Tumores odontogénicos

Accidente originados por los dientes retenidos:

1. Accidentes mecánicos:

- a. Trastornos sobre la colocación normal de los dientes.
- b. Trastornos sobre la integridad anatómica del diente
- c. Trastornos protéticos

2. Accidentes infecciosos: Dados por las infecciones de saco pericoronario de los dientes. La infección de estos sacos se origina por distintos mecanismos y vías:

—Al erupcionar un diente retenido, su saco se abre espontáneamente al entrar en contacto con medio ambiente.

—Proceso infeccioso se puede producir como una complicación apical o periodontal de un diente vecino.

—Infección puede ser por vía hemática.

3. Accidentes nerviosos

4. Accidentes tumorales

Clasificación de dientes retenidos según su posición:

1. Vertical
2. Mesoangular
3. Horizontal
4. Distoangular
5. Vestibuloangular
6. Linguoangular
7. Invertida
8. Inusual

Caninos superiores.

Extracción por vía palatina:

—Anestesia

- Retención unilateral: Anestesia infraorbitaria al lado de cirugía

- Retención bilateral: Anestesia infraorbitaria ambos lados.
- Anestesia infiltrativa: Agujero palatino anterior y palatinos posteriores.

—Incisión: Es necesario desprender parte de la fibromucosa dejando descubierto la bóveda ósea. Dada la incisión se realizará el desprendimiento del colgajo. La extensión de este debe estar dado por la posición del canino retenido. Incisión ideal es la que tiene por objeto, desprendimiento del telón palatino.

—Osteotomía

—Ostectomía: Para eliminar el hueso que cubre el canino retenido. Se debe tener en cuenta la cantidad de hueso a eliminarse, deben quedar ampliamente descubierta toda la corona retenida y parte del tercio cervical de la raíz.

—Extracción propiamente dicha.

—Sutura: Los puntos se ubican en los espacios libres.

Extracción canino por vía vestibular:

—Anestesia infraorbitaria

—Incisión: Newman

—Desprendimiento del colgajo

—Ostectomía con fresa redonda

—Odontosección: Sección del canino retenido a nivel de su cuello.

—Exodoncia propiamente dicha: De ambos elementos corona y raíz por separado

—Sutura.

Extracción de los caninos inferiores retenidos.

Vestibular:

—Anestesia

—Incisión

—Desprendimiento de colgajos: colgajo mucoperióstico

—Ostectomía

—Odontosección

—Exodoncia propiamente dicha

—Sutura

Tercer molar inferior:

—Anestesia

—Incisión

—preparación de los colgajos

—Osteotomía

—Ostectomía

—Odontosección

—Exodoncia propiamente dicha

—Sutura

Complicaciones operatorias:

—Hemorragia

—Lesión del nervio alveolar inferior

—Lesión del nervio lingual

- Fractura de una raíz
- Lesión del segundo molar
- Ruptura de un instrumento
- Desplazamiento del tercer molar dentro de los espacios texturales adyacentes o en el seno maxilar.
- Fractura de la apófisis alveolar
- Fractura de la tuberosidad maxilar
- Fractura de la mandíbula

Complicaciones posoperatorias:

- Hemorragia secundaria
- Infección de la herida
- Infección de los espacios aponeuróticos circundantes
- Osteítis alveolar

1.4.5. CIRUGÍA MÉTODO ABIERTO EN TEJIDOS BLANDOS

Tumores benignos, hiperplasias y displasias de tejidos blandos. Pueden formarse tumores de tejido blando en labios, mejillas, piso de la boca, lengua, encía, así como los espacios aponeuróticos, los tumores se forman a partir del revestimiento epitelial y también del tejido subyacente, también pueden ocurrir displasias epiteliales que requieran un manejo especial, los tumores más comunes son: papiloma, fibroma, lipoma, mioma.

Principios del tratamiento: El tratamiento de tumores, hiperplasias y displasias de tejidos blandos, la eliminación suele hacerse mediante excisión quirúrgica con un instrumento cortante o bisturí eléctrico, existen otros métodos para destruir el tejido tumoral como electrocauterio, electrosedación, crioterapia, inyección de soluciones esclerosantes.

Técnicas quirúrgicas: Los tumores superficiales y displasias epiteliales pueden eliminarse con técnica electroquirúrgica. Los tumores pediculados se excinden con electrocauterio, las hiperplasias gingivales, o en papilas interdentes, pueden afectar a dientes únicos o múltiples y deberse a alteraciones hormonales (tumor de embarazo).

Hiperplasia papilar (papilomatosis). Es una respuesta inflamatoria del epitelio palatino a una irritación crónica, la lesión consiste en múltiples elevaciones polipoides más rojas que la mucosa circundante.

Estos problemas consisten por debajo de las dentaduras maxilares que ajustan mal, también contribuyen a irritaciones crónicas por infecciones como:

Candida albicans: La hiperplasia papilar es esencialmente asintomática con alguna señal de incomodidad.

El tratamiento de la hiperplasia papilar indicado para restablecer la adaptación máxima de la dentadura maxilar, la lesión se puede escindir con electroquirúrgica.

Frenillo labial: Es un repliegue de la mucosa bucal que parte de la cara interna del labio, va a insertarse sobre la línea de unión de ambos maxilares superiores.

Hay tipos de frenillos anormales como:

- a) Ancha base en forma de abanico en el labio
- b) Ancha base en forma de abanico entre los incisivos.
- c) Ancha base en forma de abanico en el labio e incisivos

d) Amplio frenillo difuso adiposo

El frenillo ocasiona las diferentes anomalías como: Diastema

Tratamiento: Debe extirparse en la edad juvenil para ortodoncia o con fines protéticos en la edad adulta, y son quirúrgicos con anestesia local infiltrativa. Se deja muy tenso el frenillo con una hoja de bisturí corta y luego sutura según sea el caso del colgajo.

Frenillo lingual: Elemento patológico, se caracteriza por ser un sólido cordón, que se inicia en la cara inferior de la lengua, en las proximidades de su extremo apical, se inserta en la línea media de la mucosa del suelo de la boca.

Se originan dos problemas como son:

1. Fijación de la lengua al piso de la boca (lengua atada)
2. Diastema interincisivo.

Estos pacientes tienen problemas para: deglutir, fonación, (consonantes linguo-dento-labiales), movimientos de la lengua disminuido, no puede tocar el paladar.

Técnica de operación del frenillo lingual:

- Es simple y definitiva
- Bajo anestesia local infiltrativa

Quistes de origen odontógeno.

Quiste primordial: Se forma por degeneración quística de un germen dentario. De este modo, el quiste dentario se encuentra en lugar de un diente. Se pudo también originar de un supernumerario, por lo tanto en algunos casos están completos los dientes.

Características:

- Se caracteriza por extenderse a hueso y de desplazar a los dientes adyacentes mediante presión.
- En el examen radiográfico revela un área radiolúcida en el lugar del diente permanente normal subyacente.
- Se encuentra en lugar de un diente que faltó congénitamente, en particular de un tercer molar superior o inferior.

Tratamiento: El tratamiento es quirúrgico, raspando el fondo del hueso, para asegurar la completa extirpación del epitelio.

Quiste dentigero (quiste folicular): Se origina después de que la corona del diente se ha formado por completo mediante la acumulación del líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental.

Características:

- Los sitios más comunes donde se presentan son los terceros molares mandibulares y maxilares debido a que estos frecuentemente se impactan.
- Produce gran asimetría facial, desalojo de los dientes.
- Intensa reabsorción radicular de los dientes adyacentes.
- Dolor
- Radiográficamente se observa un área radiolúcida asociado de alguna manera con una corona dental no erupcionada.

El “quiste de erupción” o hematoma de erupción quiste dentígero se asocia con dientes deciduos o permanentes erupcionados en niños.

Clínicamente, la lesión aparece como una hinchazón circunscrita, fluctuante, frecuentemente translúcida, de reborde alveolar que se localiza sobre el sitio del diente erupcionado. No tiene tratamiento por lo general el diente erupciona por sí solo y si no se remueve una pequeña porción de tejido.

Tratamiento: Se determina según el tamaño. Las lesiones más pequeñas se quitan quirúrgicamente en toda su totalidad sin ninguna dificultad. Los quistes más grandes que conlleva una gran pérdida de hueso son tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico.

Complicaciones:

- Posibilidad de recurrencia después de la cirugía
- Desarrollo de un ameloblastoma.
- Desarrollo de un carcinoma epidermoide.
- Desarrollo de un tumor maligno de glándulas salivales.

Quiste periodontal apical: Quiste que afecta el ápice de un diente erupcionado.

Afecta el ápice de un diente erupcionado y es con más frecuencia resultado de infección por la vía de la cámara pulpar y del conducto radicular causado por la caries que afecta al diente.

Quiste periodontal lateral: Su etiología es indefinida, puede empezar como un quiste que se desarrolla en la superficie lateral de la corona, origen de un quiste primordial de un germen dental supernumerario.

Características:

- El quiste periodontal lateral se presenta principalmente en los adultos.
- Más común en la zona de premolares, canino y lateral inferior.
- En gran parte de los casos no han presentado signos o síntomas clínicos solamente se han descubierto durante el examen radiográfico.
- Si se llegara a infectar el quiste se presenta como un absceso periodontal lateral e incluso trata de establecer un drenaje.

—Radiográficamente se observa un área radiolúcida en aposición a la superficie lateral de un diente radicular.

—Puede o no estar bien circunscrito y no mide más de 1 cm de diámetro.

Tratamiento: Se debe retirar mediante cirugía, si es posible sin extraer el diente afectado y si no el diente deberá ser extraído.

Queratoquiste odontógeno: No se ha establecido definitivamente su origen, aunque la mayoría de los investigadores contemporáneos aceptan que se origina en la lámina dental.

Características:

—Se presenta en cualquier edad.

—En la mandíbula la mayor parte de los quistes se presentan en el área del primero y segundos molares y después por la parte anterior de la mandíbula. En el maxilar superior el sitio más común es el tercer molar seguida por la región de canino.

—Presentan dolor, hinchazón de los tejidos blandos y expansión del hueso, drenaje.

—Diversas manifestaciones neurológicas, como parestesia del labio y de los dientes.

—Radiográficamente se ve como una radiolusencia unilocular o multilocular, a menudo con un borde esclerótico delgado que representa hueso activo.

Tratamiento: Se debe extirpar quirúrgicamente, pero puede ser difícil su completa erradicación ya que la pared del quiste es muy delgada y puede fragmentarse con facilidad.

Los tres métodos básicos para tratar las lesiones:

1. Marsupialización
2. Enucleación y cierre primario.
3. Enucleación y empacado abierto.

1.5. OBJETIVO

1.5.1. GENERAL

Diseñar un protocolo de los diferentes procedimientos quirúrgicos de cavidad oral.

1.5.2. ESPECÍFICOS

- Establecer pautas para el diligenciamiento de la historia clínica y así lograr un correcto diagnóstico.
- Establecer los exámenes de diagnóstico previos al procedimiento quirúrgico.
- Determinar los diferentes tipos de cirugía oral más frecuentes que se pueden prestar en clínicas del colegio odontológico colombiano.
- Establecer el instrumental y los materiales necesarios para cada tipo de cirugía.
- Establecer el procedimiento a seguir según el tipo de cirugía a realizar.

2. MÉTODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

2.2. OBJETO DE ESTUDIO

Cirugía oral.

2.3. PROCEDIMIENTO

Se realizó un manual de protocolo de atención en cirugía oral donde se muestran los diferentes aspectos según la cirugía que se va a realizar teniendo en cuenta los materiales, métodos y procedimiento para que los estudiantes tengan una guía y no se les presenten inconvenientes.

2.4. VARIABLES

Historia clínica, exámenes diagnósticos, tipos de cirugía, instrumental y materiales, procedimiento.

3. RESULTADOS

Teniendo en cuenta los parámetros del Colegio Universitario Colombiano, específicamente en la Facultad de Odontología, se propone seguir una serie de pautas para la realización de un buen tratamiento quirúrgico por lo tanto se presenta a continuación una propuesta de protocolo a seguir y se incluye el Manual del Protocolo (Apéndice).

HISTORIA CLÍNICA

Al llegar un paciente a las clínicas del Colegio Odontológico se pueden realizar dos tipos de documento legal.

- **La historia clínica de Consulta Externa** consta de las siguientes partes:

Datos personales: Se le pregunta al paciente nombre, dirección, teléfono, dirección laboral, en caso de emergencia avisar a quién.

Motivo de consulta: La razón por la que acude el paciente a la clínica.

Anamnesis: Con una serie de preguntas lo que se busca es saber si el paciente padece, o ha padecido de algún tipo de enfermedad, personal o familiar.

Examen físico: En este evaluamos:

El examen físico craneomandibular

Examen físico oral

Periodontograma

Odontograma

Exámenes complementarios:

Exámenes de laboratorio: Dependiendo los resultados de una buena anamnesis y el tratamiento a realizar se puede pedir TP, TPT, cuadro hemático, curva de glicemia.

Se le ordena un juego de radiografías periapical, oclusal o panorámica dependiendo el caso.

Estudio de modelos articulados: Habiendo tomado unas impresiones en alginato y obteniendo un modelo de diagnóstico que lo llevamos al articulador para observar todos sus movimientos.

Diagnósticos definitivos: Se realizan los diagnósticos en todas las áreas: generales, craneomandibulares, periodontales, dentales, endodónticos, cirugía, dando así su posible etiología y pronóstico.

Plan de tratamiento: Teniendo el diagnóstico se desarrolla el plan de tratamiento por áreas. El ideal si el paciente puede realizarse este y si no se determina un tratamiento a realizar en convenio con el paciente.

La historia debe estar aprobada y sustentada por el respectivo docente, debe ir firmada por el paciente que hace constar que está de acuerdo con el plan de tratamiento.

- **Historia clínica por Urgencias.** Consta de:

Datos personales: Consta de nombre, dirección, teléfono, dirección laboral, en caso de emergencia avisar a quién.

Motivo de consulta: La razón por la que acude el paciente a la clínica.

Examen físico: Donde se evalúa el examen físico oral y un estudio general del paciente periodontalmente.

Examen complementario: De acuerdo al tratamiento que se va a realizar se le piden exámenes como TP-TPT, cuadro hemático.

Exámenes radiográficos: Radiografías periapicales, oclusales, panorámicas, dependiendo el caso.

Procedimiento: Enumerar todos los pasos a seguir del procedimiento que se va a realizar.

Esta historia por urgencias debe ir firmada por el paciente y docente, aprobada por el docente.

TRATAMIENTOS

Los tratamientos quirúrgicos descritos a continuación constan de métodos, procedimientos, materiales y complicaciones desarrollados y practicados en el Colegio Universitario Colombiano.

EXODONCIA MÉTODO CERRADO

Este procedimiento se realiza en cualquiera de las clínicas del Colegio Universitario Colombiano por medio de una historia clínica o urgencia bien diligenciada y aprobada; donde se incluyen datos personales, motivo de consulta, anamnesis (familiar y personal), se especifica si el paciente presenta o tiene antecedente de

alguna enfermedad, examen físico, craneomandibular, físico oral, periodontograma, odontograma, para llegar a dar un buen diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, deberá estar firmada y aprobada por el paciente y por el docente.

Se deberá tomar radiografías periapicales como exámenes complementarios en la zona donde se va a realizar la exodoncia método cerrado.

Para la cirugía se deberá tener el instrumental y material completo y previamente esterilizado en la misma clínica. El instrumental y material requerido es:

Instrumental

- Instrumental básico
- 1 jeringa carpule
- 1 pinza de disección con garra o sin garra
- 1 tijeras de tejido
- 1 tijeras de material
- 1 pinza de campo
- 1 mango de bisturí #3
- 1 perióstomo de Molt #21
- 1 cureta de Lucas
- 1 elevador recto acanalado de punta fina
- 2 elevadores de bandera derecho e izquierdo

- 2 elevadores apicales derecho e izquierdo
- Fórceps 150, 151, 69
- 1 lima de hueso
- 1 gubia
- 1 pinza mosquito o kelly
- 1 portaagujas de Mayo
- Pieza de alta velocidad
- Fresas

Materiales

- Gasas suficientes
- Anestesia carpule
- Xilocaína tópica
- Vaselina
- Glutaraldehido
- Isodine bucofaringeo
- Agujas de anestesia largas y cortas
- Jeringas desechables para irrigar de 20 cc (2 mínimo)
- Hoja de bisturí #15
- Sutura seda 3-0
- Eyectores (3 mínimo)
- Campo quirúrgico (1) paciente, (1) mesa auxiliar
- 2 vasos metálicos

- Tapabocas
- Careta
- Agua destilada
- Vinipel
- Protectores de lámpara
- Protectores de jeringa triple

Para el ingreso al área clínica se deberá tener en cuenta todos los implementos de bioseguridad para el docente, estudiante y paciente utilizando bata, gorro, tapabocas, guantes, gafas o visor.

El procedimiento quirúrgico se deberá iniciar con la asepsia de la cavidad bucal (enjuague con isodine bucofaringeo), anestesia según región, debridación, prehensión, luxación y exodoncia, tratamiento de la cavidad (curetaje e irrigación), control de la hemostasia, se debe suturar con seda 3/0 (puntos simples).

Se deberá realizar una prescripción médica, se le formulará antibiótico si lo requiere, analgésicos y terapia física.

Dentro de las recomendaciones están: no escupir, dieta blanda, no fumar, no exponerse al sol.

EXODONCIA MÉTODO ABIERTO

Esta cirugía se puede realizar en la clínica de cirugía ambulatoria, se encuentra ubicada en el primer piso, puede ser por historia clínica aprobada ya especificada anteriormente o por urgencia.

El paciente será observado en el segundo piso, clínica de diagnóstico, con su historia clínica y/o urgencia, exámenes complementarios, para que pueda ser aprobada, y poder programar la cirugía. Un día antes de la cirugía se debe llevar el instrumental completo para una previa esterilización.

Instrumental

- 1 jeringa carpule
- Instrumental básico
- Pinza disección con garra o sin garra
- Tijeras de tejidos
- Tijeras de material
- Pinza de campo
- Mango de bisturí
- Perióstomo
- Separador minnesota
- 7ª
- Cureta de Lucas

- Elevador recto acanalado punta fina
- Elevador bandera derecha-izquierda
- Elevador apicales derecha-izquierda
- Fórceps 150, 151, 69
- Lima hueso
- Gubia
- Pinza mosquito o kelly
- Porta agujas de Mayo

Materiales

- Pieza de alta
- Fresas
- Xilocaína tópica
- Vaselina
- Gasas suficientes
- Anestesia carpule (10 mínimo)
- Glutaraldehido
- Isodine bucofaringeo
- Agujas largas o cortas (mínimo 6)
- Jeringas desechables para irrigar de 20 cc (mínimo 2)
- Hoja bisturí #15 (mínimo 3)
- Campos quirúrgicos (1) paciente (2) mesas auxiliares (1) lámpara

- Eyectores (mínimo 3)
- Vasos metálicos (2)
- Agua destilada
- Gelfoam
- (2) gorros (1) alumno (1) paciente
- (2) polainas
- Tapabocas
- Caretas
- (2) batolas quirúrgicas (1) paciente (1) alumno

EXODONCIA TERCEROS MOLARES

Al ingresar al área de cirugía se debe llevar todos los materiales requeridos, y los implementos de bioseguridad. Paciente debe realizar asepsia de la cavidad bucal (enjuagues con isodine), se anestesia según la región, se realiza incisión mucoperióstica a nivel retromolar con o sin relajante, ostectomía si se requiere, odontosección si se requiere, eliminar el segmento coronal y luego radicular, o los segmentos que se requieran, tratamiento de cavidad, curetaje e irrigación con agua destilada, control hemostasia, sutura, prescripción médica y recomendaciones al paciente y se citará a los 8 días para realizar post operatorio.

EXODONCIA DE CANINOS INCLUIDOS

Al ingresar al área de cirugía llevando los implementos de bioseguridad y materiales.

Paciente debe realizar asepsia de cavidad bucal, anestesia según la región, incisión intracrevicular, desprendimiento del colgajo, ostectomía si se requiere, odontosección si requiere, eliminar segmentos, tratar cavidad, controlar hemostasia, sutura se realizará de acuerdo al diagnóstico dado tanto clínico como radiológico.

Vestibular puntos simples, palatino punto intrapapilar. Prescripción médica y recomendaciones, se citará al paciente a los ocho días post-operatorio.

CIRUGÍA DE TEJIDOS BLANDOS

Esta cirugía puede realizarse por historia clínica de urgencias en la clínica de cirugía ambulatoria o por historia clínica de consulta externa en la clínica del piso.

El paciente ingresa con el alumno a la hora convenida, mientras el alumno coloca papel cristaflex y los campos quirúrgicos de tela o desechables en la unidad, el paciente debe hacer enjuagues bucales; el alumno colocará el instrumental previamente esterilizado el día anterior y el material exigido en el procedimiento.

Instrumental

- Básico
- Jeringa carpule
- Pinza de disección con garra o sin garra
- Tijeras de tejido
- Pinza de campo
- Mango de bisturí #3
- Pinza mosquito o kelly
- Separador de Minessota
- 7ª
- Cureta de Lucas
- Porta objetos

Materiales

- Gasas
- Anestesia carpule
- Glutaraldehido
- Isodine bucofaringeo
- Agujas de anestesia largas y cortas
- Hoja de bisturí #15
- Sutura 3-0
- Campos quirúrgicos

- Eyectores
- Vasos metálicos
- Agua destilada
- Gelfoam
- Gorros
- Tapabocas
- Careta o visor
- Batolas
- Guantes

Al estar listos los materiales y el instrumental empezamos a realizar el procedimiento quirúrgico, según la región a tratar colocamos la anestesia, luego hacemos una incisión y se realiza la excisión quirúrgica del tejido con un bisturí, al retirar este tejido debemos realizar hemostasia la cual puede hacerse con ligadura del vaso sanguíneo o con sutura (puntos simples, colchonero, continuo en el reborde o vestibulo, según la región; al terminar el procedimiento debemos dar recomendaciones al paciente, y si es necesario medicamos analgésicos y antibióticos, y por último citaremos a nuestro paciente a una cita control a los ocho días para retirar puntos y controlar la cicatrización.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La historia clínica es imprescindible en cualquier manejo quirúrgico, debe estar perfectamente diligenciada.

Se conocieron todos los aspectos relacionados con el manejo adecuado de la bioseguridad que debe tener cualquier cirugía ya que evitamos así algún problema más adelante.

Los docentes y estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano deben saber manejo correcto de instrumental y materiales ya que todas las cirugías presentan algún tipo de riesgo.

Se debe tener en claro los procedimientos a seguir según el tipo de cirugía a realizar.

Las investigadoras sugieren que en caso de que se decida aplicar este protocolo en la Institución, sea evaluado a corto y mediano plazo.

BIBLIOGRAFÍA

BOSCH ANGELS María. Gran Enciclopedia Larousse. Edición Planeta, 1985, 10 tomos.

CENTENO, Guillermo A. Cirugía bucal. Edición 8. Editorial Buenos Aires, 1985, pp. 221-258; 413-419.

DICCIONARIO DE MEDICINA MOSBY, Editorial Océano, 1994.

KRUGER, Gustavo O. Tratado de Cirugía bucal. 1978; pp. 4-28.

LABORATORIO LUTECIA DE COLOMBIA. Exámenes de laboratorio. Edición 4, 1986, pp. 22-24.

LASKIN, Daniel M. Cirugía bucal y maxilofacial. Editorial Panamericana, 1987. pp. 13-15; 58-89.

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2174, Noviembre 20 de 1996.

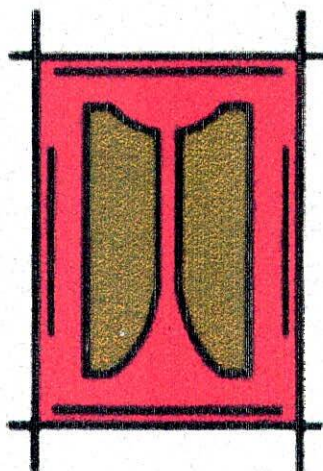
WITTER DUGAS, Berverly. Tratado de enfermería preventiva. Edición 3, 1979. Editorial Interamericana, pp. 321-324.

APÉNDICE

PROTOCOLO INTERNO

—Cirugía Oral—

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
Facultad de Odontología



Investigadores:

Cristina Benjumea
Sandra González
Sandra Torres
Liliana Suárez
Nayibe Vargas

Asesor:

Dr. Leonardo Calvache
Dra. Inés Amparo Revelo

CONTENIDO

Protocolo I

Normas de Manejo para Asepsia y Antisepsia

Protocolo II

Exodoncia Método Cerrado

Protocolo III

Exodoncias Método Abierto

Restos Radiculares y Terceros Molares Incluidos

Exodoncia Caninos Incluidos

Protocolo IV

Cirugía Tejidos Blandos

Anexos

Anexo 1: Cirugía para tejidos duros

Anexo 2: Cirugía para tejidos blandos

Anexo 3: Exámenes Complementarios

PROTOCOLO I

NORMAS DE MANEJO PARA ASEPSIA Y ANTISEPSIA



Figura 1

1. Condiciones adecuadas en el consultorio odontológico

- Paredes, techo y suelo deben ser de un material lavable, y resistente a las sustancias químicas.
- Zona de esterilización específica
- Equipo odontológico debe ser de un material lavable.
- Pieza de mano de alta y micromotor envueltos en gasas con glutaraldehído por 15 minutos antes de comenzar el procedimiento.
- Campos quirúrgicos para lámpara, micromotor, pieza de alta, jeringa triple, esterilizados previamente.

2. Condiciones adecuadas para el odontólogo y el auxiliar.

- Bata, gorros, tapabocas y polainas.
- Guantes estériles.
- Gafas o visor
- Materiales desechables y materiales lavables.

3. Condiciones para el manejo de materiales desechables.

- Bolsas de color rojo —desechos patógenos o infectocontagiosos.
- Bolsas de color negro —Envases de vidrio, papelería o cáscaras.
- Dispensador guardián para agujas desechables y cuchillas de bisturí

4. Manejo de descontaminación del instrumental.

- Llevar el instrumental a una cubeta plástica, con un material inactivador “glutaraldehído” durante 15 minutos.

- Lavar el instrumental con cepillo de cerdas metálicas y guantes de caucho industriales.
- Secar el instrumental y esterilizar en autoclave.
- La pieza de mano debe ser purgada (colocar a funcionar contra la escupidera, cinco minutos, para eliminar fluidos orales); además se debe limpiar con un inactivador, "glutaraldehído", y gasas.
- El eyector debe ser colocado a aspirar hipoclorito de sodio rebajado, durante 2 minutos.
- La escupidera debe ser limpiada con hipoclorito de sodio.

PROTOCOLO II

EXODONCIAS MÉTODO CERRADO

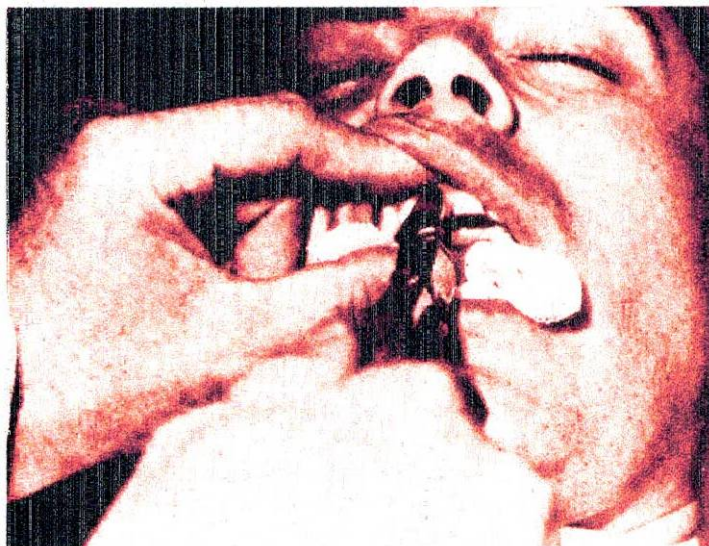


Figura 2

1. Historia clínica o por urgencia aprobada.

1. Instrumental Anexo 1).

2. Asepsia y antisepsia de la cavidad bucal, se realiza con enjuague oral

3. Anestesia según la región.

4. Desinfección del diente

5. Aislamiento con campos

6. Prehensión con fórceps

7. Luxación con fórceps

8. Extracción propiamente dicha.

9. Tratamiento de la cavidad (curetaje e irrigación)

10. Control de hemostasia.

11. Sutura con seda 3/0 .

12. Prescripción médica (analgésicos)

13. Recomendaciones

- No escupir
 - Dieta blanda
 - No fumar
 - No exponerse al sol
14. Control post-operatorio a los ocho días.

PROTOCOLO III

EXODONCIA MÉTODO ABIERTO

Restos Radiculares y Terceros molares Incluidos

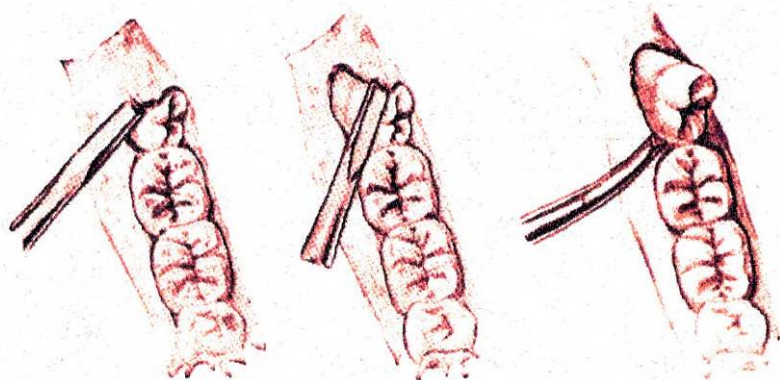


Figura 3

I. Historia clínica aprobada

II. Urgencia aprobada

1. Exámenes complementarios

A. De laboratorio (Anexo 3)

B. Radiografías

2. Aprobación de la cirugía en la clínica de diagnóstico, con sus respectivos exámenes complementarios.

3. Programación de la cirugía, en la clínica de cirugía ambulatoria.

4. Esterilización del instrumental en la clínica de cirugía ambulatoria un día antes del procedimiento (Anexo 1).

5. Ingresar al área de cirugía llevando todos los implementos de bioseguridad para el docente, estudiante y paciente. Utilizando bata, gorro, tapabocas, polainas, guantes estériles, gafas o visor.

6. Procedimiento quirúrgico

- Asepsia de la cavidad bucal (enjuague oral)
- Anestesia según región
- Incisión mucoperiostica a nivel retromolar o sitio del resto radicular con o sin relajante.
- Elevación del colgajo.
- Ostectomía (si el procedimiento lo requiere)

- Odontosección (si el procedimiento lo requiere).
- Eliminar el segmento coronal y luego radicular, o los segmentos que se requiera (si realizó odontosección)
- Tratamiento de la cavidad (curetaje e irrigación)
- Control de hemostasia
- Sutura con seda 3/0 (Puntos simples o colchoneros)

7. Prescripción médica

A. Antibióticos (si el procedimiento lo requiere)

B. Analgésicos

C. Terapia física

8. Recomendaciones

- No escupir
- Dieta blanda
- No fumar
- No exponerse al sol

9. Control post-operatorio a los ocho días.

EXODONCIA CANINOS INCLUIDOS



Figura 4

I. Historia clínica aprobada

II. Urgencia aprobada

1. Exámenes complementarios

a. De laboratorio (Anexo 3)

b. Radiográficos

2. Aprobación de la cirugía en la clínica de diagnóstico con sus respectivos exámenes complementarios.

3. Programación de la cirugía en la clínica de cirugía ambulatoria.

4. Esterilización del instrumental en la clínica de cirugía ambulatoria. Un día antes del procedimiento (Anexo 1).

5. Al ingresar al área de cirugía llevando los implementos de bioseguridad para el docente, estudiante y paciente. Utilizando bata, gorro, tapabocas, polainas, guantes estériles, gafas o visor.

6. Procedimiento quirúrgico

- Asepsia de la cavidad bucal
- Anestesia según la región
- Incisión mucoperiostica con o sin relajante por vestibular o intracrevicular por palatino
- Desprendimiento del colgajo
- Ostectomía si requiere
- Odontosección si requiere
- Eliminación de segmentos

- Tratamiento de la cavidad ósea
- Control de hemostasia
- Sutura se realizará de acuerdo al abordaje quirúrgico
Vestibular puntos simples
Palatino puntos intrapapilar

7. Prescripción médica

- Antibióticos (si el procedimiento lo requiere)
- Analgésicos

8. Recomendaciones

- No escupir
- Dieta blanda
- No exponerse al sol
- No fumar
- Terapia de frío durante las primeras 24 horas
- Terapia de calor después de las primeras 24 horas

9. Control post-operatorio a los ocho días

PROTOCOLO IV

CIRUGÍA TEJIDOS BLANDOS

HIPERPLASIAS

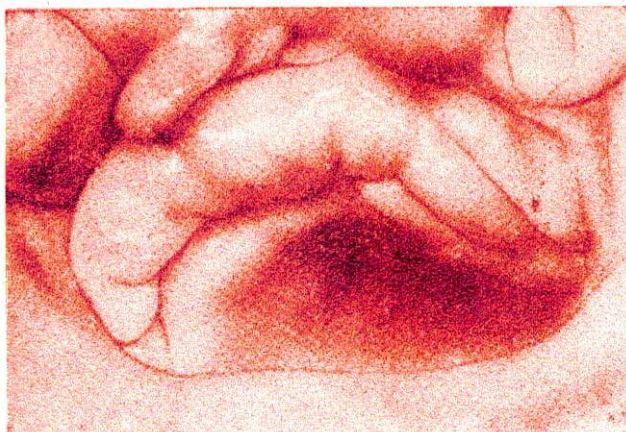


Figura 5

I. Historia clínica aprobada

1. Exámenes complementarios

- Laboratorio (Anexo 3)
- Radiográficos

2. Programación de la cirugía en la clínica de cirugía ambulatoria.

3. Esterilización del instrumental en la clínica de cirugía ambulatoria un día antes del procedimiento (Anexo 2)

4. Procedimiento quirúrgico

Hiperplasias

- Asepsia de la cavidad bucal
- Anestesia según la región
- Excisión quirúrgica
- Hemostasia (Ligadura o sutura) si se requiere
- Sutura según el caso

Simple

Colchonero

Continuo

5. Control post-operatorio a los ocho días

ANEXOS

ANEXO 1. FICHAS DE EVALUACIÓN

EQUIPO REQUERIDO

ANEXO 1

CIRUGÍA PARA TEJIDOS DUROS

1) Instrumental

- Instrumental básico
- 1 jeringa carpule
- 1 pinza de disección con garra o sin garra
- 1 tijeras de tejidos
- 1 tijeras de material
- 1 pinza de campo
- 1 mango de bisturí #3
- 1 perióstomo de MOLT#21
- 1 separador de minesota
- 1 7A
- 1 cureta de Lucas
- 1 Elevador recto acanalado punta fina
- 2 elevadores de bandera der. Izq.
- 2 elevadores apicales der. izq.
- Fórceps 150, 151, 69
- 1 lima de hueso
- 1 gubia
- 1 pinza mosquito o kelly
- Portaagujas de Mayo
- Pieza de alta
- Micromotor

2) Materiales

- Fresa zecria (2)
- Fresa 701 702
- Fresas redondas
- Xilocaína tópica
- Vaselina
- Gasas suficientes
- Anestesia carpule (10) mínimo
- Glutaraldehído
- Isodine bucofaringeo

- Agujas de anestesia largas y cortas (6 mínimo)
- Jeringas desechables para irrigar de 20 cc (2) mínimo
- Hoja de bisturí #15 (3) mínimo
- Sutura 3-0 seda (3 mínimo)
- Campos quirúrgicos (1) paciente, (2) mesas auxiliares, (1) lámpara, (1) manguera
- Eyectores (3 mínimo)
- (3) vasos metálicos
- Agua destilada nueva
- Gelfoam
- (2) gorros (1) alumno, (1) paciente
- (4) polainas
- Tapabocas
- Gafas o visor
- (3) batolas quirúrgicas (1) paciente, (1) alumno, (1) docente

ANEXO 2

CIRUGÍA PARA TEJIDOS BLANDOS

1) Instrumental

- Instrumental básico:
- 1 jeringa cárpule
- 1 mango de bisturí #3
- 1 separador de Minesota
- 7A
- 1 cureta de Lucas
- 1 pinza de campo
- 1 pinza hemostática kelly
- 1 pinza hemostática mosquito
- 1 pinza de disección con o sin garra
- 1 tijera de tejido
- 1 tijera de material
- 1 portaagujas

2) materiales:

Igual que los requeridos para procedimientos de cirugía oral para tejidos duros.

ANEXO 3

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

a) Laboratorios básicos

- TP
- TPT
- Cuadro hemático
- Recuento plaquetario
- Tiempo de sangría

B) Radiografías

- Periapicales
- Panorámicas
- Oclusal si lo requiere
- Perfil si lo requiere