

NORMAS DE ATENCION ODONTOLOGICA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

MONTEVIDEO

1987

El Ministerio de Salud Pública y su Comisión Honoraria de Salud Bucal elaboraron una serie de normas de atención Odontológica que fueron aprobadas en el año 1987.

Considerando esto de gran importancia en el sentido de poseer un documento guía para normatizar la actividad odontológica de los Servicios Estatales y Paraestatales, publicamos hoy este documento pues creemos que no tiene la difusión necesaria y que sin duda será de mucha utilidad para toda la profesión trabajen o no los odontólogos en estos servicios normatizados.

FUNDAMENTACION

Teniendo en cuenta:

- I) que dentro de los programas de atención en salud a las personas que desarrolla el Ministerio de Salud Pública, se encuentra el de Salud Bucal;
- II) que nuestra población ha alcanzado altos índices de patología bucal;
- III) que mediante técnicas preventivas a nivel comunitario como la fluoración de las aguas de consumo público, la educación para la salud y la prevención se puede abatir, fundamentalmente, los índices de morbi-mortalidad dentaria;
- IV) que todos los organismos públicos y privados ejercen acciones odontológicas que se regulan por sus propias reglamentaciones sin tener normas comunes que, identificando los mismos problemas, mantengan uniformidad en las técnicas preventivas, restauradoras y rehabilitadoras;
- V) el Ministerio de Salud Pública entiende debe ser normatizada la actividad odontológica de los servicios estatales y paraestatales.

CAPITULO I

1. OBJETIVO GENERAL

Establecer normas definidas de atención para que el derecho a la salud sea una realidad para todos los beneficiarios de los servicios, en forma equitativa y contribuir así al logro de la meta de salud para todos.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.1. Orientar la Odontología hacia el fomento, protección y mantenimiento de la salud.
- 2.2. Unificar criterios y procedimientos de educación para la salud, prevención y asistencia odontológica.
- 2.3. Aumentar el rendimiento mediante la racionalización administrativa y operativa de los servicios optimizando los recursos existentes.
- 2.4. Establecer un sistema de información odontológica en base a registros unificados que permitan analizar morbilidad y el efecto de las actividades.

CAPITULO II

3. NORMAS GENERALES

- 3.1. Las Instituciones que cuenten con servicios odontológicos deberán contar con una relación adecuada entre recursos humanos (odontólogo, higienista y asistente) y población a servir.
El M.S.P. establecerá en su oportunidad, las normas para determinar dicha relación en cada servicio teniendo en cuenta fundamentalmente: cobertura, demanda espontánea y programada, rendimiento, prestaciones brindadas y financiación de los servicios.
- 3.2. Todos los servicios odontológicos que por sus recursos no puedan abarcar en la misma consulta a todos los pacientes que concurren por demanda espontánea, salvo las urgencias, deben ser citados en día y hora lo más pronto posible.
- 3.3. Deberá hacerse la citación de los pacientes de tal forma de cumplir con la misma en la fecha y hora convenidos.
- 3.4. Se establecerán prioridades según el riesgo de enfermedad y/o características de los servicios.
- 3.5. Se diseñará un programa de reciclaje periódico de recursos humanos de acuerdo a las características de los servicios.

CAPITULO III

4. NORMAS GENERALES DE ATENCION

4.1. URGENCIAS

- a) Su atención será obligatoria y prioritaria.
- b) Su contenido será:
 - Diagnóstico de motivo de consulta.
 - Asistencia del problema inmediato.
 - Captación para una atención sistemática.

4.2. ATENCION SISTEMATICA

Las prestaciones que se realicen a cada paciente estarán de acuerdo a las posibilidades máximas de cada servicio y, en todos los casos, se deben realizar acciones de educación, protección específica, diagnóstico y tratamiento precoz.

- 4.2.1. En la etapa inicial, se deben efectuar las siguientes acciones:
 - 4.2.1.1. Diagnóstico: comprenderá las siguientes etapas:
 - Evaluación general del paciente
 - Diagnóstico clínico de: lesiones mucosas;
 - lesiones de los maxilares;
 - maloclusiones y malposiciones;
 - disfunciones;
 - tejidos dentarios;
 - enfermedad periodontal;
 - Diagnóstico de riesgo

- Diagnóstico de riesgo

4.2.1.2. Pronóstico primario

4.2.1.3. Plan de tratamiento

Se planificarán las sesiones de tratamiento teniendo en cuenta:

- motivación y educación para la salud
- inactivación de lesiones
- aplicación de medidas preventivas
- tratamiento restaurador y rehabilitador según posibilidades máximas de los servicios
- evaluación de la respuesta al tratamiento, revisión del pronóstico, frecuencia de controles de mantenimiento de la salud

- 4.2.2. Los controles periódicos serán obligatorios en todos los casos y su frecuencia se establecerá en la etapa inicial, sin perjuicio de modificarla de acuerdo a la evolución de cada caso.

Comprenderá:

- evaluación de las medidas preventivas y curativas
- diagnóstico y tratamiento de nuevas lesiones
- refuerzo de educación para la salud y de medidas preventivas
- fijación de fecha para el siguiente control

CAPITULO IV

5. ATENCION DEL NIÑO

La etapa inicial y los controles periódicos se realizarán de acuerdo a lo establecido anteriormente en las Normas Generales de Atención.

Se detallan a continuación, dentro de cada grupo etario, las características particulares que hay que tener en cuenta además de las vistas en: "3. NORMAS GENERALES".

5.1. NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS

5.1.1. Etapa inicial

- 5.1.1.1. Diagnóstico: efectuar además del diagnóstico general, el diagnóstico de malformaciones congénitas y po-

sibles lesiones que presente el niño desde el nacimiento o que se detectan en los primeros años.

5.1.1.2. **Pronóstico primario**

5.1.1.3. **Plan de tratamiento**

- acciones educativas: se realizarán al paciente y a sus responsables.
- inactivación de lesiones cariosas: si presenta cavidades cariosas deben ser eliminadas y obturadas según técnicas de control (Massler).
- aplicación de medidas preventivas: fluoroterapia sistémica: se iniciará la dosis de flúor según el siguiente criterio: en zonas donde no hay flúor en el agua o donde el porcentaje está por debajo de 0.2 ppm., la dosis debe ser la siguiente:
 - nacimiento a dos años: 1/4 de comprimido diario de FNa de 2.2. mg. que corresponde a 1 mg. de ión fluoruro.
 - de 2 a 3 años: 1/2 comprimido diario de FNa.

Si el agua contiene de 0.2. a 0.5 ppm. se dará la mitad de la dosis indicada.

Si el agua contiene 0.7. ppm. o más, no se administrará FNa en comprimidos.

Control de dieta: se instruirá sobre la importancia de controlar la ingestión de alimentos azucarados entre horas. Evitar los hidratos de carbono en el chupete de entretenimiento y la ingestión de mamaderas en forma continua, sobre todo, la nocturna.

Si el niño recibe medicación en forma de jarabe dulce, prever sus posibles consecuencias y disminuir su acción nociva mediante la administración junto con las comidas, y el cepillado inmediato a su ingestión.

Control de placa bacteriana: se explicará la formación y el potencial patogénico de la placa microbiana y la forma de controlarla.

Se motivará sobre la higiene de la boca de los niños, indicándose que el momento de comenzar con ella debe ser apenas erupcionen los dientes.

Control de hábitos nocivos: si el niño succiona chupete, dedo o algún objeto, se alertará a los padres de sus posibles consecuencias si esto persistiese luego de la etapa oral (aproximadamente a los 2 años).

Controlar la respiración bucal y posibles causas, y posturas nocivas durante el sueño.

Prevención de traumatismos: dar normas para la asistencia familiar de emergencia.

Tratamiento restaurador y rehabilitador: de acuerdo a la edad dental y mental del niño se podrán realizar las siguientes acciones:

- amalgamas y coronas de acero en sector posterior;
- restauraciones provisorias (eugenato mejorado);
- disking en sector anterior;

Evaluación de las respuestas al tratamiento, revisión del pronóstico y frecuencia de controles de mantenimiento de la salud.

Controles periódicos: de acuerdo a Normas Generales. Enfatizar el componente educativo y preventivo.

5.2. NIÑOS DE 4 Y 5 AÑOS

5.2.1. Etapa inicial

5.2.1.1. **Diagnóstico de riesgo:** se evaluará en forma muy especial los primeros molares permanentes. El diagnóstico se hará en base a:

- ecología bucal
- fecha de erupción (maduración post-eruptiva)
- anatomía oclusal, diagnóstico de surco

5.2.1.2. Pronóstico primario

5.2.1.3. Plan de tratamiento

- Motivación y educación para la salud. Se incrementarán las acciones educativas dirigidas al niño a medida que va adquiriendo mayor maduración motriz e intelectual.

- Inactivación de lesiones: Massler.

- Aplicación de medidas preventivas:

--Fluoroterapia sistémica: se indicará un comprimido diario si el tenor de flúor es inferior a 0.2. ppm. en el agua de consumo.

--Control de dieta: deberá hacerse un estudio de dieta dirigida fundamentalmente al tipo de alimentos y bebidas, la forma en que se ingiere y la hora en que son consumidos. Hacer un estudio analítico simple y cualitativo de los momentos de ataque ácidos y la relación con la higiene.

--Control de placa bacteriana. Si bien el control de placa debe ser hecho por las personas responsables del niño en el hogar, se debe tratar de motivar al propio paciente sobre el cepillado correcto sin dejar de darle importancia a la responsabilidad de los mayores en ese control. Se aconsejará uso de dentífrico con flúor.

--Hábitos nocivos: si el paciente presenta algún tipo de hábito nocivo, es conveniente su tratamiento en esta etapa.

--Prevención de traumatismos: instruir al paciente y a sus responsables sobre la manera de prevenirlos y cuál debe ser su conducta en caso de producirse.

Prevención y tratamiento de primeros molares permanentes:

- determinar sellantes, flúor tópico, amalgamas.

- luego de diagnóstico de surco hecho por el profesional se procederá así:

--Molar sin caries y sin posibilidades de aislación: higiene y flúor tópico semanalmente durante 4 semanas.

--Molar sin caries y con posibilidades de aislación:

--en surco poco profundo, lóbulos bien fusionados.

--sin anfractuosidades en boca:

- sin experiencia de caries: flúor tópico

- con experiencia de caries: sellante y flúor tópico

--Molar con caries y posibilidades de aislación: amalgama y flúor tópico.

--En ciertas circunstancias puede estar indicado, además, el uso de sellantes,

--Ortopedia preventiva e interceptiva: deben realizarse los tratamientos preventivos correspondientes de los espacios dejados por la pérdida prematura de los dientes caducos.

Deben realizarse los desgastes de las facetas cuspidas de interferencia de la dentición caduca.

Debe tratarse mediante planos inclinados u otro tipo de procedimiento, entrecruzamiento patológico de los dientes caducos (si así estuviere indicado) y de dientes permanentes del sector anterior en erupción activa.

--Tratamiento restaurador y rehabilitador

Planificación de las acciones: teniendo en cuenta las características del paciente programar para una sola sesión todas las maniobras clínicas dolorosas del sector anestesiado, pudiendo diferir aquellas acciones que se pueden realizar en forma indolora (obturación, impresión, etc.)

Realizaciones:

- extracciones de dientes irrecuperables

- tratamiento en dientes anteriores caducos: diskling, amalgama u otro material

- tratamiento en posteriores caducos: clases I, II y V, amalgamas coronas de acero: en esta edad es aconsejable hacer coronas de acero en los molares caducos en los siguientes casos:

Niños de difícil manejo

Niños de mala higiene

Con policarías

Con hipoplasias

En cavidades de clase II complejas

En dientes con más de dos superficies afectadas

- patosis pulpares en dientes caducos:

En dientes vitales: pulpotomías con formocresol (técnica de 5 minutos) Obturación con OZE.

En dientes con necrosis, exudado seroso, hemorragia incontrolables, pulpotomías con formocresol (técnica diferida) Obturación con OZE-formocresol.

- evaluación de la respuesta al tratamiento, re-

visión del pronóstico y frecuencia de controles de mantenimiento de la salud.

Controles periódicos

Además del componente de diagnóstico y educativo preventivo, el control periódico debe servir para recalcar la motivación del paciente en el cuidado de su salud bucal, su relación con el odontólogo, el control de la oclusión, el control de tratamiento recibido, planear las nuevas necesidades de atención y mantener el seguimiento del paciente en estado de salud.

Regular la periodicidad según grado de riesgo.

5.3. NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS

5.3.1. Etapa inicial

5.3.1.1. Diagnóstico de riesgo: evaluar especialmente:

- actividad de caries
- erupción de segundos molares
- evolución y desarrollo de la oclusión
- traumatismos
- estado gingival

5.3.1.2. Pronóstico primario

5.3.1.3. Plan de tratamiento

- Motivación y educación para la salud; se incrementarán las acciones educativas dirigidas al niño a medida que va adquiriendo mayor maduración motriz e intelectual.

- Inactivación de lesiones: Massler.

- Aplicación de medidas preventivas:

Flúoroterapia sistémica: si el niño está tomando flúor debe seguir con la dosis de un comprimido diario de 2.21 mg. de FNa si el agua contiene 0.2 ppm. o menos.

Si el niño no está tomando, y es menor de 9 años, conviene igualmente comenzar a administrarlo en esta etapa en la dosis anteriormente citada para cubrir la maduración pre eruptiva de premolares y segundos molares.

- Flúoroterapia tópica: teniendo en cuenta que en este período se inicia la maduración post-eruptiva en los primeros molares permanentes y el sector incisivo, deben hacerse las topicaciones correspondientes, con la periodicidad que se determine según el factor riesgo en cada paciente.

A partir de los 6 años, a las topicaciones hechas en el consultorio, se deben agregar la realización de técnicas de flúoroterapia domiciliaria como ser los enjuagatorios fluorados que se indicarán según los factores de riesgo de cada paciente.

Es aconsejable iniciar en esta etapa un programa de enjuagatorios diarios o supervisados en Servicios, Escuelas, etc.

- Control de dieta: analizar tipo, frecuencia, oportunidad y tiempo de contacto de los hidratos de carbono y establecer los "momentos de azúcar".
- Control de placa microbiana: comenzar a responsabilizar al niño del cumplimiento de las medidas de higiene bucal.
- Tratamiento de hábitos nocivos.
- Prevención de traumatismos: se ha comprobado un aumento de lesiones traumáticas dentarias debido a la práctica de ciertos deportes, por lo que se aconseja el uso de protectores bucales.
- Sellantes de fosas y fisuras: con el mismo criterio que se sellaron los primeros molares permanentes debe seguirse con las fosas y fisuras de otras piezas permanentes, si así estuviera indicado.
- Tratamiento de ortopedia preventivo e interceptivo: cuando está indicado, de acuerdo a lo establecido para el anterior grupo etario.
 - Tratamiento restaurador y rehabilitador
 - Extracciones de dientes irrecuperables
 - Obturaciones: sector anterior: silicatos
 - resinas compuestas
 - amalgamas en puntos palatinos (o sellantes)
 - vidrio ionómero
 - sector posterior:
 - amalgamas
 - coronas de acero
- Tratamiento de caries profundas: el tratamiento de caries de esmalte y dentina en la dentición permanente debe hacerse cuidando de mantener la salud e integridad del órgano dentino pulpar. En casos de caries profundas debe eliminarse el proceso carioso de las paredes de la cavidad y del límite amelodentinaario y con sumo cuidado eliminar el tejido enfermo de la pared pulpar. Si hay riesgo de una posible exposición pulpar de una pieza dentaria sin sintomatología, es conveniente hacer un tratamiento pulpar indirecto (T.P.I.). El T.P.I. significa dejar tejido enfermo en la pared pulpar cuya remoción en esa sesión podría llevar a una exposición pulpar. Ese tejido se recubre con pasta de hidróxido de calcio y eugenatos mejorados, cuidando muy bien la condensación de los mismos de tal forma de asegurar una acción efectiva de la medicación y evitar la filtración marginal que llevaría a un fracaso de la técnica. Los dientes permanentes jóvenes (posteriores o anteriores) que hayan recibido un T.P.I. deben ser tratados nuevamente a los dos o tres meses y eliminar totalmente el tejido enfermo que se dejó en la pared pulpar. Si el tratamiento fue exitoso, se hará una protección pulpar indirecta (P.P.I.) y la reconstrucción

correspondiente.

Evaluación de la respuesta al tratamiento, revisión, etc.

5.3.1.4. Controles periódicos

CAPITULO V

5.4. ADOLESCENTES (13 A 18 AÑOS)

5.4.1. Etapa inicial

5.4.1.1. Diagnóstico de riesgo:

- Tener en cuenta muy especialmente las afecciones gingivales y periodontales, (por falta de higiene).
 - Recordar que en este grupo etario existe un aumento en la prevalencia de caries (desequilibrio ingesta - higiene).
 - Tercer molar. Tener en cuenta:
 - a) posible repercusión oclusal
 - b) complicación propia por falta de espacio o por malposición
 - c) importancia del diagnóstico precoz (radiográfico y clínico)
 - Disfunción oclusal y sus secuelas: bruxismo, disfunción temporomandibular, hipertrofia muscular.
- Realizar análisis funcional de la oclusión.

5.4.1.2. Pronóstico primario:

Habiendo completado el recambio y siendo el período de estabilización de la oclusión, el pronóstico primario debe hacerse con enfoque de futuro a largo plazo (conservación de la salud durante toda la vida).

5.4.1.3. Plan de tratamiento

- * Motivación y educación para la salud: teniendo en cuenta la alta prevalencia de caries que afecta al adolescente:
 - a) es imprescindible controlar los momentos de azúcar (ataque ácido)
 - b) adecuándose al desarrollo intelectual, explicar la relación hidratos de carbono-metabolismo de placa (ingesta-higiene)
- * Inactivación de lesiones: Massler y detartraje
- * Aplicación de medidas preventivas:
 - Fluoroterapia tópica: enjuagatorios
 - topificaciones
 - gel fluorado para cepillado (en alto riesgo de caries)
 - Control de placa
 - Control de dieta
 - Sellantes
 - Protectores bucales: uso obligatorio en ciertos deportes
 - Desgastes selectivos

Tratamiento restaurador y rehabilitador: operatoria dental y ortodoncia combinadas

* Evaluación de la respuesta al tratamiento, revisión del pronóstico y frecuencia de controles de mantenimiento de la salud.

5.4.1.4. Controles periódicos según normas generales.

CAPITULO VI

5.5. ADULTOS

5.5.1. Etapa inicial

5.5.1.1. Diagnóstico de riesgo: evaluar especialmente:

-actividad de caries

-estado periodontal (presencia y severidad de enfermedad periodontal).

5.5.1.2. Pronóstico primario

5.5.1.3. Plan de tratamiento

* Motivación y educación para la salud: dar información sobre las principales enfermedades bucales y la posibilidad de prevenirlas. Enfatizar la importancia del autocuidado.

* Inactivación de lesiones:

--de caries, Massler

--de bolsas periodontales, raspado y alisado

* Aplicación de medidas preventivas:

Fluoroterapia tópica. Para prevenir caries de esmalte y cemento.

Enjuagatorios domiciliarios

Gel fluorado para cepillado en alto riesgo de caries y después de tratamiento periodontal por hipersensibilidad.

Control de dieta

Control de placa: enfatizar la importancia en el control de caries y como recurso imprescindible en la prevención y control de la enfermedad periodontal.

Uso de dispositivos para limpieza interproximal, (hilo, cepillos interproximales, palillos, etc.).

* Tratamiento restaurador y rehabilitador:

--extracción de dientes irrecuperables

--tratamiento periodontal

--restauraciones

--prótesis

El grado de complejidad de estas acciones, se determinará de acuerdo a los recursos disponibles de cada servicio.

* Evaluación de la respuesta al tratamiento, revisión del pronóstico y frecuencia de los controles de mantenimiento de la salud.

Controles periódicos

Evaluar respuesta al tratamiento, disminución del riesgo de caries, y control de la enfermedad periodontal con parámetros específicos y constantes.

CAPITULO VII

5.6. EMBARAZADAS

Siguiendo el esquema planteado para el adulto, pero teniendo en cuenta muy especialmente:

- en motivación y educación para la salud: además de la educación para la salud, que contempla a la embarazada como paciente odontológico, debe encararse la del binomio madre-niño, incluirá:

--posición correcta de amamantamiento

--duración ideal del mismo, según criterio pediátrico

--tipo, forma y consistencia del chupete de entretenimiento

--momento oportuno de comenzar con el suplemento de flúor

- en control de placa microbiana: se destaca la frecuencia de la gingivitis en la embarazada, para lo cual se aconseja extremar todas las medidas de control de placa.

- en plan de tratamiento:

-- si está indicado efectuar radiografías bucales, solicitar la autorización del médico y realizarlas con la debida protección.

Lo ideal es que se llegue al momento del parto, con la boca en estado de salud. Por consiguiente, se practicarán todas las acciones terapéuticas posibles de acuerdo a los recursos de cada Servicio.

**SIMPOSIO SOBRE
AGENTES
ANTIMICROBIANOS (I)**

Hoy comenzamos a publicar una serie de trabajos de revisión presentados en el tercer Simposio sobre Agentes Antimicrobianos realizados en la División de Enfermedades Infecciosas de la Clínica Mayo en el año 1987 y publicados en los números de setiembre, octubre, noviembre y diciembre del mismo año en Mayo Clinics Proceedings. El objetivo de ésta publicación es poner a disposición de nuestro medio una muy rica puesta al día sobre un tema en permanente crecimiento y cambio. Los editores agradecen el prolijo trabajo de traducción de nuestra colaboradora María del Carmen López y el cariño y responsabilidad con que lo realizó.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA TERAPIA ANTIMICROBIANA

CONRAD J. WILKOWSKE, PAUL C. HERMANS, MD

División de Enfermedades Infecciosas y Medicina Interna. Clínica Mayo
Publicado en: Mayo Clin. Proc. 62 (9): 789-798 (1987)*

RESUMEN:

El uso de agentes antimicrobianos debe estar en relación al paciente, al sitio de la infección y al organismo etiológico.

La elección de la droga debe basarse en eficacia, seguridad, baja toxicidad y costo aceptable, de la misma.

La terapéutica empírica debe ser eficaz para combatir los gérmenes patógenos que se sospechen como factor etiológico, guiados por el sitio de la infección y el tipo de huésped.

La terapéutica definitiva puede diferir de la inicial y comenzará tan pronto como los datos específicos, clínicos y de laboratorio, sean evaluados. Se recomienda ser cauteloso y hasta conservador en la utilización de nuevos agentes antimicrobianos. Debe tenerse en cuenta la acción de los mismos sobre la ecología microbiana y sobre el medio hospitalario. Es necesaria la utilización correcta para prevenir la polución antimicrobiana.

Las drogas antimicrobianas mas comunmente usadas así como las de más reciente aparición serán estudiadas en detalle en otros artículos de éste simposio.

En este artículo describiremos los principios generales que se aplican en la selección y uso de los antibióticos para el tratamiento de las infecciones. Además damos una clasificación de las drogas antimicrobianas (tabla 1), una clasificación de los antibióticos B-lactámicos (tabla 2) y un esquema de las principales indicaciones para el uso y selección de algunos agentes antimicrobianos (tabla 3).

CONSIDERACIONES BASICAS

La determinación del uso racional y efectivo de los agentes antimicrobianos, está determinado por muchos elementos y es además un proceso siempre cambiante.

El desarrollo de nuevos agentes de efectos más amplios, no ha hecho más sencilla la elección, y esto puede llevar a un tratamiento tipo "receta de cocina" o a la repetición mecánica.

El tratamiento debe ser ajustado al paciente individual, al sitio de la infección y a las características de la etiología bacteriana. A menudo más de un antibiótico puede ser efectivo, la elección

tendrá en cuenta eficacia, toxicidad y costo.

EFICACIA. Los agentes antimicrobianos pueden ser usados para la terapia profiláctica, empírica o específica. La meta máxima es reducir o eliminar el organismo patógeno. Para ser eficaz debe llegar al sitio de la infección y ser activo en él.

Es necesario el conocimiento de: absorción, distribución y excreción

(*) Responsable de traducción: María del Carmen López