

# PROTOCOLOS DE ATENCIÓN



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

# HISTORIA CLÍNICA

## Objetivo general:

brindar el soporte teórico basado en la evidencia científica para el desarrollo de la atención clínica.

## Ingreso del paciente a la atención:

El operador y/o la asistente deberá dejar armada la mesa para realizar la evaluación diagnóstica y enseñanza de cepillado previo a la 1° entrevista.

## ENTREVISTA

### DATOS GENERALES E HISTORIA SISTÉMICA

La entrevista se realiza fuera del ámbito de atención. Se fundamenta en los datos solicitados en la historia clínica. En caso de ser un niño se realizara el cuestionario a la persona que concurra con él.

**Momentos de azúcar:** se registra el número de veces que relata onsumo azúcar y/o alimentos azucarados durante el día. En las opciones de alimentos y/o bebidas se tachan los no consumidos.

El lenguaje debe ser adecuado para el entrevistado, realizar las preguntas en forma concreta y ofreciendo cualquier tipo de aclaración que se solicite.

Una vez registrada las respuestas se explica al paciente el pasaje a la zona atención y la forma de atender (firma el consentimiento informado).

**Evaluación diagnóstica:** se muestra el instrumental a utilizar, se lo sienta y se le da el espejo de mano. La evaluación diagnóstica se inicia por tejidos blandos, observación y registro de biofilm de placa, siguiendo la secuencia de la historia clínica.

#### Biofilm de placa:

25% de dientes presentes con biofilm visible

50% de dientes presentes con biofilm visible

75% de dientes presentes con biofilm visible

100% de dientes presentes con biofilm visible

### REGISTRO PERIODONTAL

Se evalúa el estado gingivoperiodontal del paciente que presente cambios clínicos.

Se registra la presencia de cálculos, profundidad al sondaje mayor a 3 mm y sangrado al sondaje.

Se marca con una cruz la pieza afectada según el registro.

### EXÁMEN Y REGISTRO DENTARIO

Previo al examen dentario se realiza la evaluación del cepillado, se entrega cepillo, se analiza, se corrige y/o se enseña la técnica. Se indica pasaje de hilo con el mismo criterio.

El examen y registro dentario se realiza en diente limpio, seco (secado con rollos de algodón o gasa) y con buena iluminación. Se registra en odontograma siguiendo los códigos:

Corresponde rojo patología y azul tratamientos previos. Se realiza la primera observación registrando los dientes ausentes, luego se observan los tratamientos previos y por último las patologías.

La nomenclatura a seguir:

**MB:** mancha blanca

**C:** caries (sin compromiso pulpar irreversible)

**CP:** caries penetrante (con compromiso pulpar irreversible)

**F:** fístula

**RR:** resto radicular

**FE:** fractura de esmalte

**FD:** fractura amelodentinaria

**FP:** fractura con exposición pulpar

**IV:** ionomero vítreo

**Comp:** Resinas

**SE:** sellador

**Ce:** cementos (obturaciones provisionarias)

**Am:** amalgama

**Co:** Coronas

**MBR:** mancha blanca remineralizada

Tanto las lesiones como las obturaciones se dibujan como se ven y abarcando las caras que corresponden.

El odontograma es la representación actual del estado dentario (una foto de la boca). **Los tratamientos a realizar no se registran.** Por lo tanto, los dientes a extraer son restos radiculares o caries penetrantes.

#### **DETERMINACION DE CPOD** (*dientes permanentes presentes*)

Se realiza la suma de dientes con caries, su valor determina el componente **C**

Se realiza la suma de dientes perdidos, su valor determina el componente **P**

Se realiza la suma de dientes con obturaciones, su valor determina el componente **O**

Se realiza la suma de los valores obtenidos **C+P+O**, y se obtiene el **CPOD**

#### **DETERMINACION DE ceod** (*solo dientes primarios presentes*)

Se realiza la suma de dientes con caries, su valor determina el componente **c**

Se realiza la suma de dientes con **indicación de extracción**, su valor determina el componente **e**

Se realiza la suma de dientes con obturaciones, su valor determina el componente **o**

Se realiza la suma de los valores obtenidos **c+e+o**, y se obtiene el **ceod**

#### **DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO:**

Una vez completada la historia clínica se determina el nivel de riesgo:

Alto, moderado o bajo tanto cariogénico como gingivoperiodontal y social.

#### **FACTORES DE RIESGO:**

##### **Cariogénicos:**

###### **Alto:**

Presencia de lesiones activas ( una o más)

Consumo de azúcares entre comidas.

Medicaciones azucaradas de tratamientos prolongados.

Presencia de biofilm de placa en abundancia.

Mala higiene bucal.

Factores retentivos de biofilm: surcos retentivos, aparatología ortodóncica, malposiciones, restos radiculares, cálculos.

Historia pasada de caries.

Sin historia de exposición fluoruros.

Sin concurrencia periódica al odontólogo.  
Grupo familiar con historia de caries.  
Grupo familiar sin educación para la salud previa.  
Pacientes con alto riesgo médico.  
Pacientes de alto riesgo social.

**Para determinar alto riesgo debe presentar por lo menos una lesión activa.**

### **Moderado**

Consumo de azúcares entre comidas.  
Medicaciones azucaradas de tratamientos prolongados.  
Presencia de biofilm de placa en abundancia.  
Mala higiene bucal.  
Factores retentivos de biofilm: surcos retentivos, aparatología ortodóncica, malposiciones, restos radiculares, cálculos.  
Historia pasada de caries.  
Sin historia de exposición fluoruros.  
Sin concurrencia periódica al odontólogo.  
Grupo familiar con historia de caries.  
Grupo familiar sin educación para la salud previa.  
Pacientes con alto riesgo médico.  
Pacientes de alto riesgo social.

**Para determinar riesgo moderado debe presentar por lo menos tres de estos factores.**

### **Bajo**

Sin consumo de azúcares entre comidas.  
Poca presencia de biofilm de placa.  
Buena higiene bucal.  
Sin factores retentivos de biofilm.  
Sin historia pasada de caries.  
Exposición fluoruros adecuada: fluoruros de alta concentración y aplicación profesional regularmente, pastas fluoradas de autoaplicación.  
Concurrencia periódica al odontólogo en forma semestral  
Grupo familiar con educación para la Salud previa.  
Pacientes sin riesgo social.

### **Gingivoperidontal**

#### **Alto:**

Sangrado gingival

**Registrar si es portador de prótesis, y si necesita prótesis o hacer una nueva  
Registrar si necesita tratamiento periodontal**

## PLAN DE TRATAMIENTO

La Historia clínica cuenta con la descripción de los objetivos y la secuencia de actividades a desarrollar, solo debe marcar aquellas que deberán ser aplicadas a su paciente y en caso de ser unidad diente especificar las piezas a tratar. Se dará el alta según el nivel de resolución alcanzado, en aquellos pacientes que requieren rehabilitación protética se derivará al programa correspondiente para su atención con firma del profesional que deriva y fecha.

Control de urgencias: dolor, infección o traumatismo: indicar pieza y tratamiento.

Control de infección: indicar piezas y material utilizado.

Control del medio; si lo requiere

Remineralización: especificar si son superficies o toda la boca y el fluoruro utilizado

Resolución unidad diente: especificar pieza y material utilizado

Terapia finalidad protética: se indica en caso de ser posible la rehabilitación inmediata

Las citas se programan según el nivel de riesgo y se expresan en meses.