



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA
CLÍNICA DE PERIODONTOLOGÍA**



La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de México, en cumplimiento con los lineamientos señalados en la normatividad oficial mexicana, ha elaborado los Manuales de Procedimientos Clínicos para garantizar que el quehacer cotidiano en las clínicas responda a las expectativas de calidad en los servicios de salud que aquí se ofrecen.

El principal interés es uniformar criterios y procedimientos para la atención del paciente vía el planteamiento y designación específicos de los objetivos, alcances y responsabilidades, así como la definición detallada del personal y los insumos necesarios para su consecución. Bajo estos lineamientos, se presentan los manuales para las clínicas de licenciatura y posgrado.

Responsables de su elaboración e integración:

Mtra. Magdalena Paulin Pérez

Mtra. Ana Patricia Vargas Casillas

Participación:

Esp. María Concepción Álvarez García

Esp. Irlanda Barrón Garcés

Mtra. María de Lourdes Bravo Troncoso

Esp. Lorena Contreras Álvarez

Mtra. Amalia Cruz Chávez

Esp. Arturo Flores Espinosa

Mtra. Alinne Hernández Ayala

Mtra. Miriam Ortega Maldonado

Esp. José Luis Ozawa Meida

Mtra. Magdalena Paulin Pérez

Esp. Marisol Pérez Gasque Builla

Esp. América Salazar Urquiza

Mtra. Ana Patricia Vargas Casillas

Asesoría:

Lic. María González García

ÍNDICE

I. Introducción	5
II. Objetivo	6
III. Procedimientos	
1. Control de infecciones: barreras físicas	7
2. Manejo del instrumental antes, durante y después de los procedimientos clínicos	14
3. Ingreso del paciente	20
4. Elaboración del expediente	24
5. Diagnóstico periodontal	33
6. Control personal de placa	39
7. Eliminación de cálculo supragingival y pigmentaciones	46
8. Pulido dental	55
9. Raspado y alisado radicular	60
10. Gingivectomía	68
11. Procedimiento de cuña	76
12. Alargamiento de corona clínica	84
13. Cirugía ósea resectiva	92
14. Debridación por colgajo abierto	100
15. Procedimiento excisional de nueva inserción (ENAP)	108
16. Colgajo de Widman modificado	116
17. Colgajo desplazado apical	126
18. Injerto óseo (autoinerto)	134
19. Injertos óseos (aloinjertos, xenoinjertos y aloplásticos)	144
20. Frenectomía	152

21. Injerto desplazado lateral	160
22. Colgajo desplazado coronal	169
23. Colgajo desplazado coronal para recesiones múltiples	179
24. Colgajo semilunar	188
25. Preservación del reborde alveolar	197
26. Plan de tratamiento quirúrgico para la colocación de implantes dentales	205
27. Colocación de implantes en una y dos fases	217
28. Fase II en implantes	228
29. Colocación de implantes transicionales	239
30. Tratamiento de mucositis periimplantar	250
31. Tratamiento de periimplantitis	258
32. Mantenimiento periodontal	269
33. Mantenimiento en implantes	277
34. Manejo de residuos biológicos infecciosos	286
35. Esterilización del instrumental	291

IV. Anexos

I. INTRODUCCIÓN

La finalidad de la Coordinación de Periodontología es elevar de manera permanente la calidad de atención periodontal en los pacientes, requerida en forma creciente por las necesidades cada vez mayores de nuestro país.

Este manual es un documento que contiene información de las actividades y los procedimientos que se llevan a cabo en la clínica, precisando la responsabilidad y participación en cada uno de ellos por parte de los integrantes de la Coordinación.

Es un instrumento necesario para guiar y conducir en forma ordenada el desarrollo de las actividades, facilitando al mismo tiempo, la ejecución, seguimiento y evaluación del desempeño de las tareas. Asimismo ayudará a agilizar los trámites que realiza el paciente, con relación a los servicios que se le proporcionan.

A partir de la autorización y registro del manual de procedimientos, será responsabilidad del Coordinación de Planeación la difusión y la actualización permanente de dicho instrumento.

II. OBJETIVO

Elaborar un documento de interés institucional, mostrando de una manera clara, sencilla y objetiva los procedimientos que se llevan a cabo en la clínica de Periodontología.

Favorecer la unificación de criterios para optimizar el funcionamiento de la clínica; mejorar el aprovechamiento de los recursos con estricto control de calidad.

Esperando que este manual de procedimientos sea una aportación al alcance de todos en beneficio de la población usuaria.

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	CONTROL DE INFECCIONES - BARRERAS FÍSICAS
Propósito	Controlar los riesgos de tipo biológico, físico y químico en la clínica de Periodontología a través de las barreras físicas de protección para evitar la exposición directa a sangre y a otros fluidos potencialmente contaminantes.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Garza Garza, Ana María. Control de infecciones y seguridad en odontología. Manual Moderno. México D.F. 2007:20-107
	Kohli A, Puttaiah R. Dental infection control & occupational safety for oral health professionals. (Fecha de acceso 4 octubre de 2014) URL. Disponible en: http://www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3__manualprevencioncontroles.pdf
	World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition. 2011 (Fecha de acceso 4 octubre 2014) URL. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Docente
	Estudiante

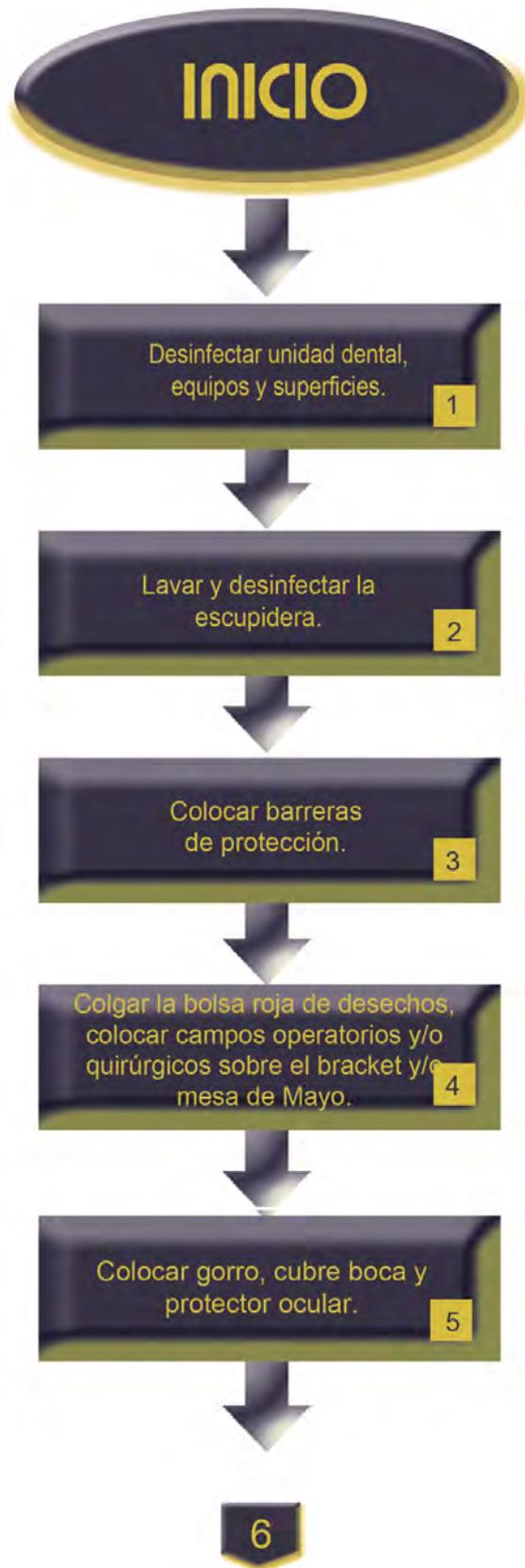
Insumos	Barreras físicas de protección para procedimientos clínicos no quirúrgicos y quirúrgicos:	
	Desinfectantes	Disponibles en farmacia: glutraldehído, lysol o hipoclorito de sodio
	Barreras	Desechables de plástico tipo vinyl, PVC o aluminio
	Bata con manga larga	Desechable, algodón y poliéster y/o combinados
	Toallas desinfectantes para limpieza de la unidad	Desechables
	Guantes	Desechables de látex o vinyl
	Sobreguantes	Desechables de plástico
	Mascara de protección	Desechable
	Protectores oculares	Careta o lentes protectores
	Babero	Desechable
	Campos operatorios y quirúrgicos	Desechables
	Bolsa roja de desechos	Desechable

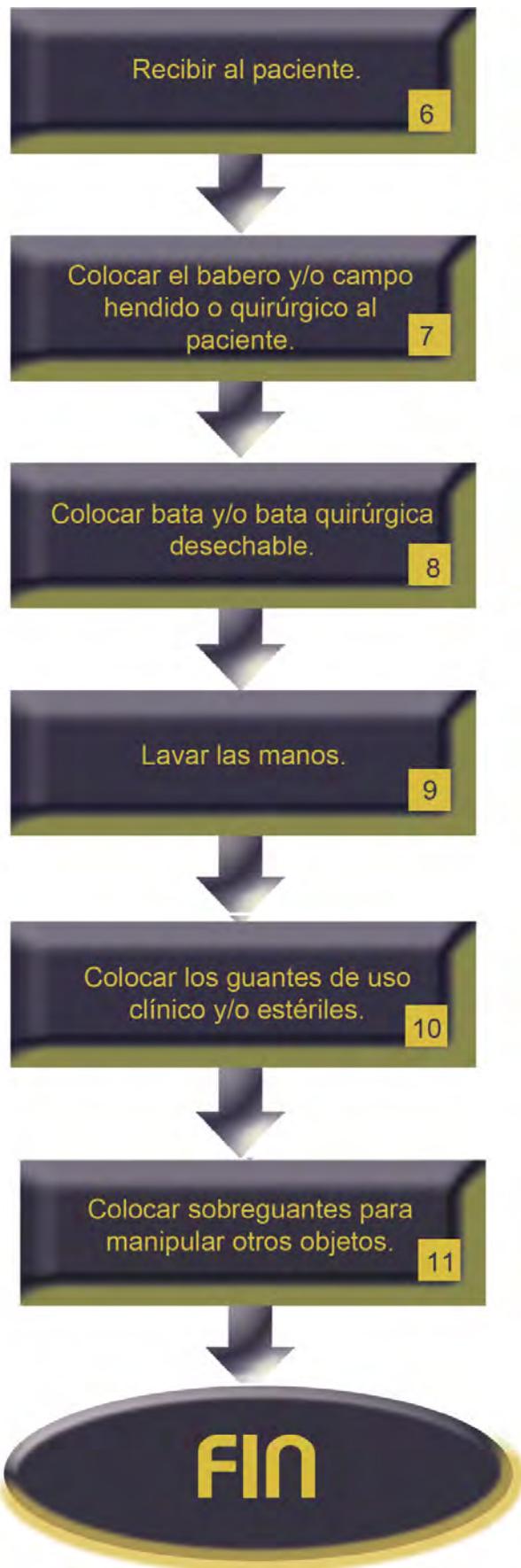
Indicaciones	Las barreras físicas se deberán utilizar exclusivamente en el área de la clínica, incluyendo equipos y superficies.
	Se deberán colocar antes de realizar cualquier procedimiento en la clínica.
	Se deberán remover antes de dejar la clínica.
	Deberán cambiarse las barreras físicas entre paciente y paciente y/o antes si presenta signos visibles de contaminación.
Contraindicaciones	No aplica.
Complicaciones	Desgarres o perforaciones de bata, guantes, máscara de protección, babero, campos para el trabajo operatorio y quirúrgico.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza
	Secretaría Administrativa

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante supervisado por el docente	Desinfecta unidad dental, equipos y superficies con aerosoles y/o toallas desinfectantes.	
2	Estudiante supervisado por el docente	Lava con cepillo y desinfecta la escupidera.	
3	Estudiante supervisado por el docente	Coloca barreras de protección a la unidad y al bracket.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Cuelga la bolsa roja de desechos, coloca campos operatorios y/o quirúrgicos sobre el bracket y/o mesa de Mayo.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Coloca gorro, máscara de protección y protector ocular.	
6	Estudiante	Recibe al paciente.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el babero y/o campo hendido o quirúrgico al paciente.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Coloca bata y/o bata quirúrgica desechable.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Lava y seca las manos con toalla desechable.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Coloca los guantes de uso clínico y/o estériles.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca sobreguantes para manipular otros objetos.	





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	MANEJO DEL INSTRUMENTAL ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS
Propósito	Manejar adecuadamente el instrumental antes, durante y después de un procedimiento periodontal para evitar la contaminación cruzada y optimizar tiempos en la clínica.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Personal de limpieza
Referencias	Garza Garza, Ana María. Control de infecciones y seguridad en odontología. Manual moderno. México D.F. 2007:21-105
	Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, año 2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales
	Kohli A, Puttaiah R. Dental infection control & occupational safety for oral health professionals. (Fecha de acceso 4 de octubre de 2014) URL. Disponible en: http://www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3__manualprevencioncontroles.pdf
	Catálogo de instrumental de Hu-friedy (Fecha de acceso 4 octubre de 2014) URL. Disponible en: http://hu-friedy.de/katalog_fr_es/index_es.htm
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

Insumos	Instrumental de acuerdo al procedimiento clínico
	Guantes estériles
	Sobreguantes
	Guantes de hule para lavado de instrumental
	Gasas
	Bolsa roja de desechos
	Piedra para afilar

Lineamientos	El instrumental debe ser de la calidad recomendada por el profesor.
	Se debe colocar el instrumental específico al procedimiento indicado en paquetes/casetes.
	Se debe lavar y esterilizar nuevamente el instrumental si alguno de los paquetes está perforado.
	El arreglo del instrumental en la zona de trabajo evita el riesgo de punciones y cortaduras con instrumentos contaminados.
	Es necesario afilar los instrumentos después de cada uso.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermera
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante	Muestra al paciente el instrumental en paquete o casete esterilizado.	
2	Estudiante	Abre con sobreguantes el paquete y lo coloca sobre el bracket/mesa de Mayo.	
3	Estudiante supervisado por el docente	Ordena con guantes estériles el material e instrumental o abre casete.	Tríptico instrumental
4	Estudiante supervisado por el docente	Utiliza el instrumental con guantes estériles según el procedimiento quirúrgico a seguir.	Ver procedimientos quirúrgicos
5	Estudiante	Retira y limpia el instrumental contaminado de la boca del paciente antes de regresarlo a su sitio correspondiente en el bracket/mesa de Mayo/casete.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Termina el procedimiento periodontal e inicia el procedimiento de manejo de residuos biológico infecciosos con sobreguantes.	Ver procedimiento
7	Estudiante	Inicia prelavado o desinfección, lavado y secado del instrumental /casete con guantes de hule.	Ver procedimiento
8	Estudiante supervisado por el docente	Afila los instrumentos, sin guantes.	Ver folleto afilado de instrumental

9	Estudiante	Lava y seca nuevamente el instrumental afilado.	
10	Estudiante	Esteriliza el instrumental.	Ver procedimiento

Anexos	Tríptico instrumental para realizar procedimientos quirúrgicos dentro de la clínica
	Procedimientos quirúrgicos
	Procedimiento residuos biológicos-infecciosos
	Folleto afilado del instrumental
	Procedimiento de esterilización del instrumental

INICIO

Mostrar al paciente el instrumental en paquete o casete esterilizado. 1

Abrir con sobreguantes el paquete y colocar sobre el bracket/mesa de Mayo 2

Ordenar con guantes estériles el material e instrumental o abrir casete. 3

Utilizar el instrumental con guantes estériles según el procedimiento periodontal a seguir. 4

Retirar y limpiar el instrumental contaminado de la boca del paciente antes de regresarlo a su sitio correspondiente en el bracket/mesa de Mayo/casete. 5

6

Terminar el procedimiento periodontal e iniciar el procedimiento de manejo de residuos biológico infecciosos con sobreguantes. 6

Iniciar prelavado o desinfección, lavado y secado del instrumental/ casete con guantes de hule. 7

Afilar los instrumentos, sin guantes. 8

Lavar y secar nuevamente el instrumental afilado. 9

Esterilizar el instrumental. 10

FIN

MTRA. PAULIN PÉREZ MAGDALENA

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	INGRESO DEL PACIENTE
Propósito	Admitir al paciente para el tratamiento periodontal.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

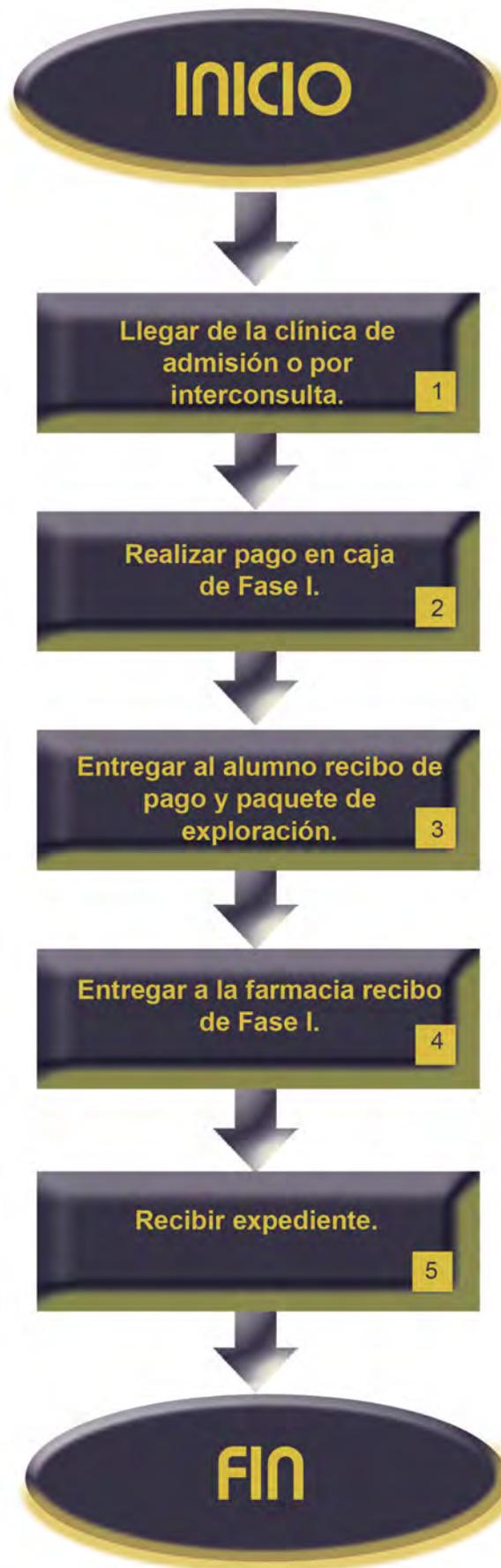
	Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal	Paquete de exploración
		Expediente

Indicaciones para el paciente	Explicar la misión de la Facultad de Odontología de la UNAM como Institución Educativa que debe formar recursos humanos en el área odontológica.
	Explicar de manera clara al paciente en que consisten los pasos de la terapia periodontal, de las citas que se requieren para iniciar el tratamiento en la clínica de Periodoncia.
	Explicar la importancia de la asistencia y puntualidad en las citas programadas.
	Explicar los pagos necesarios de los diferentes procedimientos periodontales.
	Explicar el requerimiento, en caso de sospechar o tener una enfermedad sistémica, que ésta sea debidamente controlada por su médico.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Paciente	Remitido de la clínica de admisión de licenciatura, de posgrado (CRED), o por interconsulta.	Carnet/ solicitud de interconsulta
2	Paciente	Realiza su pago en la caja de Fase I.	Recibo de pago
3	Paciente	Entrega al estudiante recibo de pago y paquete de exploración desechable.	Recibo de pago
4	Estudiante	Entrega a la farmacia recibo de Fase I.	Recibo de pago
5	Estudiante	Recibe expediente.	Expediente

Anexos	Carnet de citas
	Formato solicitud de interconsulta
	Formato recibo de pago
	Expediente (con diversos formatos)



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	ELABORACIÓN DEL EXPEDIENTE
Propósito	Cumplir con la normatividad del expediente clínico para la atención periodontal.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico
	Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006. Para la prevención y control de enfermedades bucales
	Manual operativo para el llenado de formatos del expediente clínico familiar primer nivel de atención. Gobierno del Estado de México Secretaría de Salud. Instituto de Salud del Estado de México. Coordinación de salud
	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición. 2010: 540-578
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal	Notas de evolución
	Sonda periodontal	Historia clínica general
	Explorador	Periodontograma
	Pinzas de curación	Simbología del periodontograma
		Control personal de placa bacteriana
		Serie radiográfica
		Carta del consentimiento bajo información
		Receta de la Facultad de Odontología
Solicitud de: interconsulta, examen de laboratorio, estudio radiográfico		

Lineamientos	<p>El expediente deberá elaborarse para todos los pacientes desde la primera cita.</p>
	<p>El expediente es propiedad de la Facultad de Odontología UNAM, es un instrumento expedido en beneficio del paciente, por lo tanto deberá de conservarse por un período mínimo de cinco años, contados a partir de la última fecha del acto médico registrado.</p>
	<p>Los formatos que integran el expediente deberán colocarse en orden con el propósito de estandarizarlos, facilitar su ubicación, localización y permitir una mejor y ágil supervisión y aplicación de la normatividad.</p>
	<p>Los prestadores de servicio otorgarán la información verbal y el resumen clínico (aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente) deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.</p> <p>Son autoridades competentes para solicitar los expedientes: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.</p>
	<p>Las notas médicas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.</p>
	<p>La información contenida en el expediente será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, para arbitraje médico.</p>
	<p>El consentimiento bajo información deberá estar firmado por la persona responsable que autoriza el tratamiento, en caso de que no sepa escribir deberá colocar su huella digital y el responsable</p>

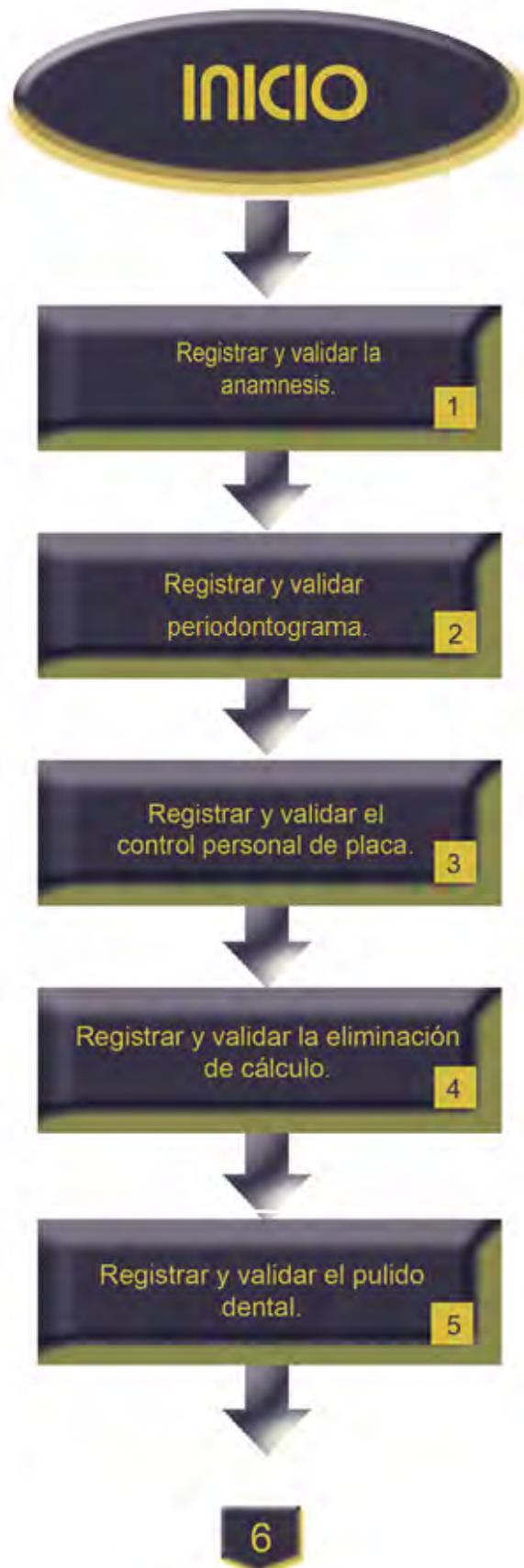
	del servicio registrará el nombre de la persona que autoriza el tratamiento o responsable legal.
	La apertura y resguardo del expediente, quedará a cargo del estudiante.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante supervisado por el docente	Registra la anamnesis.	Historia clínica general
2	Docente	Revisa y firma en la historia clínica general y las notas de evolución.	Historia clínica general Notas de evolución
3	Estudiante supervisado por el docente	Registra el periodontograma.	Periodontograma Simbología del periodontograma
4	Docente	Revisa y firma el periodontograma.	Notas de evolución
5	Estudiante supervisado por el docente	Registra el control personal de placa (CPP).	Control personal de placa
6	Docente	Revisa y firma el control personal de placa.	Notas de evolución
7	Estudiante supervisado por el docente	Registra la eliminación de cálculo.	Notas de evolución
8	Docente	Revisa y firma la eliminación de cálculo.	Notas de evolución
9	Estudiante supervisado por el docente	Registra el pulido dental.	Notas de evolución
10	Docente	Revisa y firma el pulido dental.	Notas de evolución

11	Estudiante supervisado por el docente	Registra el diagnóstico periodontal.	Periodontograma Notas de evolución
12	Docente	Revisa y firma el diagnóstico periodontal.	Notas de evolución
13	Estudiante supervisado por el docente	Registra la toma de radiografías.	Notas de evolución
14	Docente	Revisa y firma la toma de radiografías.	Notas de evolución
15	Estudiante supervisado por el docente	Registra el plan de tratamiento.	Periodontograma
16	Docente	Revisa y firma el plan de tratamiento.	Notas de evolución
17	Estudiante	Registra el consentimiento bajo información.	Consentimiento
18	Docente	Revisa el contenido del consentimiento.	Consentimiento
19	Estudiante	Explica al paciente el contenido.	Consentimiento
20	Paciente	Firma para dar su consentimiento.	Consentimiento
21	Docente	Revisa los formatos del expediente	Diversos formatos

Anexos	Formato historia clínica general
	Formato notas de evolución
	Formato periodontograma
	Formato simbología del periodontograma
	Formato control personal de placa bacteriana
	Formato carta de consentimiento bajo información
	Fomatos receta, solicitud: interconsulta, examen de laboratorio, estudio radiográfico



Registrar y validar el diagnóstico periodontal. 6



Registrar y validar la toma de radiografías. 7



Registrar y validar el plan de tratamiento. 8



Registrar y validar el consentimiento bajo información. 9



Explicar el consentimiento bajo información. 10



Firmar el consentimiento. 11



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	DIAGNÓSTICO PERIODONTAL
Propósito	Determinar la causa, el tipo, la extensión, la distribución y la gravedad de la enfermedad o de la condición periodontal para su tratamiento.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Coordinación de Radiología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Lindhe Jan. Periodontología clínica e implantología odontológica. Panamericana. 5ª. Ed. Tomo 2. 2009: 573-586
	Wolf Herbert. Atlas a color de periodontología. Amolca. 2009: 165-187
	Armitage GC. Diagnosis of periodontal diseases. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. J Periodontol.2003;74(8):1237-47
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	1 x 4: espejo bucal, sonda periodontal, explorador y pinza de curación	Historia clínica general
		Periodontograma
		Simbología del periodontograma
		Control personal de placa
		Serie radiográfica
		Tríptico sondeo periodontal
		Notas de evolución

Lineamientos	Deberá elaborarse identificando factores de riesgo antes de iniciar la terapia periodontal.
	Indispensable para establecer el pronóstico y el plan de tratamiento periodontal.
	Leer el Tríptico sondeo periodontal.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de radiología
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante supervisado por el docente	Revisa la anamnesis, el diagnóstico de presunción sistémico y el diagnóstico de la exploración oral.	Historia clínica general
2	Estudiante supervisado por el docente	Evalúa la simbología, la profundidad al sondeo, los niveles de inserción, la presencia de sangrado, la movilidad dental, el dolor a la percusión (horizontal/vertical), las relaciones mucogingivales colocados en el periodontograma.	Periodontograma Simbología del periodontograma Tríptico sondeo periodontal
3	Estudiante supervisado por el docente	Evalúa los factores de riesgo sistémicos, locales y del medio ambiente.	Historia clínica general Periodontograma
4	Estudiante supervisado por el docente	Evalúa la presencia y distribución de la placa bacteriana y cálculo sobre las superficies dentales.	Control personal de placa Periodontograma
5	Estudiante supervisado por el docente	Compara los hallazgos clínicos y el sondeo periodontal con las radiografías periapicales.	Periodontograma Serie radiográfica
6	Estudiante supervisado por el docente	Observa el nivel de la cresta ósea, en las radiografías periapicales.	Serie radiográfica
7	Estudiante supervisado por el docente	Determina la presencia, localización y extensión de la invasión de la furcación en las radiografías periapicales.	Serie radiográfica. Tríptico sondeo periodontal

8	Estudiante supervisado por el docente	Establece un diagnóstico periodontal basado en la clasificación de las enfermedades periodontales.	Clasificación de las enfermedades periodontales de 1999
9	Estudiante	Registra el diagnóstico periodontal.	Periodontograma
10	Docente	Firma validando el diagnóstico periodontal.	Notas de evolución

Anexos	Formato historia clínica general
	Formato periodontograma
	Formato simbología del periodontograma
	Tríptico sondeo periodontal
	Formato control personal de placa
	Serie radiográfica, radiografías intraorales
	Formato clasificación de la enfermedad periodontal 1999
	Formato notas de evolución

INICIO

Revisar la historia clínica. 1

Evaluar el periodontograma. 2

Evaluar factores de riesgo y del medio ambiente. 3

Evaluar la presencia de placa bacteriana y cálculo. 4

Comparar hallazgos clínicos y sondeo periodontal con las radiografías periapicales. 5

6

Observar el nivel de la cresta ósea en las radiografías periapicales.

6



Determinar la presencia de lesiones de furcación.

7



Establecer el diagnóstico periodontal.

8



Registrar el diagnóstico periodontal.

9



Validar el diagnóstico periodontal.

10



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	CONTROL PERSONAL DE PLACA
Propósito	Reducir la placa bacteriana por el paciente para prevenir la recurrencia o el progreso de la enfermedad periodontal.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. McGraw Hill. Décima edición:728-748
	Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Panamericana. Quinta edición. 2009.Tomo 2: 705-719
	Wolf F. H.,M. Edith & Rateischak H. K, Periodoncia. Atlas en color de odontología. 3.º ed Ed. MASSON 2005: 223, 238
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal	Reveladores de placa
	Espejo facial	Cepillos dentales manuales y eléctricos
		Aditamentos de limpieza interdental
		Pastas dentífricas
		Sustancias químicas
		Irrigadores orales
		Folletos, rotafolios, trípticos informativos
		Bolsa roja

Indicaciones	Como tratamiento preventivo e inicial en pacientes con enfermedad gingival y periodontal.
Contraindicaciones	Cuando existan laceraciones o patologías que contraindiquen el uso de reveladores de placa bacteriana.
Complicaciones	Alergia a los componentes de los reveladores de placa bacteriana.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica de control de placa puede ser mecánica y química.

Descripción del procedimiento mecánico:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	El docente	Firma la autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Estudiante supervisado por el docente	Indica como utilizar la pastilla reveladora de placa bacteriana.	
3	Estudiante	Registra las caras teñidas.	Control personal de placa
4	Estudiante	Obtiene el porcentaje de caras teñidas.	Control personal de placa
5	Estudiante supervisado por el docente	Muestra la placa bacteriana adherida a la superficie dental y a la encía.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Explica que es placa bacteriana y que causa.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Observa la técnica de cepillado y los aditamentos que usa el paciente.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Corrige y/o enseña la técnica de cepillado y el uso de aditamentos interproximales, apropiados al caso.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Explica la necesidad de cepillar la lengua.	

10	Estudiante supervisado por el docente	Enseña los aditamentos y la técnica de limpieza de la lengua.	
11	Estudiante	Entrega tríptico cuidados de higiene oral.	Tríptico
12	Docente	Revisa el porcentaje de las caras teñidas.	Control personal de placa
13	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
14	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Formato control personal de placa
	Tríptico cuidados de higiene oral

INICIO

Firmar la autorización del
procedimiento.

1

Indicar como utilizar las
pastillas reveladoras de placa
bacteriana.

2

Registrar las caras teñidas.

3

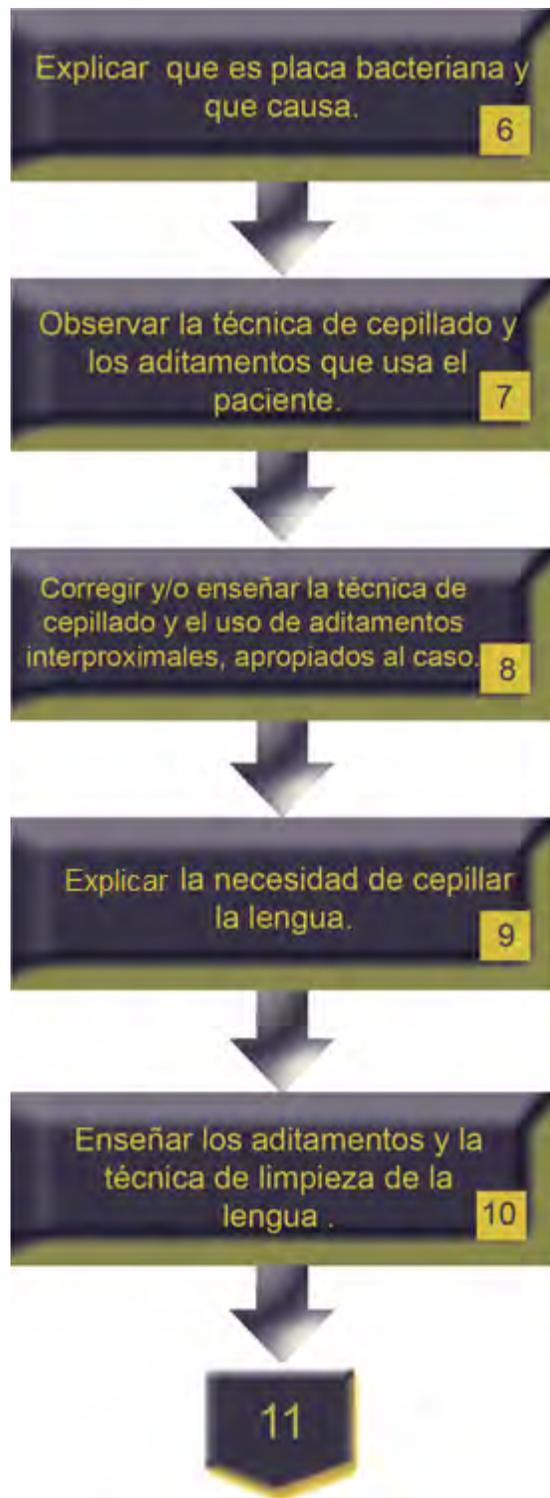
Obtener el porcentaje de caras
teñidas.

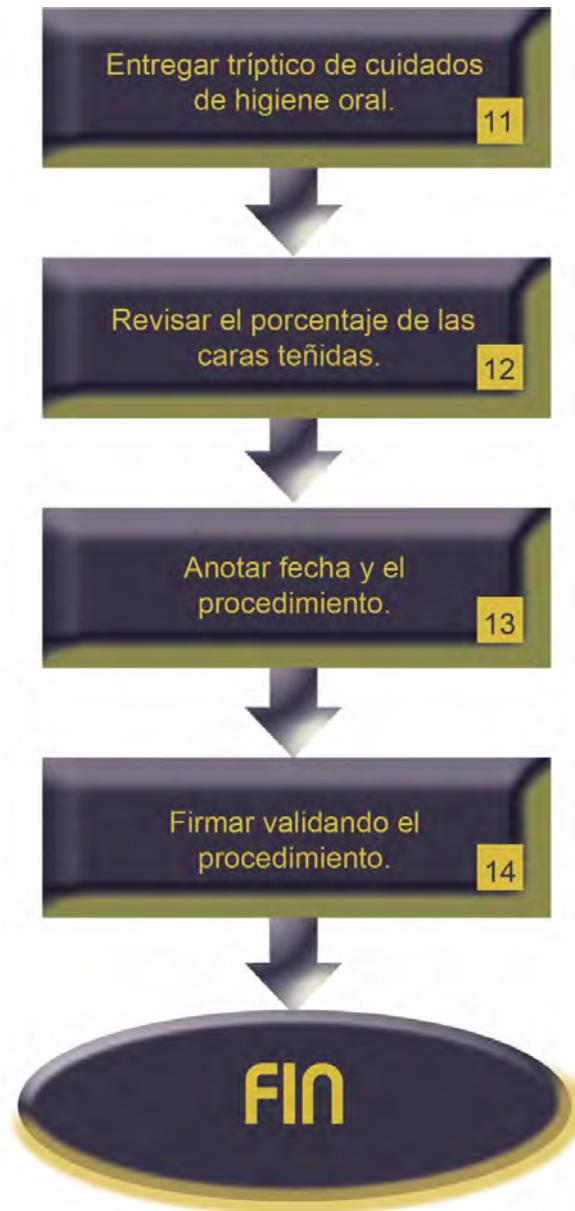
4

Mostrar la placa bacteriana
adherida a la superficie dental y a
la encía.

5

6





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	ELIMINACIÓN DE CÁLCULO SUPRANGINGIVAL Y PIGMENTACIONES
Propósito	Eliminar con técnicas no invasivas e instrumentos manuales y ultrasónicos la acumulación de cálculo dental supragingival para evitar superficies retenedoras de placa bacteriana.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Wilkins EM. Clinical Practice of the Dental Hygienist .11 ed. Lippincott; 2013: 617-638
	Claffey N, Polyzois I. Tratamiento no quirúrgico. En: Lindhe J, Lang N, Karring,T editores. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009:766-70
	Pattison A, Pattison G. Raspado radicular y curetaje. En: Carranza FA, Newman MG, Takei HH, editores. Periodontología clínica. 10ª. ed. México, D. F.: McGraw-Hill/Interamericana; 2010: 760-70
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

		Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal No. 5		Campo operatorio (vaso desechable, campos, guantes, mascara de protección, eyector, bolsa roja)
	Explorador		Lentes de protección
	Pinzas de curación		Vestimenta desechable
			Antiséptico bucal con clorhexidina
	Raspadores para anteriores	Goldman Fox 21	Gasas
		Jaquete 30/33	
		Cureta Morse (00)	
	Raspadores para posteriores	Jaquete 34/45	
	Aparato ultrasónico		
	Inserto universal o 30K o 25 K		

Indicaciones	Presencia de cálculo dental supragingival y pigmentaciones en esmalte.
Contraindicaciones	Dientes con movilidad dental grado III sin ferulizar.
Complicaciones	Laceración de los tejidos blandos.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento con instrumentos manuales:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Estudiante supervisado por el docente	Toma el raspador en forma de lápiz usando el dedo meñique y anular como apoyo intraoral o todo el dorso de la mano como apoyo extraoral.	
3	Estudiante supervisado por el docente	Remueve el cálculo supragingival realizando movimientos cortos, verticales y en diagonal.	
4	Estudiante	Aspira la saliva con el eyector durante el procedimiento.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Limpia con una gasa para una mejor visión del área de trabajo.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Verifica la eliminación de cálculo supragingival pasando un explorador sobre la superficie dentaria.	
7	Docente	Revisa la eliminación de cálculo supragingival.	
8	Estudiante	Entrega tríptico cuidados de higiene oral.	Tríptico
9	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Tríptico cuidados de higiene oral

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento.

1

Tomar el raspador en forma
de lápiz.

2

Remover el cálculo supragingival.

3

Aspirar la saliva durante el
procedimiento.

4

Limpiar con gasa en área de
trabajo.

5

6

Verificar la eliminación del cálculo pasando un explorador sobre la superficie dentaria.

6



Entregar tríptico de higiene oral.

7



Firmar validando el procedimiento.

8



FIN

Descripción del procedimiento con aparato ultrasónico:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Estudiante	Coloca el aparato ultrasónico a un lado de la unidad dental con el inserto universal.	
3	Estudiante	Conecta el aparato ultrasónico a la toma de energía y de agua en la unidad.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Regula la oscilación y la salida de agua del aparato ultrasónico.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Continúa con el paso 3 del procedimiento con instrumentos manuales.	Ver procedimiento

Anexos	Formato notas de evolución
	Tríptico cuidados de higiene oral
	Procedimiento de eliminación de cálculo supragingival y pigmentaciones con instrumentos manuales

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento.

1

Colocar el aparato ultrasónico a un
lado de la unidad dental con el
inserto universal.

2

Conectar el aparato ultrasónico a la
toma de energía y de agua en la
unidad.

3

Regular la oscilación y la salida de
agua del aparato ultrasónico.

4

Continuar con el paso 3 del
procedimiento con instrumentos
manuales.

5

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	PULIDO DENTAL
Propósito	Eliminar restos microscópicos de cálculo dental y proporcionar superficies dentarias lisas para evitar la recolonización bacteriana.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Pattison A, Pattison G. Raspado radicular y curetaje. En: Carranza FA, Newman MG, Takei HH, editores. Periodontología clínica. 10ª. ed. México, D. F.: McGraw-Hill/Interamericana; 2010: 760-70
	Wilkins EM. Clinical Practice of the Dental Hygienist. 11 ed. Lippincott; 2013:700-708
	Wolf FH. Hassel TM. Atlas a color de peridontología. 3a. ed. México D.F.: Amolca 2009: 239-252
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

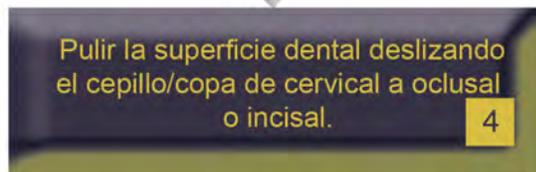
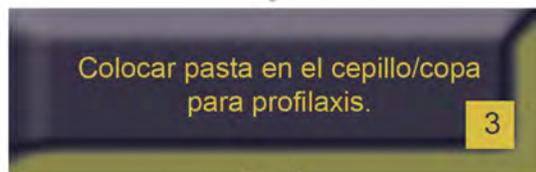
	Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal No. 5	Pasta para profilaxis
	Explorador	Lentes de protección
	Pinzas de curación	Godete de vidrio
	Pieza de mano de baja velocidad	Cepillo/copa de profilaxis
	Contrángulo	

Indicaciones	Previo a la aplicación tópica de fluoruro.
	En la Fase I Periodontal.
Contraindicaciones	Alergia a los componentes de la pasta profiláctica.
	Presencia de de cálculo dental.
Complicaciones	Sensibilidad dental por sobrecalentamiento de la pieza de baja.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma la autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Enfermera	Proporciona pasta profiláctica al estudiante.	Recibo de pago
3	Estudiante	Coloca pasta en el cepillo/copa de profilaxis.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Pule la superficie dental deslizando el cepillo/copa de cervical a oclusal o a incisal siguiendo el movimiento de las manecillas del reloj.	
5	Estudiante	Aspira la saliva con el eyector durante el procedimiento.	
6	Docente	Revisa el pulido dental.	
7	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Recibo de pago



Revisar el pulido dental.

6

Firmar validando
el procedimiento.

7

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	RASPADO Y ALISADO RADICULAR
Propósito	Eliminar o reducir la placa bacteriana no adherente, adherente y calcificada de la bolsa para conseguir una superficie radicular limpia, lisa y biocompatible.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Jun Young Cho. Atlas of Surgical Periodontal Therapy. Medical and Dental Publishing Company. Seoul, Korea. Tercera edición. 2000: 10-11
	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. McGraw Hill. Décima edición. 2010:774-784
	Romanelli Hugo, Adams Evelyn, Schinini Guillermo. 1001 Tips en Periodoncia. Editorial Amolca. 2012: 38-47
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos		Materiales
	Insumos	1×4	Espejo bucal
Sonda periodontal			Aguja para anestesiar
Explorador			
Pinzas de curación			
Jeringa tipo carpule		Gasas	
Raspadores para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Bolsa roja	
		Jeringa para irrigar de 20 cc	
Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Solución fisiológica	
Cánula			
Manguera de succión			

Indicaciones	Detener el avance de la enfermedad.
	Antes de procedimientos quirúrgicos.
	Bolsas periodontales aisladas en el paciente de mantenimiento.
	Cuando está contraindicada una cirugía más extensa debido a deterioro sistémico o resistencia emocional.
Contraindicaciones	Tejido gingival de consistencia fibrosa.
Complicaciones	Alergia al anestésico.
	Desgarre de papilas interdentes.
	Fractura del instrumento.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica se puede llevar a cabo con instrumentos manuales o mecánicos/ultrasónicos.

Descripción del procedimiento manual:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular, complementada con anestesia papilar.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Toma el instrumento con sujeción en pluma modificada.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Introduce el instrumento por debajo de la encía/bolsa y lo adapta a la superficie a instrumentar.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Determina la angulación correcta, 45 a 90°.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Elije el punto de apoyo (intraoral y lo más cercano posible a la zona a instrumentar).	
8	Estudiante supervisado por el docente	Inicia el movimiento de activación del instrumento.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Elimina placa bacteriana y cálculo subgingival (raspado).	
10	Estudiante supervisado por el docente	Realiza el alisado radicular hasta que la superficie radicular esté completamente lisa y dura.	
11	Docente	Verifica la lisura radicular.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Lava la zona quirúrgica con solución fisiológica.	
13	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
14	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
15	Docente	Firma la receta.	Receta
16	Estudiante	Anota la fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
17	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiarse con
técnica infiltrativa o
troncular.

3

Tomar el instrumento con
sujeción en pluma modificada

4

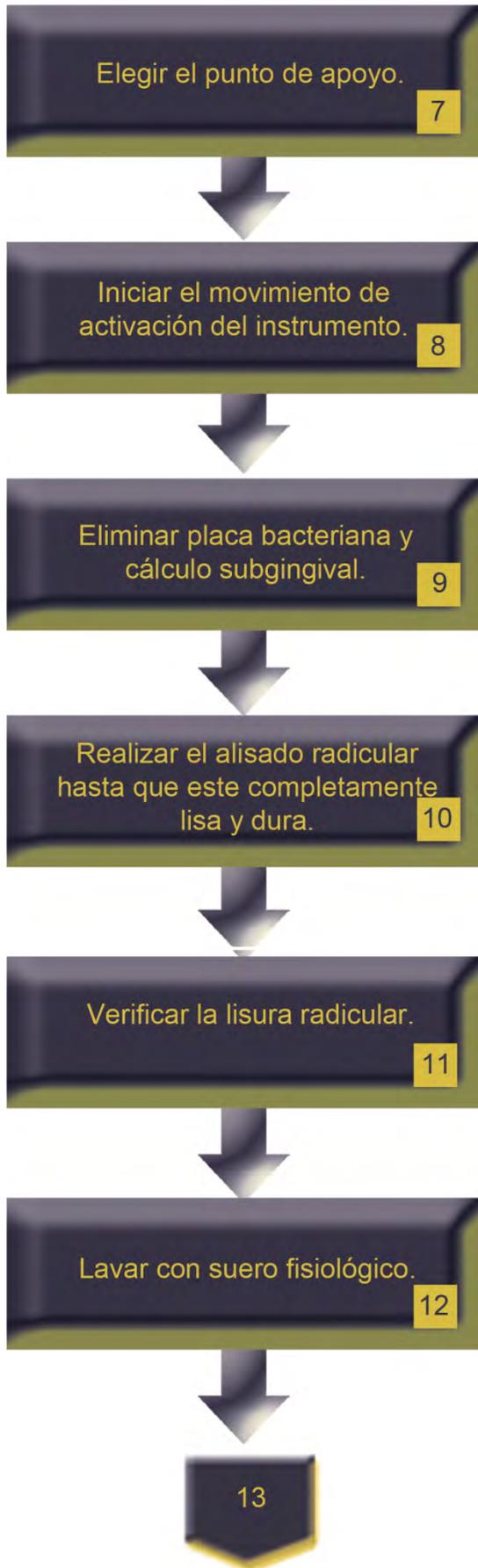
Introducir y adaptar el
instrumento a la superficie
a trabajar.

5

Determinar la angulación
correcta, 45 a 90°.

6

7



Entregar tríptico de cuidados posoperatorios.

13



Elaborar la receta.

14



Firmar la receta.

15



Anotar fecha y el procedimiento.

16



Firmar validando el procedimiento.

17



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	GINGIVECTOMÍA
Propósito	Eliminar con técnica resectiva el agrandamiento gingival proporcionando la visibilidad y el acceso necesarios para eliminar los irritantes locales, creando un surco y contorno gingival fisiológico.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. McGraw Hill. Décima edición. 2010: 912-914
	Duarte C. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Livraria Santos Editora Ltda., 2004: 33-46
	Wolf F. H., Rateitschak K.K., Periodoncia. 3ª ed. Masson 2005: 367- 380
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

Insumos	Instrumentos		Materiales
		Espejo bucal	
	Sonda periodontal		Aguja para anestesiar
	Explorador		Hoja de bisturí No. 12 o 15
	Pinzas de curación		Gasas
	Jeringa tipo carpule		Bolsa roja
	Marcador de bolsas Krane-Kaplan®		Jeringa para irrigar de 20 cc
			Solución fisiológica para irrigar
	Bisturí Kirkland®		Apósito quirúrgico
	Bisturí Orban®		
	Mango de bisturí Bard Parker®		
	Raspadores para áreas específicas	Anteriores	
		Posteriores	
	Curetas para áreas específicas	Anteriores	
		Posteriores	
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		
	Retractor Minnesota		
	Piedras de diamante		
	Loseta		
	Espátula para cemento		
	Cánula		
	Manguera de succión		

Indicaciones	Agrandamiento gingival (inflamatoria, medicamentosa, idiopática, hereditaria).
	Bolsas periodontales supra-óseas.
	Erupción tardía o pasiva.
	Aumento en la longitud clínica de la corona con fines restaurativos o estéticos.
Contraindicaciones	Situaciones en las que el fondo de la bolsa está apical de la unión mucogingival.
	Frenillo y/o músculo se encuentran en el área de cirugía.
	Indicación de cirugía ósea.
	Poca cantidad de encía adherida.
Complicaciones	Alergia al anestésico.
	Infección del tejido conjuntivo expuesto.
	Hemorragia posoperatoria.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica se puede llevar a cabo con bisturíes, electrocirugía y láser

Descripción del procedimiento quirúrgico:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular, complementada con anestesia papilar.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Marca la profundidad del agrandamiento/bolsa dejando un punto sangrante.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión primaria a bisel externo de manera continua o discontinua, recta o festoneada, apical al punto sangrante con angulación a 45° en relación al eje longitudinal del diente, con el bisturí.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión secundaria en los espacios interproximales con bisturí o tijeras.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Remueve el tejido gingival excisado; elimina cálculo con raspadores y tejido de granulación con curetas.	

8	Estudiante supervisado por el docente	Remodela el contorno gingival para lograr una morfología gingival funcional.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Lava la zona quirúrgica con solución fisiológica.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el apósito quirúrgico en el tejido conjuntivo expuesto, se retira ocho días después y se reemplaza por ocho días más, si se requiere.	
11	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
12	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
13	Docente	Firma la receta.	Receta
14	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
15	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta



Firmar autorización del procedimiento. 1

Firmar el vale de anestesia. 2

Anestesiarse con técnica infiltrativa o troncular complementada con anestesia papilar. 3

Marcar la profundidad de la bolsa con un punto sangrante. 4

Realizar incisión primaria a bisel externo con angulación de 45° en relación al eje longitudinal del diente. 5

6

Por sextantes o cuadrantes.

Realizar la incisión secundaria en los espacios interproximales con bisturí o tijeras.

6

Remover el tejido gingival excisado. Eliminar cálculo con raspadores y tejido de granulación con curetas.

7

Remodelar el contorno gingival para lograr una morfología gingival funcional.

8

Lavar la zona quirúrgica con solución fisiológica.

9

Colocar el apósito quirúrgico en el tejido conjuntivo expuesto para retirar 8 días después.

10

11



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE CUÑA – procedimiento de reducción retromolar
Propósito	Reducir o eliminar la bolsa periodontal y el tejido fibroso en el área retromolar para preservar la encía adherida y mejorar el procedimiento de higiene oral.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Lindhe J., Karring T., Lang k.P., Periodontología Clínica E Implantología Odontológica. 3ª ed. Médica Panamericana 2003: 528-529
	Duarte C. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Livraria Santos Editora Ltda., 2004: 44-47, 303-307
	Romanelli H., Adams P., Fundamentos de Cirugía Periodontal. 1ª ed. AMOLCA 2004: 159-161
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos		Materiales
	Insumos	1×4	Espejo bucal
Sonda periodontal			Aguja para anestesiar
Explorador			Hoja de bisturí No. 15
Pinzas de curación			Sutura
Jeringa tipo carpule		Gasas	
Mango de bisturí Bard Parker® No 3		Bolsa roja	
		Jeringa para irrigar de 20 cc	
Bisturí Kirkland		Solución fisiológica para irrigar	
Legra o elevador de periostio		Apósito quirúrgico	
Raspadores para áreas específicas		Posteriores	
Curetas para áreas específicas		Posteriores	
Tijeras para encía Goldman Fox No. 16 (curvas) y tijeras para sutura			
Retractor Minnesota			
Pinzas porta agujas			
Lima para hueso			
Cinzel para hueso			
Fresas quirúrgicas			
Cánula			

	Manguera de succión	
	Loseta	
	Espátula para cemento	

Indicaciones	Presencia de una bolsa periodontal distal en el área retromolar o en una zona edéntula y cambio estructural del hueso alveolar.
	Accesibilidad a los defectos óseos y su instrumentación.
	Presencia de encía retromolar.
	Preservación de la encía insertada.
	Facilitar la higiene por parte del paciente en área retromolar.
Contraindicaciones	Presencia de poca cantidad de encía queratinizada y defectos óseos angulares.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.
	Infección del área tratada quirúrgicamente.
	Hemorragia posoperatoria.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Técnica por Robinson 1966.**Descripción del procedimiento quirúrgico:**

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza dos incisiones en el área distal del diente a tratar, inclinadas y convergentes en sentido apical formando una cuña.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta con legra por vestibular y lingual los colgajos de espesor total (mucoperiósticos).	
6	Estudiante supervisado por el docente	Remueve el tejido en forma de cuña después de ser disecado del hueso subyacente.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Raspa y alisa la superficie radicular distal del diente tratado.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Remodela hueso, si es necesario.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Irriga el área tratada con solución fisiológica.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Coloca puntos de sutura simples confrontando los colgajos para retirar la sutura a los 8 días.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el apósito quirúrgico en el área tratada para retirar a los 8 días.	
12	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
13	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
14	Docente	Firma la receta.	Receta
15	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
16	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar el vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa o troncular.

3

Realizar dos incisiones en el área distal del diente a tratar, inclinadas y convergentes en sentido apical formando una cuña.

4

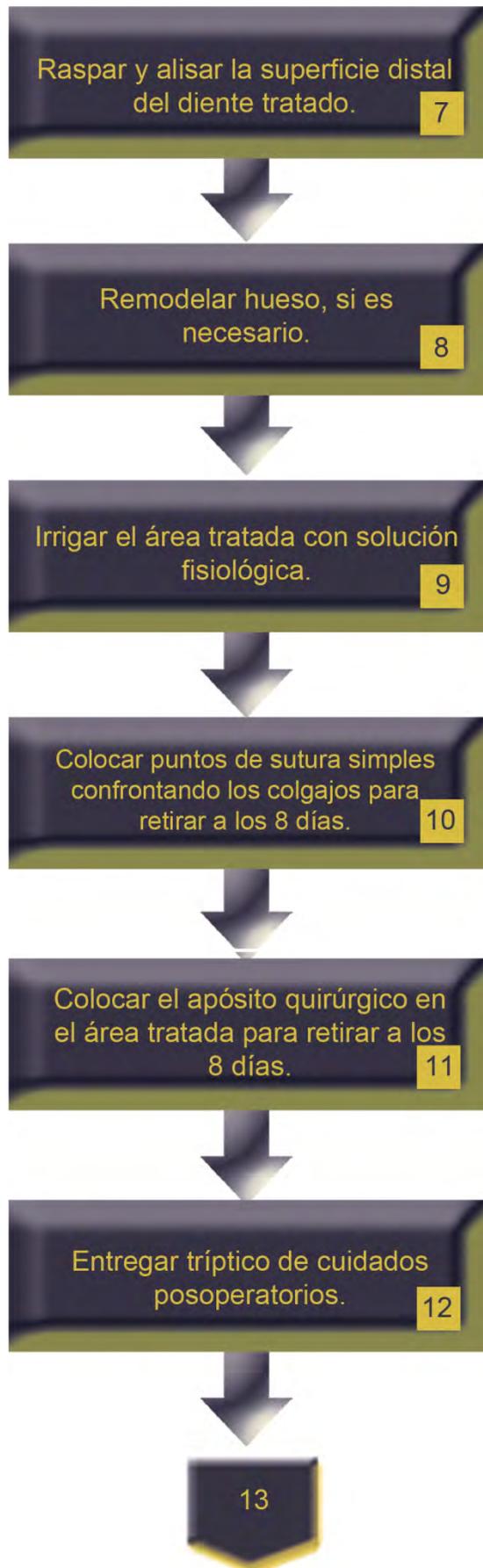
Levantar con legra por vestibular y lingual los colgajos de espesor total (mucoperiósticos).

5

Remover el tejido en forma de cuña después de ser disecado del hueso subyacente.

6

7



Elaborar la receta.

13



Firmar la receta.

14



Anotar fecha y el procedimiento.

15



Firmar validando el
procedimiento.

16

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	ALARGAMIENTO DE CORONA CLÍNICA
Propósito	Aumentar con técnica resectiva la longitud de la corona clínica para mejorar la estética, tener accesibilidad para tratamientos protésicos y restauradores.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Duarte Cesario A. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Livraria Santos Editora Ltda., 2004: 297-298
	Naoshi Sato, DDS: Periodontal Surgery, A Clinical Atlas. Editorial Quintessence Publishing Co. Inc. 2000: 342-348
	G. Henriques Paulo. Estética en Periodoncia y Cirugía Plástica Periodontal. Editorial Amolca. 2006:197-201
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Cartuchos de anestesia
	Sonda periodontal	Aguja para anestesiar	
	Explorador	Hoja de bisturí No. 15	
	Pinzas de curación		
	Jeringa tipo carpule	Gasas	
	Mango de bisturí Bard-Parker® No. 3	Bolsa roja	
		Jeringa para irrigar de 20 cc	
	Legra de Hopkins P1	Solución fisiológica para irrigar	
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16	Sutura	
	Pieza de baja velocidad y fresas quirúrgicas óseas	Apósito quirúrgico	
	Lima de Sugarman		
	Porta agujas mediano		
	Tijeras para sutura		
	Loseta de vidrio		
	Espátula para cemento		
	Cánula		
	Manguera de succión		

Indicaciones	Fracturas dentales y/o caries a nivel subgingival.
	Muñones cortos que requieren aumentar su retención mecánica.
	Estética comprometida (coronas clínicas cortas).
	Aumento en la longitud clínica de la corona con fines protésicos y restaurativos.
Contraindicaciones	Diente sin posibilidad de restaurarse.
	Diente sin posibilidad de tratarse endodóncicamente.
	La relación corona-raíz no es adecuada.
	La ostectomía compromete el pronóstico de dientes vecinos.
	Perforaciones a nivel subgingival y/o de furcación durante el tratamiento endodóncico.
Desventaja	Si no es tratado protésicamente en tiempo indicado, la encía puede crecer.
Complicaciones	Alergia al anestésico.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento quirúrgico:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular, complementada con anestesia papilar.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisiones con bisturí: dos incisiones liberatrices (mesial y distal), unidas por una incisión intrasurcal.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta el colgajo con legra en zona vestibular y zona palatina o lingual.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza ostectomía con pieza de baja velocidad y fresa quirúrgica en la zona indicada.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza osteoplastia con limas.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Remodela el contorno gingival para lograr una morfología gingival funcional con tijeras para encía.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Lava la zona quirúrgica con solución fisiológica.	

10	Estudiante supervisado por el docente	Reposiciona el colgajo inmovilizándolo con puntos de sutura simples	
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca apósito quirúrgico en la zona quirúrgica.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Retira apósito y sutura a los ocho días.	
13	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
14	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
15	Docente	Firma la receta.	Receta
16	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
17	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta

INICIO

Firmar la autorización del
procedimiento. 1

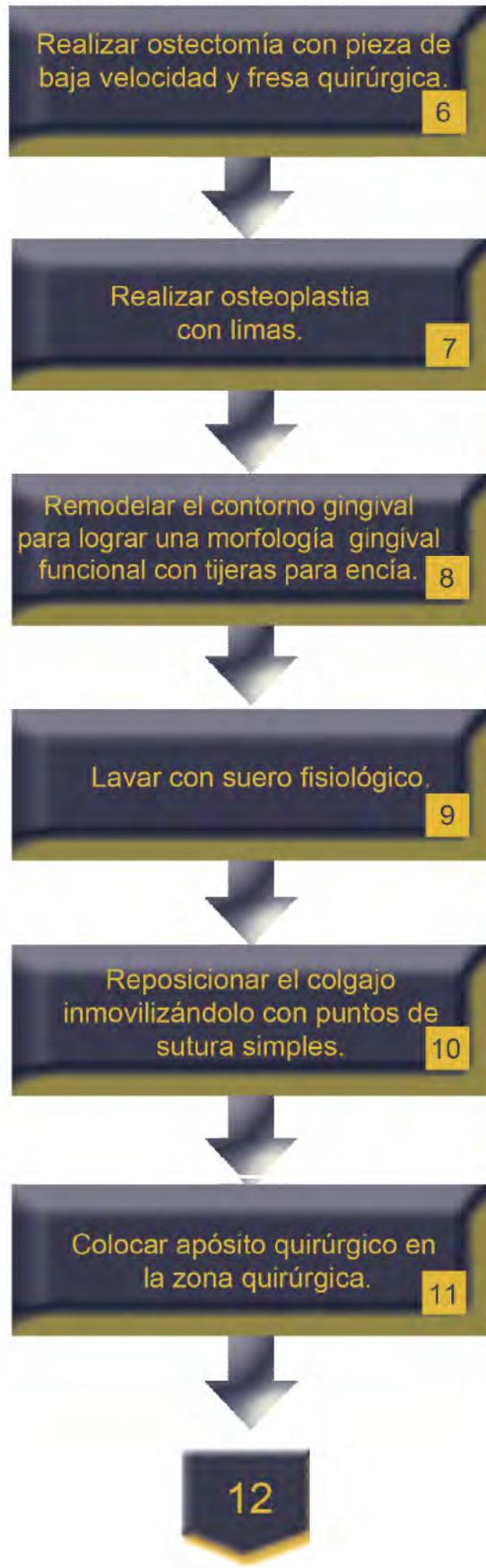
Firmar el vale de
anestesia. 2

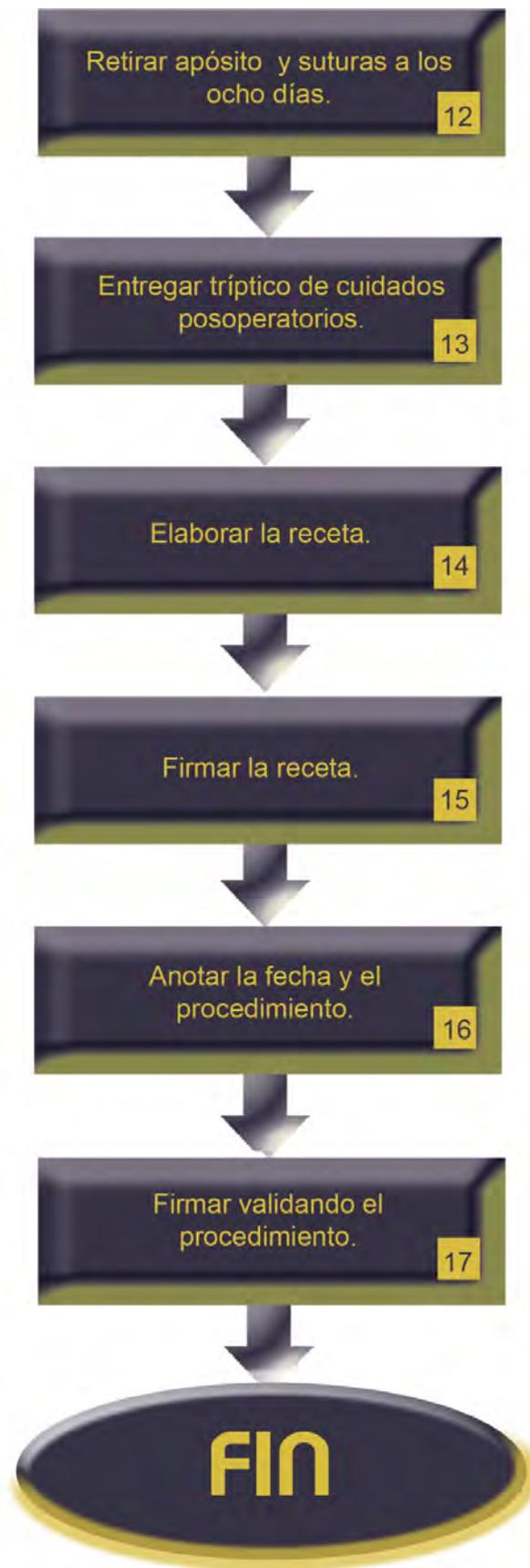
Anestesiarse con técnica infiltrativa o
troncular, complementada con
anestesia papilar. 3

Realizar incisiones con bisturí:
dos incisiones liberatrices, unidas
con una incisión intrasurcal. 4

Levantarse el colgajo con legra en
zona vestibular y zona palatina
o lingual. 5

6





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	CIRUGÍA ÓSEA RESECTIVA
Propósito	Eliminar los defectos óseos periodontales y corregir la morfología ósea creando una morfología gingival posoperatoria favorable para realizar un control más efectivo de la placa bacteriana.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Panamericana. Quinta edición.2009.Tomo 2:795-797
	Sato N, DDS, Cirugía Periodontal Atlas Clínico. Ed.Quitessence 2002: 50-53
	Newman M., Takei H., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición. 2010: 950-967
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	1 x 4: espejo bucal, sonda periodontal, explorador y pinzas de curación	Cartuchos de anestesia
	Jeringa tipo carpule	Aguja para anestesia
	Pieza de baja velocidad	Gasas
	Manuales: limas óseas interproximales de Schluger, Sugarman, Miller	Bolsa roja
		Jeringa para irrigar de 20 cc
		Solución fisiológica para irrigar
		Sutura 3 – 4 0
	Cinzel óseos de Ochsenbein , TG	Piedras para afilar
	Rotatorios: fresas de carburo larga y pequeña de fisura y redonda	
	Retractor Minnesota	
	Porta agujas	
	Tijeras para sutura	
	Cánula de succión	
	Manguera de succión	
Riñonera		

Indicaciones	Se realizará sólo si es posible no dañar el hueso de soporte.
	Hueso marginal irregular (defecto óseos de 1 o 2 paredes).
	Defecto óseo alrededor de la furcación.
	Defecto intraóseo superficial alrededor de un diente con suficiente soporte periodontal.
Contraindicaciones	Cuando la estética sea un motivo de preocupación en la región anterior.
	Defecto profundo aislado donde se eliminaría demasiado hueso adyacente.
	Zonas donde la cirugía ósea ocasionaría mayor movilidad del diente.
	Áreas de difícil acceso.
	Raíces cortas y estrechas que compliquen la técnica.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.
	Perdida de soporte óseo del diente adyacente.
	Exposición de una furcación intacta.
	Daño radicular.

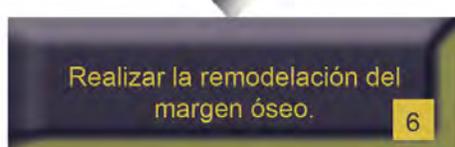
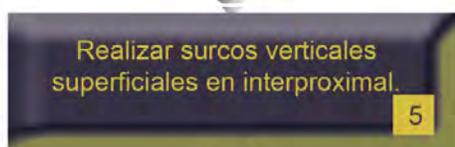
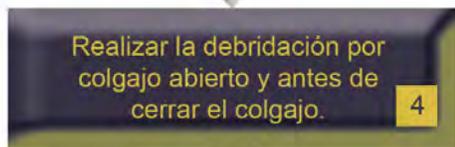
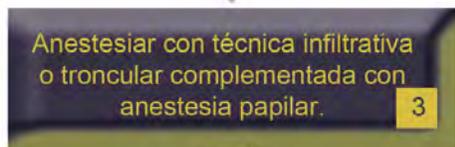
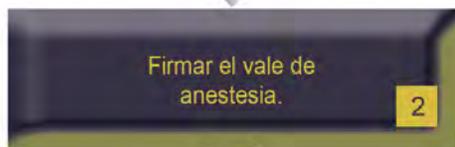
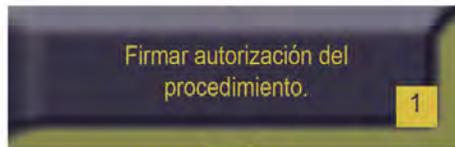
Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento quirúrgico:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular, complementada con anestesia papilar.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la debridación por colgajo abierto y antes de cerrar el colgajo.	Ver procedimiento quirúrgico
5	Estudiante supervisado por el docente	Realiza con una fresa de fisura larga o redonda surcos verticales superficiales en interproximal de las paredes vestibular y lingual/palatina.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la remodelación del margen óseo vestibular y lingual/palatina (instrumentos manuales/rotatorios).	
7	Estudiante supervisado por el docente	Elimina pequeñas cantidades de hueso de soporte (instrumentos manuales).	
8	Estudiante supervisado por el docente	Verifica la anatomía ósea festoneada para permitir que el tejido blando siga el contorno del hueso.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Lava la zona quirúrgica con solución fisiológica salina.	

10	Estudiante supervisado por el docente	Coloca los colgajos en una posición más apical.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Sutura los colgajos y retira la sutura ocho días después.	
12	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
13	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
14	Docente	Firma la receta.	Receta
15	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
16	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Procedimiento de debridación por colgajo abierto
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta



Eliminar pequeñas cantidades de hueso de soporte. 7

Verificar la anatomía ósea festoneada. 8

Lavar la zona quirúrgica. 9

Colocar los colgajos en una posición más apical. 10

Suturar los colgajos y retirar la sutura ocho días después. 11

Entregar tríptico de cuidados posoperatorios. 12

13

Elaborar la receta. 13



Firmar la receta. 14



Anotar fecha y el procedimiento. 15



Firmar validando el procedimiento. 16



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	DEBRIDACIÓN POR COLGAJO ABIERTO
Propósito	Remover la placa bacteriana y cálculo subgingival sobre las superficies radiculares en bolsas periodontales profundas y defectos intraóseos, que no es posible sin el levantamiento de un colgajo para eliminar la enfermedad periodontal reflejándose clínicamente en la disminución de la profundidad de la bolsa periodontal.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Panamericana. Quinta edición. 2009. Tomo 2: 787,788
	Rose I, Mealey B. Periodontics Medicine, Surgery and Implants. Elsevier Mosby 2004: 514-515
	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. McGraw Hill. Décima edición. 2010: 940-942
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Cartuchos de anestesia
Sonda periodontal		Aguja para anestesia	
Explorador		Hoja de bisturí	
Pinzas de curación			
Jeringa tipo carpule		Gasas	
Mango para Bisturí Bard Parker No. 3		Bolsa roja	
		Jeringa para irrigar de 20 cc	
Legra de Hopkins P1 y P2		Solución fisiológica para irrigar	
Raspadores para áreas específicas		Anteriores	Sutura 3 – 4 0
		Posteriores	
Curetas para áreas específicas	Anteriores		
	Posteriores		
Tijeras para encía Goldman Fox No. 16			
Retractor Minnesota			
Porta agujas			
Tijeras para sutura			
Cánula de succión			
Manguera de succión			
Rifonera			

Indicaciones	En bolsas periodontales profundas, áreas con involucración de furcación, u otras áreas con compleja anatomía que no fácilmente se pueden instrumentar sin el levantamiento de un colgajo.
	Para eliminar o reducir la profundidad de las bolsas periodontales en áreas con poca cantidad de encía, donde la escisión de la bolsa ocasionaría la eliminación de la encía.
	En defectos intraóseos que requieran la colocación de injertos óseos, materiales biomiméticos y regeneración tisular.
Contraindicaciones	En bolsas periodontales poco profundas las cuales se puedan resolver con procedimientos no quirúrgicos.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento quirúrgico:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular, complementada con anestesia papilar.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión intrasurcular de manera continua o discontinua.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta colgajo(s) mucoperiósticos hasta la cresta ósea.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Remueve el tejido de granulación hasta la cresta ósea.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza el raspado y alisado radicular.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza el curetaje de la pared blanda de la bolsa.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Lava la zona quirúrgica con solución fisiológica salina.	

10	Estudiante supervisado por el docente	Resposiciona los colgajos.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Sutura los colgajos y retira la sutura ocho días después.	
12	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
13	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
14	Docente	Firma la receta.	Receta
15	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
16	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta

INICIO



Firmar autorización del procedimiento. **1**



Firmar el vale de anestesia. **2**



Anestesiarse con técnica infiltrativa o troncular, complementada con anestesia papilar. **3**

Por sextantes o cuadrantes.



Realizar la incisión intrasural de manera continua o discontinua. **4**



Levantarse colgajo(s) mucoperiosticos hasta la cresta. **5**



6

Remover el tejido de granulación hasta la cresta ósea.

6

Realizar el raspado y alisado radicular.

7

Realizar el curetaje de la pared blanda de la bolsa.

8

Lavar la zona quirúrgica con solución fisiológica salina.

9

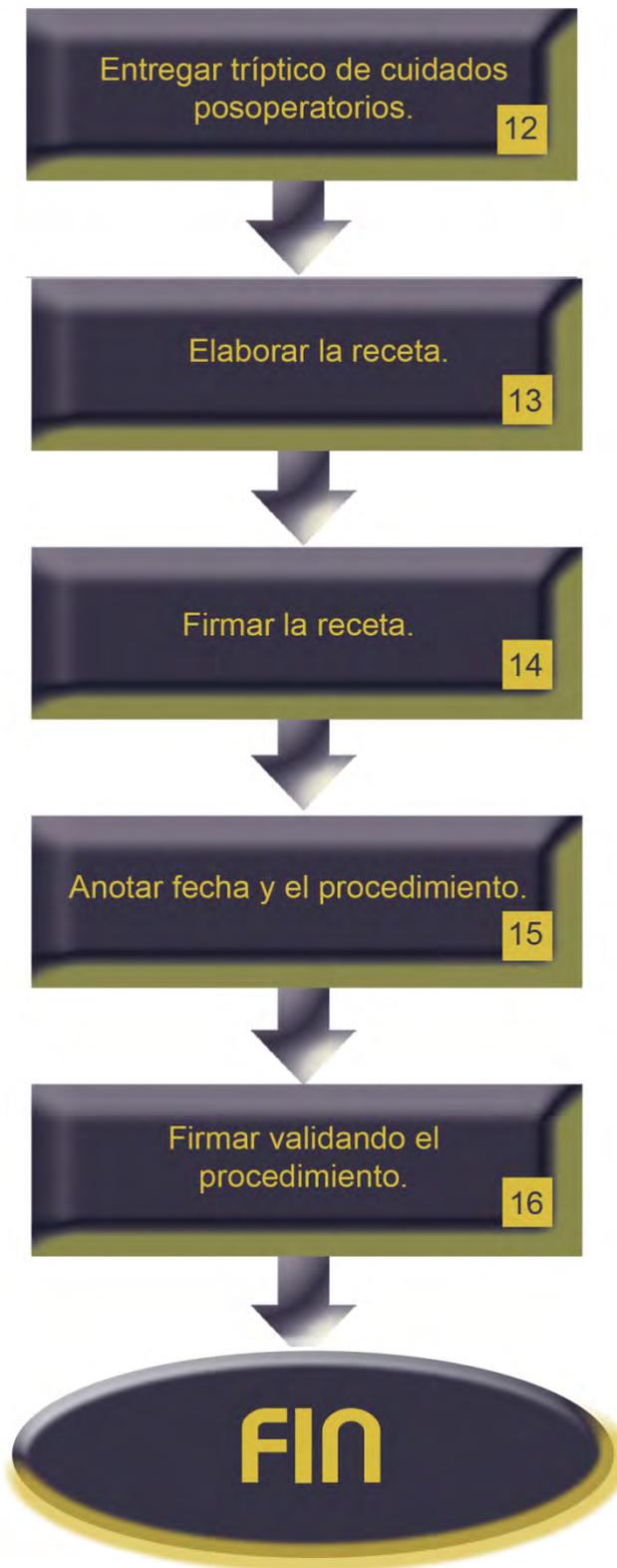
Reposicionar los colgajos.

10

Suturar los colgajos y retirar la sutura ocho días después.

11

12



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO EXCISIONAL DE NUEVA INSERCIÓN (ENAP)
Propósito	Eliminar o reducir la bolsa periodontal para establecer un medio adecuado a la nueva inserción de las fibras periodontales al diente a un nivel más coronal.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Enfermería
	Secretaría Administrativa
Referencias	Young Cho Jun. Atlas of Surgical Periodontal Therapy. 3 rd ed. 2000 Medical and Dental Publishing Company: 15-16
	Cohen SE. Atlas de Cirugía Periodontal Cosmética y Reconstructiva. Tercera edición. Amolca: 2010: 30-32
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos		Materiales
	Insumos	1×4	Espejo bucal
Sonda periodontal			Aguja para anestesia
Explorador			Hoja de bisturí
Pinzas de curación			
Jeringa tipo carpule		Gasas	
Mango para Bisturí Bard Parker® No. 3		Bolsa roja	
		Jeringa para irrigar de 20 cc	
Legra de Hopkins P1		Solución fisiológica para irrigar	
		Sutura 3 – 4 0	
Raspadores para áreas específicas		Anteriores	
		Posteriores	
Curetas para áreas específicas		Anteriores	
		Posteriores	
Porta agujas			
Tijeras para sutura			
Cánula de succión			
Manguera de succión			
Riñonera			

Indicaciones	Bolsas periodontales supraóseas o poco profundas que tengan una adecuada zona de tejido queratinizado.
	En zonas anteriores donde la estética es importante.
	Cuando esté contraindicada una cirugía más extensa debido a compromiso sistémico o resistencia emocional.
Contraindicaciones	Bolsas periodontales infraóseas, moderadas o profundas.
	Bolsas periodontales que se extiendan más allá de la mucosa alveolar.
	Cuando el frenillo esté traccionando el margen gingival.
	Tejido edematoso o con agrandamiento gingival.
	Involucración de la furcación.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.

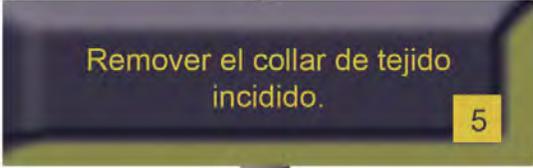
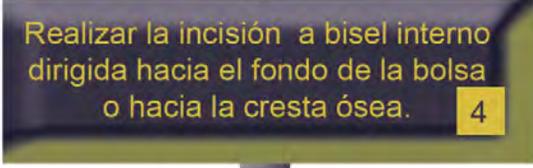
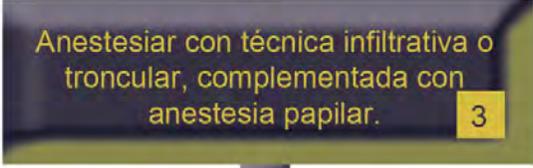
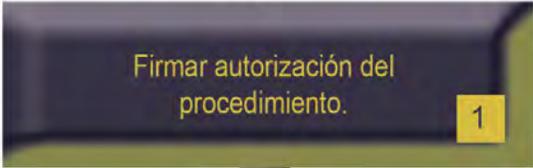
Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento quirúrgico:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular, complementada con anestesia papilar.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión a bisel interno dirigida hacia el fondo de la bolsa o hacia la cresta ósea.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Remueve el collar de tejido incidido usando una cureta (removiendo el epitelio de la bolsa, epitelio de unión, tejido conectivo inflamado y de granulación).	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza el raspado y alisado radicular (removiendo la placa bacteriana, cálculo subgingival y cemento reblandecido).	
7	Estudiante supervisado por el docente	Lava la zona quirúrgica con solución fisiológica salina.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Adapta el tejido hacia el diente.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Sutura las papilas interproximales, retira la sutura ocho días después.	
10	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
11	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
12	Docente	Firma la receta.	Receta
13	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
14	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta



Realizar el raspado y alisado radicular.

6

Lavar la zona quirúrgica con solución fisiológica.

7

Adaptar el tejido hacia el diente.

8

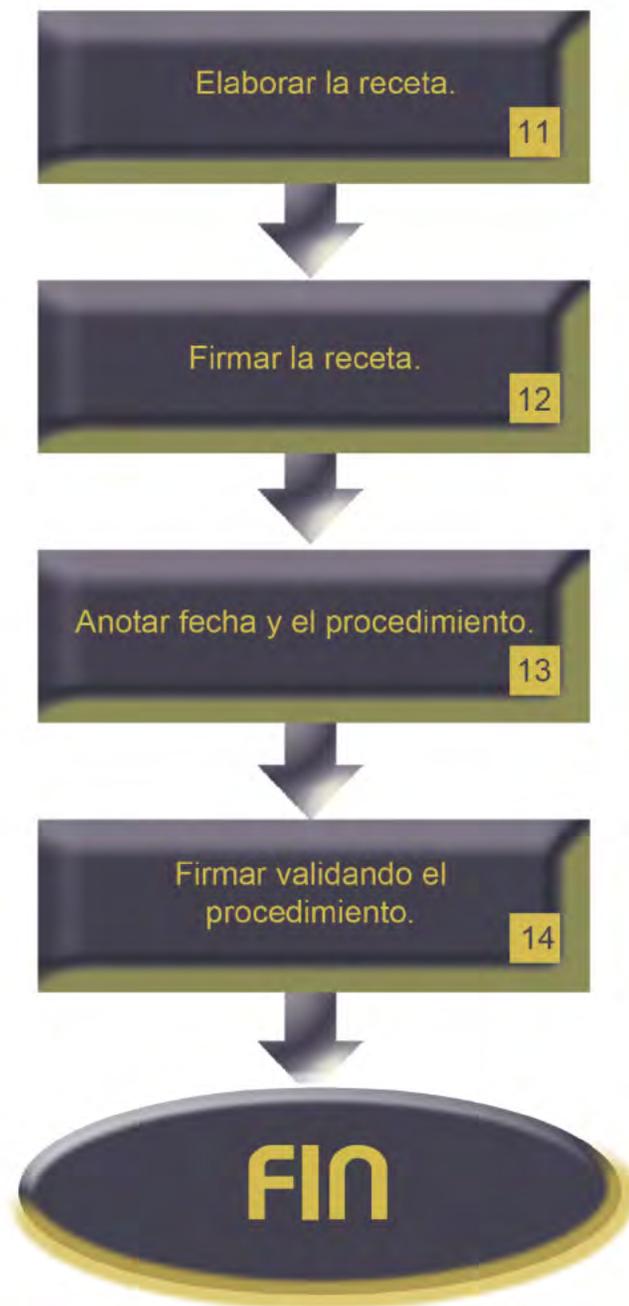
Suturar las papilas interproximales, se retiran las suturas 8 días después.

9

Entregar tríptico de cuidados posoperatorios.

10

11



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	COLGAJO DE WIDMAN MODIFICADO
Propósito	Remover la placa bacteriana y cálculo subgingival sobre las superficies radicales mediante el levantamiento de un colgajo festoneado a a bisel interno manteniendo tanto como sea posible la papila interdental para obtener el máximo cierre reflejándose clínicamente en la disminución de la profundidad de la bolsa periodontal.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Panamericana. Quinta edición, 2009. Tomo 2: 789-792
	Newman M., Takei H., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición, 2010: 938-940
	Rose I, Mealey B. Periodontics Medicine, Surgery and Implants. Elsevier Mosby 2004: 515-517
	Cho JY. Atlas of surgical periodontal therapy. Medical and Dental Publishing Co. Third Edition. 2000: 24-27
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	1×4: espejo bucal, sonda periodontal, explorador y pinzas de curación	Cartuchos de anestesia
	Jeringa tipo carpule	Aguja para anestesia
	Mango para Bisturí Bard Paker No. 3	Hoja de bisturí No. 15 y 11
	Legra de Hopkins P1 y P2	Gasas
	Raspadores y curetas para áreas específicas (anteriores y posteriores)	Bolsa roja
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Cinzel óseo/limas óseas interproximales	Solución fisiológica para irrigar
	Retractor Minnesota	Sutura 3 – 4 0
	Porta agujas	
	Tijeras para sutura	
	Cánula de succión	
	Manguera de succión	
	Riñonera	

Indicaciones	Cuando se desea la reinsección o una mínima recesión gingival.
	En bolsas periodontales leves o moderadas.
	En donde la estética sea primordial como es el caso de la región anterior.
Contraindicaciones	En donde exista poca o nula encía insertada.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento quirúrgico:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular, complementada con anestesia papilar.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión inicial a bisel interno festoneada en relación con la cresta alveolar, comienza a 1 mm de separación del margen gingival.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Cuida que la incisión festoneada a nivel interdental conserven un tamaño adecuado para permitir la cobertura del hueso cuando se suture el colgajo.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Levanta colgajo (s) mucoperióstico (s) hasta la cresta ósea.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la segunda incisión intrasurcal alrededor de los dientes hasta la cresta ósea con el fin de facilitar la separación del collar de tejido gingival incidido.	

8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la tercera incisión en dirección horizontal a nivel de la cresta ósea facilitando la remoción del collar de tejido blando con cureta.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Remueve el tejido de granulación hasta la cresta ósea.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Realiza el raspado y alisado radicular.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Corrige la arquitectura ósea si evita la buena adaptación de los colgajos.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Lava la zona quirúrgica con solución fisiológica salina.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Reposiciona los colgajos.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Sutura los colgajos.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Retira la sutura ocho días después.	
16	Estudiante	Entrega Tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico

17	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
18	Docente	Firma la receta.	Receta
19	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
20	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento.

1

Firmar el vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa o
truncular, complementada con
anestesia papilar.

3

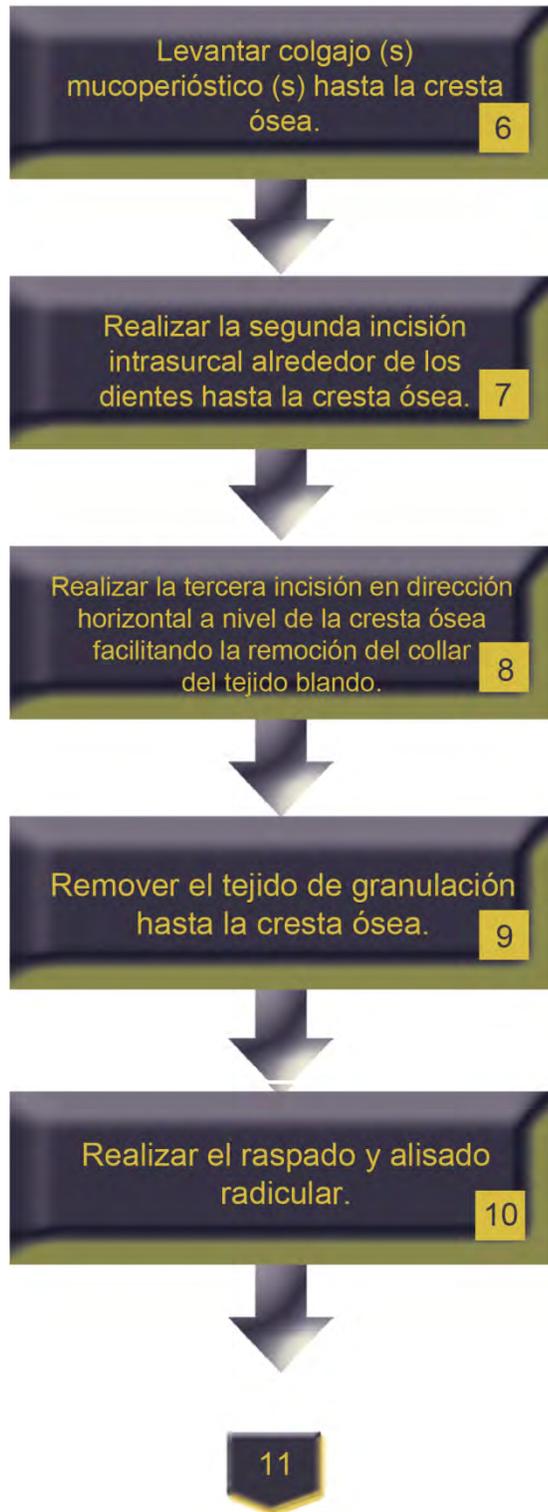
Realizar la incisión inicial a bisel interno
festoneada, comenzar a 1 mm de
separación del margen gingival.

4

Cuidar que la incisión festoneada
a nivel interdental conserve un
tamaño adecuado.

5

6



Corregir la arquitectura ósea sólo si evita la buena adaptación de los colgajos. 11

Lavar la zona quirúrgica con solución fisiológica salina. 12

Reposicionar los colgajos. 13

Suturar los colgajos. 14

Retirar la sutura ocho días después. 15

16

Entregar tríptico de cuidados posoperatorios.

16



Elaborar la receta.

17



Firmar la receta.

18



Anotar fecha y el procedimiento.

19



Firmar validando el procedimiento.

20



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	COLGAJO DESPLAZADO APICAL
Propósito	Conservar la anchura de la encía adherida para preservar la salud periodontal en procedimientos quirúrgicos periodontales y plásticos cuya secuela sería dejar poca o nula cantidad de encía adherida.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Enfermería
	Secretaría Administrativa
Referencias	Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Panamericana. Quinta edición. 2009. Tomo 2: 789
	Cohen SE. Atlas de Cirugía Periodontal Cosmética y Reconstructiva. Tercera edición. Amolca. 2010: 48 - 56
	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Décima edición. Mac Graw Hill. 2010: 1013-1014
	Sato N, DDS. Cirugía Periodontal Atlas Clínico. Quitessence. 2002: 86-95
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos		Materiales
	Insumos	1×4	Espejo bucal
Sonda periodontal			Aguja para anestesiar
Explorador			Hojas de bisturí No. 15
Pinzas de curación			Gasas
Jeringa tipo carpule		Bolsa roja	
Mango de bisturí Bard Parker® No. 3		Jeringa para irrigar de 20 cc	
		Solución fisiológica	
Legra Hopkins P1		Sutura 3 – 4 0	
		Apósito quirúrgico	
Retractor Minnesota			
Curetas para áreas específicas (posteriores)			
Tijeras para encía Goldman Fox No. 16			
Cánula			
Manguera de succión			
Porta agujas			
Tijeras para sutura			
Loseta			
Espátula para cemento			

Indicaciones	Eliminación de bolsas periodontales que se extiende más allá de la línea mucogingival con poca cantidad de encía adherida.
	Técnica combinable con otras de cirugía mucogingival donde se requiera conservar una banda de encía adherida.
	Técnica combinable con alargamiento de corona clínica donde se requiera conservar una banda de encía adherida.
Contraindicaciones	Insuficiente anchura, altura y espesor de encía adherida.
	Recesiones gingivales.
	Donde se requiera cirugía ósea extensa.
	Donde este indicada la regeneración.
	Pacientes con higiene bucal deficiente.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.
	Causar hipersensibilidad en el diente tratado.
	Posibilidad de pérdida ósea en sitio quirúrgico.
	Inflamación postoperatoria.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

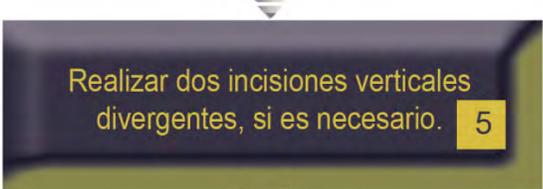
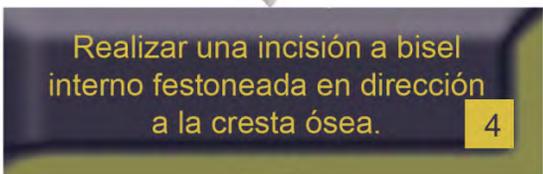
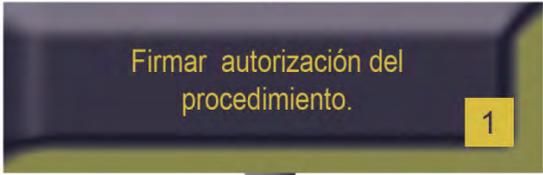
La técnica se puede llevar a cabo con bisturíes o microcirugía.

Descripción del procedimiento quirúrgico del Colgajo Desplazado Apical en el tratamiento de bolsas periodontales:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma la autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o trocular.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión a bisel interno festoneada en dirección a la cresta ósea.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Realiza dos incisiones verticales divergentes (si es necesario) iniciando en el vértice distal de la última papila de cada lado del colgajo y terminando a 3 o 4 mm más allá de la línea mucogingival.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Levanta colgajo mucoperióstico hasta la cresta ósea.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Remueve el tejido de granulación hasta la cresta ósea.	

8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza el raspado y alisado radicular; lava con solución fisiológica.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el colgajo desplazándolo en sentido apical.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una sutura suspensoria alrededor del diente, para evitar una posición más apical que la deseada, la sutura se retira ocho días después.	
11	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
12	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
13	Docente	Firma la receta.	Receta
14	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
15	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta



Levantarse el colgajo mucoperiostico hasta la cresta ósea. 6

Remover el tejido de granulación. 7

Realizar el raspado y alisado radicular. 8

Colocar el colgajo desplazándolo en sentido apical. 9

Realizar una sutura suspensoria alrededor del diente para evitar una posición más apical que la deseada, la sutura se retira ocho días después. 10

11

Entregar tríptico de cuidados posoperatorios.

11



Elaborar la receta.

12



Firmar la receta.

13



Anotar fecha y el procedimiento.

14



Firmar validando el procedimiento.

15



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	INJERTO ÓSEO (AUTOINJERTO)
Propósito	Llenar los defectos óseos periodontales utilizando hueso autólogo para estimular la osteogénesis, osteoinducción y osteoconducción.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Newman M., Takei H., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición. 2010: 976-978
	Araun K. Garg. Bone, Biology, Harvesting, Grafting, for Dental Implants Rationale and Clinical Applications. Quinescence Publishing. 2004: 21-52
	Romanelli Hugo, Adams Evelyn, Schinini Guillermo. 1001 Tips en Periodoncia. Editorial Amolca. 2012:105-126
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	1×4: espejo bucal, sonda periodontal, explorador y pinzas de curación	Cartuchos de anestesia
	Jeringa tipo carpule	Aguja para anestesiar
	Mango de bisturí Bard-Parker No. 3	Hoja de bisturí No. 15
	Hopkins	Gasas
	Raspadores y curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)	Bolsa roja
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Rotatorios: fresas redondas de carburo No. 6 u 8, Trefina	Solución fisiológica
	Cureta de Lucas	Sutura 4 - 0
	Godete de vidrio	Apósito quirúrgico
	Retractor Minnesota	Autoinjerto sitios intraorales: tuberosidad, zona edéntula, zona retromolar, alvéolo de reciente extracción, hueso removido durante la osteoplastia y ostectomía, exostosis
	Porta agujas	
	Tijeras para sutura	
	Cánula/ manguera de succión	
	Riñonera	

	Loseta de vidrio/espátula para cemento	
--	--	--

Indicaciones	Defectos óseos verticales.
	Defectos óseos de dos y tres paredes.
	Cuando existen sitios intraorales con suficiente cantidad de tejido óseo donante.
Contraindicaciones	Defectos supraóseos.
	Dientes con movilidad considerable.
	Pacientes con higiene oral deficiente.
Complicaciones	Desgarro del colgajo.

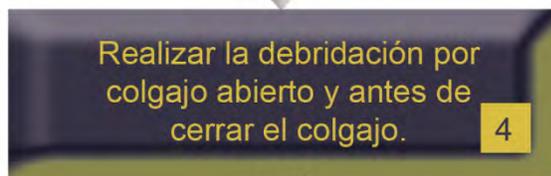
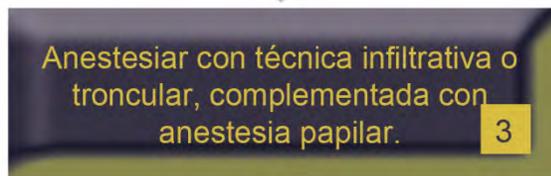
Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento quirúrgico:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma la autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular, complementada con anestesia papilar.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la debridación por colgajo abierto y antes de cerrar el colgajo.	Ver procedimiento quirúrgico
5	Estudiante supervisado por el docente	Regulariza márgenes óseos del defecto, si se requiere.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia el sitio de obtención del injerto óseo.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión en el sitio.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Levanta colgajo mucoperióstico.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Obtiene con instrumentos rotatorios el tejido óseo a injertar en cantidad suficiente (coágulo óseo).	

10	Estudiante supervisado por el docente	Deposita el coágulo óseo en el godete.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca en el defecto el injerto óseo y lo compacta con gasa humedecida.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Reposiciona y sutura colgajos (de la debridación y del sitio de la obtención del injerto).	
13	Estudiante supervisado por el docente	Coloca apósito quirúrgico en la zona debridada.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Retira apósito y sutura ocho días después.	
15	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
16	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
17	Docente	Firma la receta.	Receta
18	Estudiante	Anota fecha y procedimiento.	Notas de evolución
19	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento de debridación por colgajo abierto
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta



Anestesiarse el sitio de obtención del injerto óseo.

6



Realizar incisión en el sitio.

7



Levantarse colgajo mucoperiosteico.

8



Obtener con instrumentos rotatorios el tejido óseo a injertarse (coágulo óseo).

9



Depositar el coágulo óseo en el godete.

10



11

Colocar en el defecto el injerto óseo y compactar con gasa humedecida. 11



Reposicionar y suturar colgajos (de la debridación y del sitio de la obtención del injerto). 12



Colocar apósito quirúrgico en la zona debridada. 13



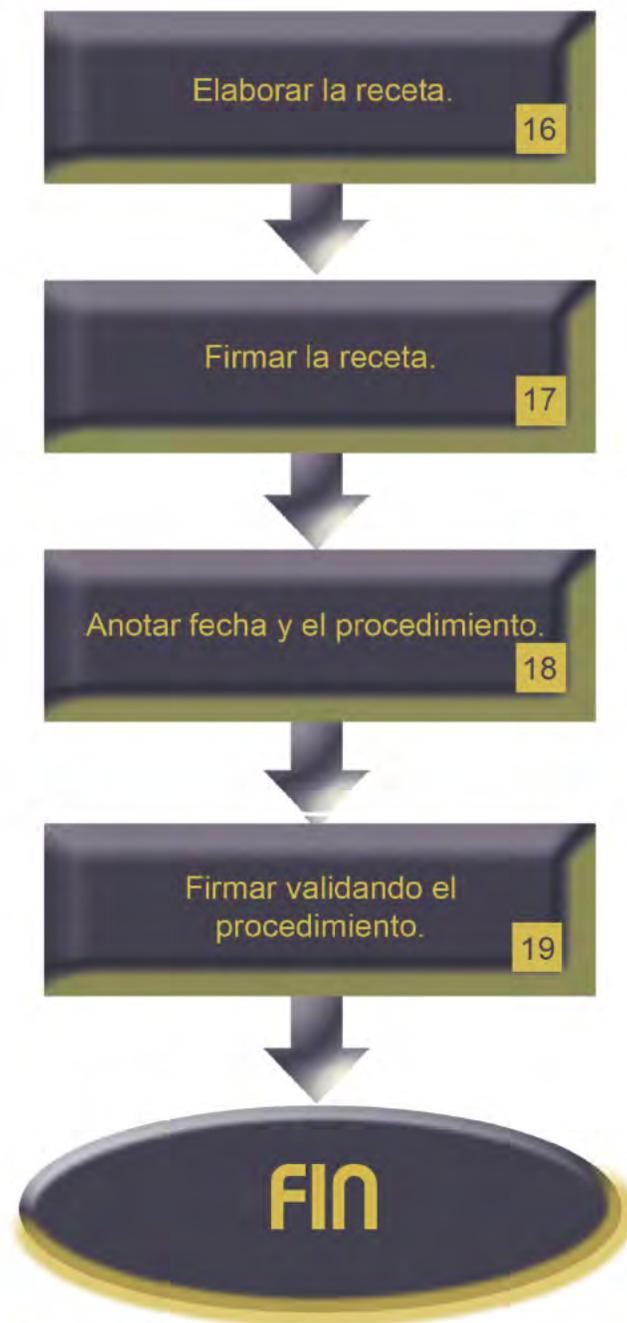
Retirar apósito y sutura ocho días después. 14



Entregar tríptico de cuidados posoperatorios. 15



16



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	INJERTOS ÓSEOS (ALOINJERTOS, XENOINJERTOS Y ALOPLÁSTICOS)
Propósito	Llenar los defectos óseos periodontales utilizando materiales biocompatibles para estimular la osteoconducción.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Newman M., Takei H., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Carranza Periodontología Clínica. Mc.Graw Hill. Décima edición. 2010:976-982
	Araun K. Garg. Bone, Biology, Harvesting, Grafting, for Dental Implants Rationale and Clinical Applications. Quinescence Publishing. 2004: 21-52
	Romanelli Hugo, Adams Evelyn, Schinini Guillermo. 1001 Tips en Periodoncia. Editorial Amolca. 2012: 105-126
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	1 x 4: espejo bucal, sonda periodontal, explorador y pinzas de curación	Cartuchos de anestesia
	Jeringa tipo carpule	Aguja para anestesiar
	Manuales: limas óseas interproximales de Schluger, Sugarman, Miller; cincel óseo de Ochsenbein	Gasas
	Cureta de Lucas	Bolsa roja
	Godete de vidrio	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Retractor Minnesota	Solución fisiológica
	Porta agujas	Sutura 4 - 0
	Tijeras para sutura	Apósito quirúrgico
	Cánula/manguera de succión	Material de relleno a emplear según el consentimiento del paciente: Aloinjerto: hueso liofilizado desmineralizado. Xenoinjerto: hidroxiapatita bovina, carbonato de calcio coralino. Materiales aloplásticos: fosfato tricálcico, hidroxiapatita, biovidrio.
	Riñonera	
	Loseta de vidrio/espátula para cemento	

Indicaciones	Defectos óseos verticales.
	Defectos óseos de dos y tres paredes.
Contraindicaciones	Defectos supraóseos.
	Dientes con movilidad considerable.
	Pacientes con higiene oral deficiente.
Complicaciones	Desgarro del colgajo.
	Alergia a la anestesia o sutura.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento quirúrgico:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma la autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular, complementada con anestesia papilar.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la debridación por colgajo abierto y antes de cerrar el colgajo.	Ver procedimiento quirúrgico
5	Estudiante supervisado por el docente	Regulariza márgenes óseos, si es necesario.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el material óseo en el godete y lo hidrata con solución fisiológica salina, por varios minutos.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el material de injerto en el defecto y lo compacta con gasa humedecida.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Reposiciona y sutura colgajos.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Coloca apósito quirúrgico.	

10	Estudiante supervisado por el docente	Retira apósito quirúrgico y sutura ocho días después.	
11	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
12	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
13	Docente	Firma la receta.	Receta
14	Estudiante	Anota fecha y procedimiento.	Notas de evolución
15	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento de debridación por colgajo abierto
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta



INICIO

Firmar la autorización del procedimiento.

1

Firmar el vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa.

3

Realizar la debridación por colgajo abierto y antes de cerrar el colgajo.

4

Regularizar márgenes óseos, si es necesario.

5

6

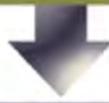
Colocar el material óseo en el godete e hidratar.

6



Colocar y compactar el material de injerto en el defecto.

7



Reposicionar y suturar los colgajos.

8



Colocar apósito quirúrgico.

9

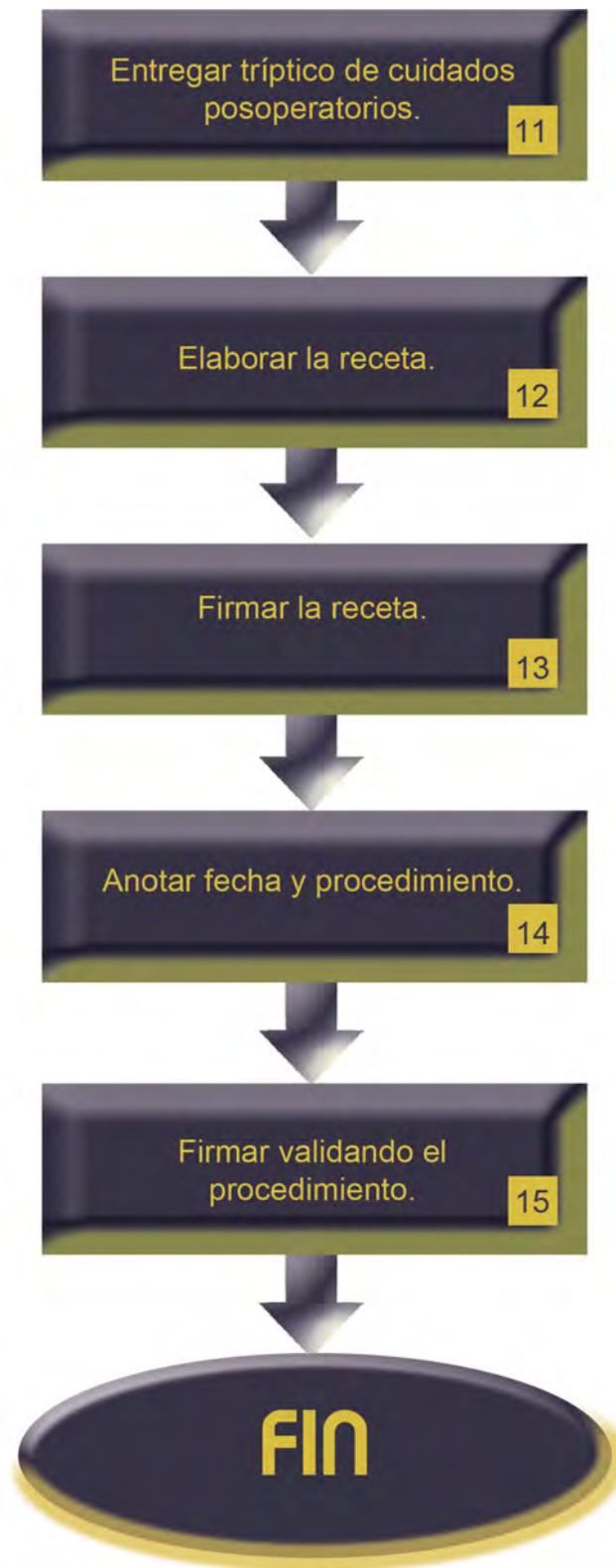


Retirar apósito y suturas ocho días después.

10



11



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FRENECTOMÍA
Propósito	Eliminar la inserción del frenillo para crear una zona de encía insertada entre el margen gingival y el frenillo.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Enfermería
	Secretaría Administrativa
Referencias	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición. 2010: 1023-1025
	Duarte C. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Livraria Santo, 2004:157- 159, 207-210
	Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Panamericana. Quinta edición.2009.Tomo 2: 1274,1275
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal	Cartuchos de anestesia
	Pinzas de curación	Aguja para anestesiar
	Pinza hemostáticas Halsted-Mosquito Rectas	Hoja de bisturí No.15
	Jeringa tipo carpule	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3	Solución fisiológica
	Tijeras curvas para encía Goldman Fox No.16	Apósito quirúrgico
	Porta agujas	Sutura de 4 - 0
	Tijeras para sutura	Gasas
	Loseta	Bolsa roja
	Espátula para cemento	
	Cánula	
	Manguera de succión	

Indicaciones	Cuando la inserción del frenillo se localice cerca del margen gingival (factor predisponente a la recesión gingival localizada).
	Cuando la inserción inadecuada del frenillo dificulte el cepillado correcto en esa zona y favorezca la acumulación de placa bacteriana.
	Si el frenillo labial es responsable de un diastema interincisivo.
	Para evitar desplazamiento de prótesis removible.
Contraindicaciones	Antes de la erupción de los segundos molares superiores que es cuando el frenillo adquiere más estabilidad de inserción.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica se puede llevar a cabo con bisturíes, electrocirugía o laser.

Descripción del procedimiento quirúrgico plastía romboidea en V:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa a distancia.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Toma el frenillo en la porción media con un pinza hemostática, colocándola hasta la profundidad del vestíbulo (recurso de orientación de las incisiones).	
5	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión con tijeras u hoja de bisturí a lo largo de la superficie superior de la pinza hemostática.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión similar a lo largo de la superficie inferior de la pinza hemostática.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Retira la porción triangular cortada del frenillo.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión horizontal, separando las fibras musculares y disecciona el tejido submucoso.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Deja la superficie de la herida con forma romboidal.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Hace una muesca o fenestración sobre el periostio, si es necesario.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Limpia y lava el area.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Sutura (simple discontinua) la herida en la parte interna del labio y coloca el apósito quirúrgico, se retira el apósito y la sutura 8 días después.	
13	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
14	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
15	Docente	Firma la receta.	Receta
16	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
17	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento.

1

Firmar el vale de
anestesia.

2

Anestesiarse con
técnica infiltrativa a
distancia.

3

Tomar el frenillo en la porción
media con una pinza hemostática
colocarla hasta la profundidad del
vestíbulo.

4

Realizar la incisión a lo largo
de la superficie superior de la
pinza hemostática.

5

Realizar una incisión similar a
lo largo de la superficie inferior
de la pinza hemostática.

6

7

Retirar la porción triangular cortada del frenillo.

7

Realizar una incisión horizontal y diseccionar el tejido submucoso.

8

Dejar una superficie con forma romboidal.

9

Hacer una fenestración sobre periostio, si es necesario.

10

Limpiar y lavar el área.

11

Suturar en la parte interna del labio y colocar apósito quirúrgico. Retirar apósito y sutura 8 días después.

12

13

Entregar tríptico de cuidados posoperatorios

13

Elaborar la receta.

14

Firmar la receta.

15

Anotar fecha y el procedimiento.

16

Firmar validando el procedimiento.

17

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	INJERTO DESPLAZADO LATERAL
Propósito	Cubrir con tejido blando la recesión gingival localizada para crear una zona adecuada de encía insertada, eliminar la hipersensibilidad y mejorar la estética.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Enfermería
	Secretaría Administrativa
Referencias	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición. 2010:1016-1018
	Duarte C. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. ed. Livraria Santos Ltda 2004: 33-46
	Naoshi Sato, DDS. Periodontal Surgery, A Clinical Atlas. ed. Quintessence Publishing Co, Inc. 2000: 342-348
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos		Materiales
	Insumos	1×4	Espejo bucal
Sonda periodontal			Aguja para anestesiar
Explorador			Hojas de bisturí No. 15
Pinzas de curación			Gasas
Jeringa tipo carpule		Bolsa roja	
Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Jeringa para irrigar de 20 cc	
		Solución fisiológica	
Bisturí de Kirkland		Sutura 4 - 0	
Legra Hopkins P1		Apósito quirúrgico	
Retractor Minnesota			
Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)			
Tijeras para encía Goldman Fox No. 16			
Cánula			
Manguera de succión			
Porta agujas			
Tijeras para sutura			
Loseta			
Espátula para cemento			

Indicaciones	Recesión gingival Clase I y II de Miller.
	Recesión gingival con dimensión mesiodistal estrecha.
	Cuando exista suficiente encía insertada adyacente a la recesión.
	Estética.
	Avance de la recesión.
	Hipersensibilidad radicular.
Contraindicaciones	Insuficiente anchura, altura y espesor de encía insertada adyacente al sitio donador.
	Recesiones gingivales múltiples.
	Defectos óseos en el sitio donador (dehiscencia o fenestración).
	Defectos sustanciales en la superficie radicular expuesta por caries, desgastes.
	Enfermedad periodontal presente.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.
	Posibilidad de pérdida ósea y de recesión gingival del sitio donante.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica se puede llevar a cabo con bisturíes o microcirugía.

Técnica de Zuccheli.

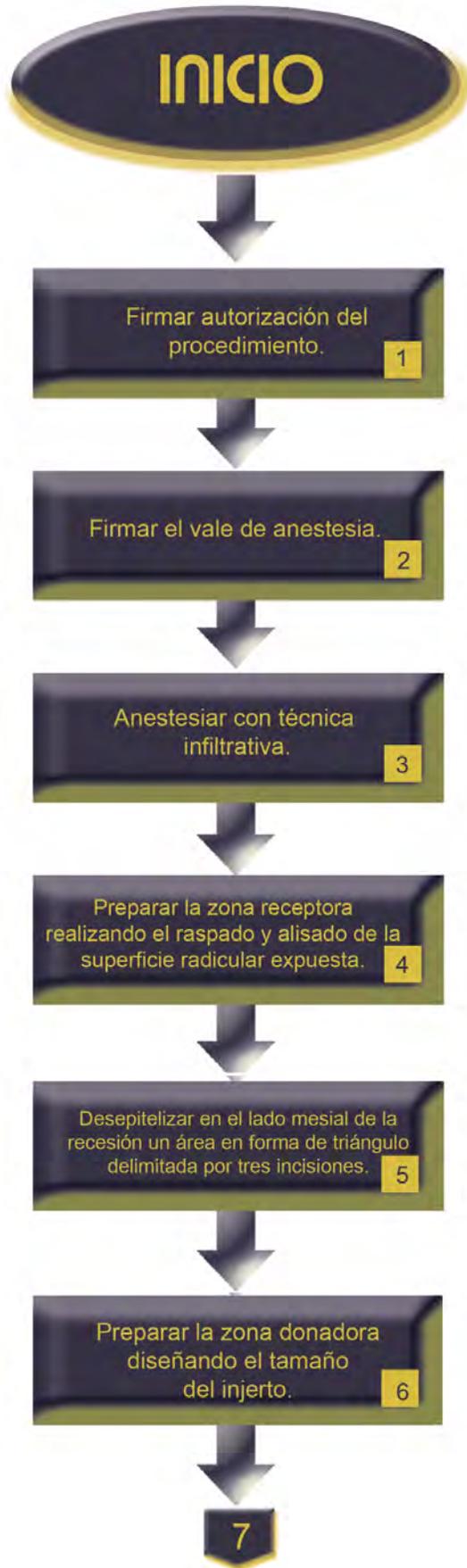
Descripción del procedimiento quirúrgico:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma la autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Prepara la zona receptora realizando el raspado y alisado de la superficie radicular expuesta (dejando una superficie plana).	
5	Estudiante supervisado por el docente	Desepiteliza el lado seleccionado (mesial o distal), deja un área en forma de triángulo rectángulo delimitado por tres incisiones.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza según el lado seleccionado: 1) una incisión horizontal en la base de la papila mesial o distal 2) una incisión vertical convergente a la recesión, que va desde donde finaliza la incisión horizontal hasta la mucosa alveolar 3) una incisión vertical a bisel interno a lo	

		largo del margen mesial o distal de la recesión.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Prepara la zona donadora diseñando el tamaño del injerto requerido para la cobertura (como mínimo incluir dos papilas adyacentes o tres veces el ancho de la recesión medida a nivel de la UCE).	
8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza tres incisiones para levantar el colgajo 1) incisión horizontal submarginal extendiéndose en dirección mesial o distal a la distancia requerida 2) incisión vertical divergente llegando hasta la mucosa alveolar y 3) pequeña incisión en retroceso en la parte mas apical de la incisión vertical con el fin de facilitar la movilización del colgajo.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Levanta el colgajo de espesor parcial (cuidando no perforar el colgajo).	
10	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el colgajo desplazándolo lateralmente hacia el lecho receptor, dejando una zona cruenta expuesta en el sitio donador.	

11	Estudiante supervisado por el docente	Adapta el colgajo 1 mm por arriba de la UCE.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo con punto aislado en las papilas y posteriormente se sutura la incisión vertical; las suturas se retiran ocho días después.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Coloca apósito quirúrgico para proteger la zona expuesta y el injerto, se retira ocho días después y se reemplaza por ocho días más, si se requiere.	
14	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
15	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
16	Docente	Firma la receta.	Receta
17	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
18	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta



Realizar tres incisiones para
levantar el colgajo.

7

Levantarse el colgajo de espesor
parcial.

8

Colocar el colgajo desplazándolo
lateralmente hacia
el lecho receptor.

9

Adaptar el colgajo 1 mm por
arriba de la UCE.

10

Suturar el colgajo y retirar las
suturas ocho días después.

11

Colocar apósito quirúrgico y
retirar ocho días después,
reemplazar si se requiere.

12

13

Entregar tríptico de cuidados posoperatorios.

13

Elaborar la receta.

14

Firmar la receta.

15

Anotar fecha y el procedimiento.

16

Firmar validando el procedimiento.

17

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	COLGAJO DESPLAZADO CORONAL
Propósito	Cubrir con tejido blando recesión(es) gingival(es) desplazando coronalmente la encía queratinizada sobre la recesión para mejorar la estética y eliminar la hipersensibilidad.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Enfermería
	Secretaría Administrativa
Referencias	Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Panamericana. Quinta edición.2009.Tomo 2: 975-978
	Newman M., Takei H., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición. 2010: 1018,1019
	Rose L, Mealey B. Genco R. Periodontics, Medicine, Surgery and Implants Ed. Elsevier, Mosby. 2004: 419-419
	Duarte C. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Livraria Santos Ltda. 2004: 166, 171-173
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	1×4: espejo bucal, sonda periodontal, explorador y pinzas de curación	Cartuchos de anestesia
	Jeringa tipo carpule	Aguja para anestesiar
	Mango de bisturí Bard Parker® No. 3	Hojas de bisturí No. 15
	Legra Hopkins P1	Gasas
	Retractor Minnesota	Bolsa roja
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16	Solución fisiológica para irrigar
	Cánula	Sutura 4 - 0
	Manguera de succión	
	Porta agujas	
	Tijeras para sutura	
	Loseta	
	Espátula para cemento	

Indicaciones	Recesiones gingivales únicas o múltiples Clase I y III de Miller.
	Cuando exista suficiente encía queratinizada apical a la recesión.
	Estética.
	Hipersensibilidad radicular
	Progresión de la recesión.
Contraindicaciones	Insuficiente anchura, y espesor de encía queratinizada apical a las recesiones.
	Inserción de frenillos en el sitio a desplazar.
	Severos defectos en la superficie radicular expuesta por caries, abrasiones o erosiones.
	Enfermedad periodontal presente.
Desventajas	La línea mucogingival se desplaza coronalmente.
	Se crean bridas.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.
	Inflamación postoperatoria.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica se puede llevar a cabo con bisturíes o microcirugía.

Descripción del procedimiento quirúrgico colgajo desplazado coronal

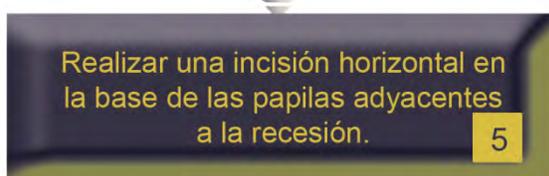
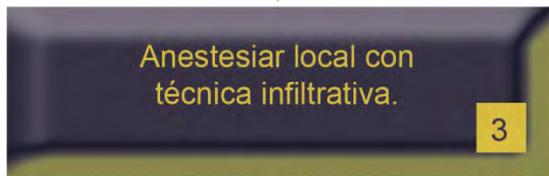
(con incisiones verticales):

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia local con técnica infiltrativa.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Alisa la (s) superficie (es) radicular (es) expuesta (s) dejando una superficie lisa.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión horizontal en la base de la papila adyacentes a la recesión, sin invadir el surco del diente adyacente.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Diseña la dirección de las incisiones verticales y el grado de desplazamiento del colgajo.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Desepiteliza las papilas adyacentes a la recesión (es), hasta la base delimitada por la incisión horizontal creando un lecho de tejido conectivo expuesto.	

8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión intrasural alrededor de la recesión (es) conectándola con la incisión horizontal.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Realiza dos incisiones verticales divergentes iniciando a cada lado del vértice distal de la papila terminando a 3 o 4 mm apical a la línea mucogingival.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Levanta el colgajo de espesor total hasta la línea mucogingival y continúa con una disección de espesor parcial (cuidando no perforar el colgajo).	
11	Estudiante supervisado por el docente	Libera el colgajo realizando incisión subperióstica.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Desplaza el colgajo coronalmente sobre la recesión (es) verificando que esté libre de tensión.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Adapta el colgajo sobre los lechos de tejido conectivo creados en las papilas extendiéndolo 1 mm coronal a la UCE.	

14	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo con puntos aislados en las papilas y después las incisiones verticales.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Retira suturas ocho días después.	
16	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
17	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
18	Docente	Firma la receta.	Receta
19	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
20	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta



Diseñar la dirección de las incisiones verticales y el grado de desplazamiento del colgajo. 6



Desepitelizar las papilas adyacentes a la recesión creando un lecho de tejido conectivo. 7



Realizar incisión intrasural alrededor de la recesión conectándola con la incisión horizontal. 8



Realizar incisiones verticales divergentes a cada lado del vértice distal de las papilas hasta más allá de la línea mucogingival. 9



Levantar el colgajo de espesor total. 10



11

Realizar una incisión horizontal subperióstica en la parte más apical del colgajo para eliminar la tensión del músculo. 11



Desplazar el colgajo coronalmente sobre la recesión. 12



Adaptar el colgajo sobre los lechos de tejido conectivo de las papilas desepitelizadas. 13



Suturar el colgajo en las papilas y después en las incisiones verticales. 14



Retirar suturas ocho días después. 15



16



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	COLGAJO DESPLAZADO CORONAL PARA RECESIONES MÚLTIPLES
Propósito	Cubrir mediante un colgajo desplazado coronal, sin incisiones verticales, múltiples recesiones gingivales para mejorar la predictibilidad de la cobertura, asegurar una mejor estética y eliminar la hipersensibilidad.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Enfermería
	Secretaría Administrativa
Referencias	Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Panamericana. Quinta edición.2009.Tomo 2: 978-979
	Newman M., Takei H., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición. 2010: 1018-1019
	Duarte C. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Livraria Santos Ltda. 2004: 166-173
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	1×4: espejo bucal Estudiante, sonda periodontal, explorador y pinzas de curación	Cartuchos de anestesia
	Jeringa tipo carpule	Aguja para anestesiar
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3	Hojas de bisturí No. 15
	Legra Hopkins P1	Gasas
	Retractor Minnesota	Bolsa roja
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16	Solución fisiológica para irrigar
	Cánula	Sutura 4 - 0
	Manguera de succión	
	Porta agujas	
	Tijeras para sutura	
	Loseta	
	Espátula para cemento	

Indicaciones	Recesiones gingivales múltiples Clase I Miller.
	Cuando exista suficiente encía queratinizada apical a las recesiones.
	Estética.
	Hipersensibilidad radicular.
	Progresión de las recesiones.
Contraindicaciones	Insuficiente anchura, y espesor de encía queratinizada apical a las recesiones.
	Inserción de frenillos en el sitio a desplazar.
	Severos defectos en la superficie radicular expuesta por caries, abrasiones o erosiones.
	Enfermedad periodontal presente.
Desventajas	La línea mucogingival se desplaza coronalmente.
	Se crean bridas.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.
	Inflamación postoperatoria.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica se puede llevar a cabo con bisturíes o microcirugía.

Técnica de Zucchelli.

Descripción del procedimiento quirúrgico:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia local con técnica infiltrativa.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Alisa las superficies radicales expuestas dejandando una superficie lisa.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión oblicua de espesor parcial en el tejido interdental, creando papilas quirúrgicas.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Desepiteliza las porciones remanentes de las papilas interdetales, creando un lecho de tejido conectivo expuesto.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión intrasurcal alrededor de las recesiones conectándolas con las incisiones oblicuas.	

8	Estudiante supervisado por el docente	Levanta el colgajo de espesor parcial en el área interdental; de espesor total hasta la línea mucogingival; de espesor parcial en la mucosa alveolar.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Libera el colgajo realizando incisión subperióstica.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el colgajo sobre las recesiones verificando que esté libre de tensión en cada uno de los dientes a 1 mm de la UCE.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo con puntos aislados en los lechos de tejido conectivo creados en las papilas verificando la íntima adaptación del colgajo.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Retira suturas ocho días después.	
13	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias para cirugía plástica.	Tríptico
14	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
15	Docente	Firma la receta.	Receta
16	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución

17	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
----	---------	-----------------------------------	--------------------

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta

INICIO

Firmar la autorización del
procedimiento. 1

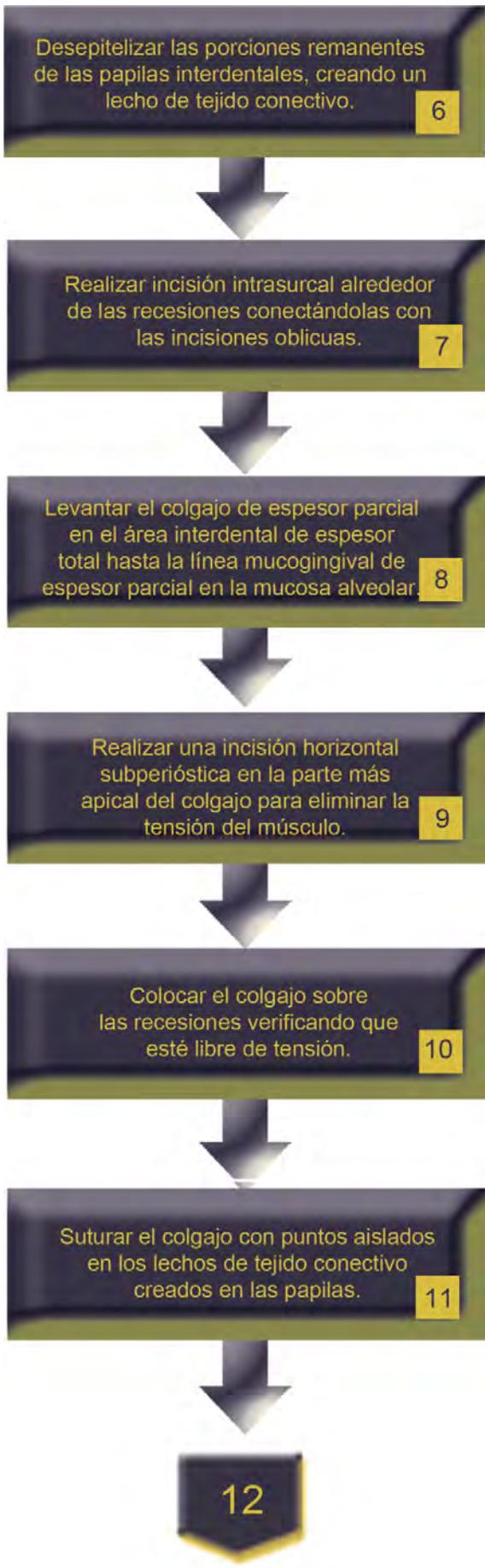
Firmar el vale de
anestesia. 2

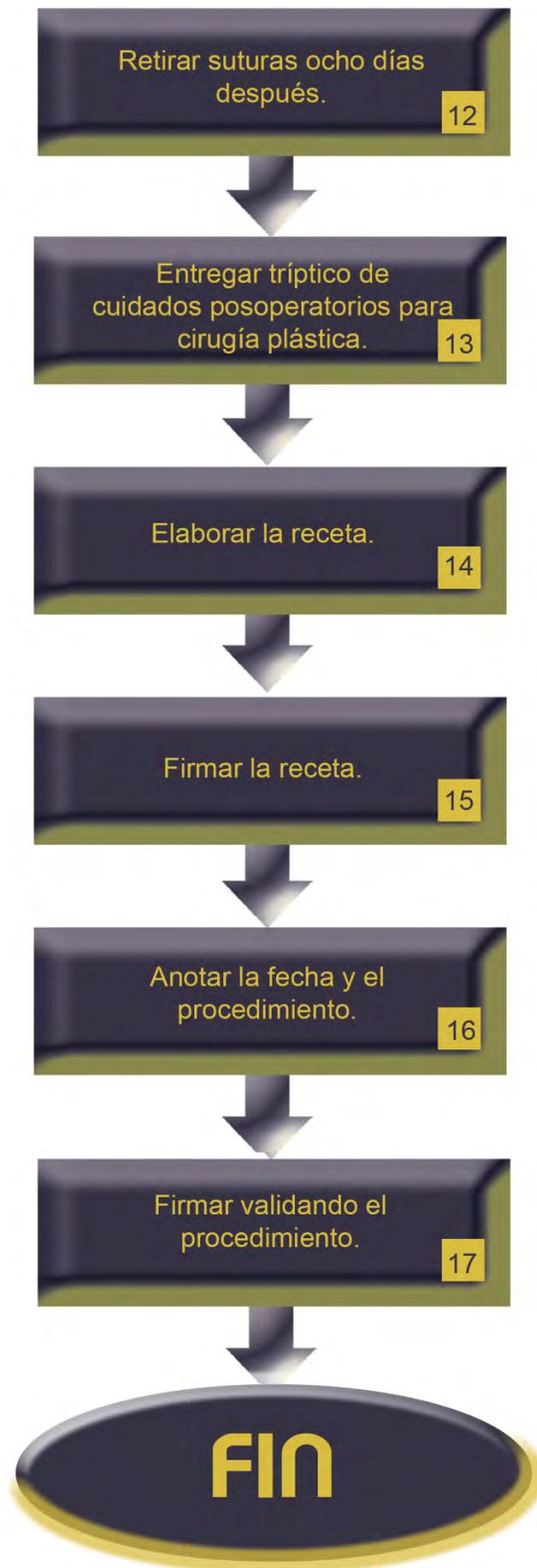
Anestesiar con técnica infiltrativa. 3

Alisar las superficies radiculares
expuestas. 4

Realizar incisión oblicua de espesor
parcial en el tejido interdental,
creando papilas quirúrgicas. 5

6





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	COLGAJO SEMILUNAR
Propósito	Cubrir con tejido blando una recesión gingival pequeña mediante un colgajo semilunar para ganar encía insertada, mejorar la estética y eliminar la hipersensibilidad.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Enfermería
	Secretaría Administrativa
Referencias	Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Panamericana. Quinta edición.2009.Tomo 2: 979, 980
	Sato N, DDS. Cirugía Periodontal Atlas Clínico. Quitessence 2002: 410-415
	Newman M., Takei H., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición. 2010: 1019
	Duarte C. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Livraria Santos Ltda. 2004: 174
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	1×4: espejo bucal, sonda periodontal, explorador y pinzas de curación	Cartuchos de anestesia
	Jeringa tipo carpule	Aguja para anestesiar
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3	Hojas de bisturí No. 15
	Legra Hopkins P1	Gasas
	Retractor Minnesota	Bolsa roja
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16	Solución fisiológica para irrigar
	Cánula	Sutura 4 - 0
	Manguera de succión	
	Porta agujas	
	Tijeras para sutura	
	Loseta	
	Espátula para cemento	

Indicaciones	Recesión gingival única Clase I de Miller de 2-3 mm de profundidad, en dientes anteriores y premolares superiores.
	Puede hacerse en varios dientes contiguos.
	Cuando exista suficiente encía queratinizada apical a la recesión.
	Como tratamiento complementario después de la colocación de un injerto gingival libre o subepitelial de tejido conectivo.
	Estética.
	Hipersensibilidad radicular.
	Progresión de la recesión.
Contraindicaciones	Insuficiente anchura, y altura de encía queratinizada apical a la recesión.
	Inserción de frenillos en el sitio a desplazar.
	Severos defectos en la superficie radicular expuesta por caries, abrasiones o erosiones.
	Enfermedad periodontal presente.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica se puede llevar a cabo con bisturíes o microcirugía.

Descripción del procedimiento quirúrgico:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia local con técnica infiltrativa.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Alisa la superficie radicular expuesta dejando una superficie lisa.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Diseña la incisión semilunar determinada por la cantidad de tejido necesario para la cobertura radicular.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión de espesor parcial siguiendo la curvatura del margen gingival llegando hasta la base de las papilas a cada lado del diente.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión intrasurcal alrededor de la recesión extendiéndose apicalmente hasta alcanzar la incisión semilunar.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Levanta con la legra el colgajo semilunar.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Desplaza coronalmente el colgajo semilunar hasta la UCE sin que presente tensión.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Estabiliza el colgajo sobre la UCE haciendo leve presión con gaza humedecida con solución fisiológica por 5 minutos.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo con puntos aislados en cada papila.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Coloca apósito quirúrgico.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Retira el apósito y suturas ocho días después.	
14	Estudiante	Entrega tríptico indicaciones posoperatorias.	Tríptico
15	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
16	Docente	Firma la receta.	Receta
17	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
18	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Receta

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento. 1

Firmar el vale de anestesia. 2

Anestesiar local con técnica
infiltrativa. 3

Alisar la superficie radicular
expuesta. 4

Diseñar la incisión semilunar
determinada por la cantidad de
tejido necesario para la cobertura
radicular. 5

Realizar la incisión de espesor parcial
siguiendo la curvatura del margen
gingival llegando hasta la base de las
papilas. 6

7

Realizar incisión intrasural
alrededor de la recesión hasta
alcanzar la incisión semilunar. 7

Levantar con legra el
colgajo semilunar. 8

Desplazar coronalmente el colgajo
semilunar hasta la UCE. 9

Estabilizar el colgajo haciendo
leve presión con gaza
humedecida. 10

Suturar el colgajo con puntos
aislados en cada papila. 11

Colocar apósito quirúrgico. 12

13

Retirar el apósito y las suturas
ocho días después.

13



Entregar tríptico de cuidados
posoperatorios.

14



Elaborar la receta.

15



Firmar la receta.

16



Anotar fecha y el
procedimiento.

17



Firmar validando el
procedimiento.

18



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	PRESERVACIÓN DEL REBORDE ALVEOLAR
Propósito	Conservar el volumen óseo del alveolo postextracción dental para disminuir el colapso del sitio, mejorar la estética y crear condiciones favorables en la colocación posterior de implantes.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Cohen SE. Atlas de Cirugía Periodontal Cosmética y Reconstructiva. Tercera edición. Amolca. 2010: 348-363
	Lekovic V, Kenney EB, Weinlaender M, et al. A bone regenerative approach to alveolar ridge maintenance following tooth extraction. Report of 10 cases. J Periodontol 1997; 68:563-570
	Bartee BK. Extraction site reconstruction for alveolar ridge preservation. Part 1: Rationale and materials selection. J Oral Implantol 2001; 27:187-193
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Material
Insumos	Espejo bucal	Aguja para anestesiar
	Pinza de curación	Cartuchos de anestesia
	Jeringa tipo carpule	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Manguera de succión; cánula quirúrgica de succión	Solución fisiológica para irrigar
	Pinza de campo	Eyector de saliva
	Retractores: Minnesota, Columbia y Orringer	Material óseo a emplear según el consentimiento del paciente: Aloinjerto: Hueso liofilizado desmineralizado Xenoinjerto: hidroxiapatita bovina, carbonato de calcio. Materiales aloplásticos: fosfato tricálcico, hidroxiapatita sintética, biovidrio.
	Perióstomos; elevadores; fórceps	Tapón de colágena
	Tijera de encía Goldman Fox 16	Sutura 3 – 4 0
	Curteta de Lucas $\frac{3}{4}$	Guantes estériles
	Godete metálico	Gasas
	Pinza de Adson; de Corn	Bolsa roja
	Portagujas Mayo Hegar 16 cm	Prótesis provisional
	Tijera de sutura	

Indicaciones	Mantener y mejorar la estética en la rehabilitación oral por medio de implantes.
	Preservar y mejorar los contornos gingivales e interproximales y el alto de la papila. para mejorar la estética en la rehabilitación con implantes.
	Mejorar la cantidad del hueso alveolar.
	Mejorar la posición del implante dentro del reborde alveolar.
	Mejorar el diseño del pónico.
Ventajas	Simple y efectivo.
	Previene la necesidad de un segundo procedimiento quirúrgico para el aumento de la cresta ósea.
Contraindicaciones	Alergia al material regenerativo (tapón, injerto óseo).
	Alveolo que esté indicada la colocación inmediata postextracción de implantes dentales.
	Con riesgo a desarrollar necrosis postextracción (pacientes irradiados en cabeza y cuello; en terapia con bisfosfonatos).
Complicaciones	Alergia al anestésico y/o material regenerativo.
	Infección posoperatoria.
	Salida del material regenerativo.
	Hemorragia posoperatoria.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica se realiza con materiales de regeneración según el análisis prequirúrgico y el criterio del clínico.

Descripción del procedimiento:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Coordinador	Revisa y firma planes de tratamiento protésico y quirúrgico Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la extracción de forma atraumática.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Curetea el alvéolo.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Lava la zona quirúrgica con solución fisiológica.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Rellena el alvéolo con el material de injerto óseo.	Ver procedimiento
8	Estudiante supervisado por el docente	Coloca tapón de colágena.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Sutura suspensorio en cruz.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Coloca prótesis provisional sin que ejerza presión.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
12	Docente	Firma la receta.	Receta
13	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento realizado.	Notas de evolución
14	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
15	Estudiante	Da cita de revisión y para el retiro de sutura.	Carnet
16	Estudiante	Da indicaciones posoperatorias y despide al paciente.	Tríptico

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento de injertos óseos
	Receta
	Carnet de citas
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal

INICIO

Firmar autorización del procedimiento. 1

Firmar el vale de anestesia. 2

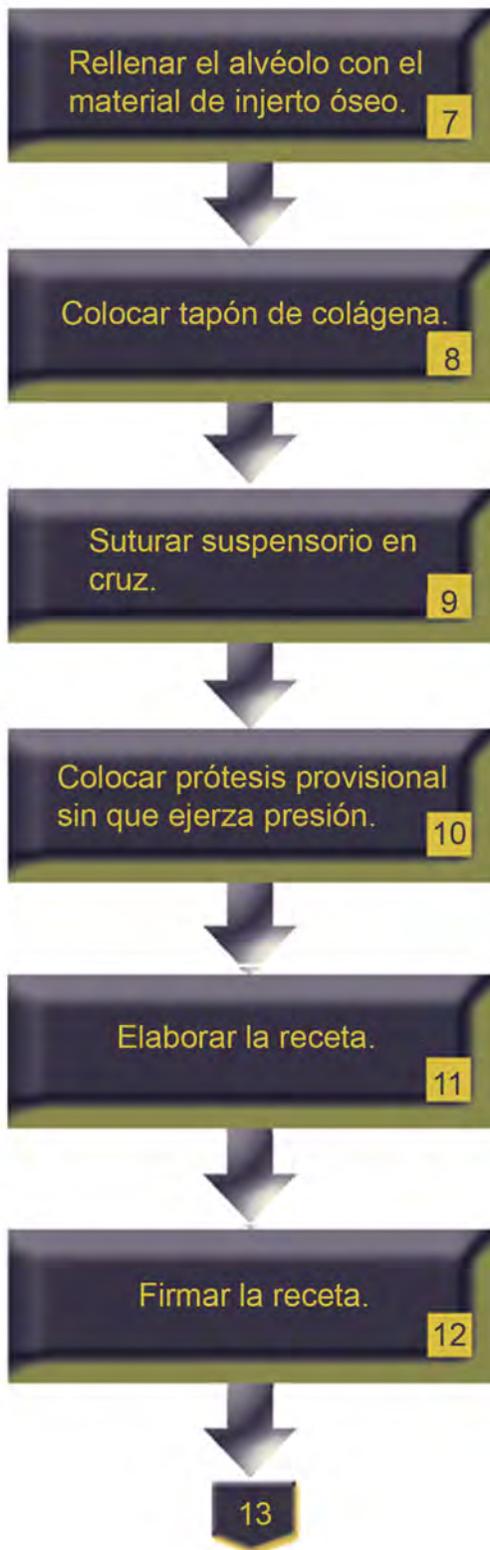
Anestesiarse con técnica infiltrativa o troncular. 3

Realizar la extracción de forma atraumática. 4

Curetear el alvéolo. 5

Lavar la zona quirúrgica con solución fisiológica. 6

7



Anotar fecha y el
procedimiento realizado. 13

Firmar validando el
procedimiento. 14

Dar cita de revisión y
para el retiro de sutura. 15

Dar instrucciones
posoperatorias y despide al
paciente. 16

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	PLAN DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES DENTALES
Propósito	Realizar un plan de tratamiento a partir de herramientas diagnósticas para colocar implantes en espacios edéntulos.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Weber HP, Buser D, Belser U. Examen del candidato al tratamiento con implante. En: Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª ed. España. Panamericana; 2009. Tomo 2: 587- 599
	Gröndahl HG, Gröndahl K. Examen radiográfico del paciente con implantes. En: Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª ed. España. Panamericana; 2009. Tomo 2: 600 - 622
	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición. 2010: 1087-1104
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal	Espejos intraorales para fotografías
	Sonda periodontal	Radiografías periapicales XCP
	Explorador	Ortopantomografía
	Pinza de curación	Tomografía
	Jeringa tipo carpule	Aguja para anestesiar
	Calibrador de hueso	Cartucho para anestesia
	Cámara fotográfica	Gasas
	Computadora con software para implantes	Bolsa roja

Indicaciones	Espacios edéntulos, parcial y totalmente.
	Suficiente calidad y cantidad ósea del reborde alveolar.
	Tejido blando queratinizado adecuado.
	Candidato a restauración protésica.
Contraindicaciones	Pacientes con factores de riesgo no controlados.
	Pacientes con enfermedades sistémicas no controladas.
	Pacientes que no están dispuestos a tratamientos prolongados.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

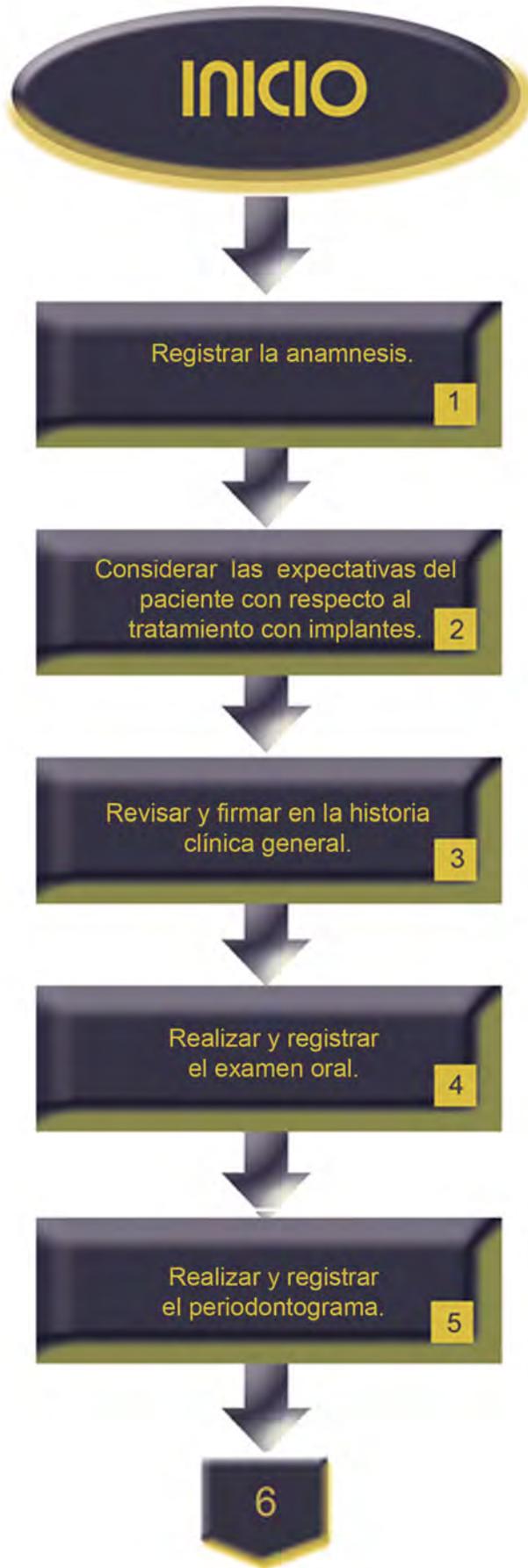
Descripción del procedimiento:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante supervisado por el docente	Registra la anamnesis.	Historia clínica general
2	Estudiante supervisado por el docente	Considera las expectativas del paciente con respecto al tratamiento con implantes.	
3	Docente	Revisa y firma en la historia clínica general.	Historia clínica general Notas de evolución
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza y registra el examen oral para la colocación de implantes.	Examen oral Notas de evolución
5	Estudiante supervisado por el docente	Realiza y registra el periodontograma.	Periodontograma Notas de evolución
6	Estudiante supervisado por el docente	Toma fotografías intra y extraorales.	Fotografías
7	Estudiante supervisado por el docente	Toma radiografías periapicales y solicita ortopantomografía.	Radiografías
8	Estudiante supervisado por el docente	Solicita la tomografía axial computarizada, si es necesario.	Tomografía axial
9	Estudiante supervisado por el docente	Revisa el plan de tratamiento protésico junto con el estudiante de rehabilitación.	Plan de tratamiento

10	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica indicada.	Plan de tratamiento Vale de anestesia
11	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la calibración ósea en la zona a colocar implantes y registra.	Plan de tratamiento Notas de evolución
12	Estudiante supervisado por el docente	Determina la distribución y cantidad de implantes.	Plan de tratamiento
13	Estudiante supervisado por el docente	Selecciona el tipo y marca del implante, tornillos y aditamentos.	Plan de tratamiento
14	Estudiante supervisado por el docente	Establece el tratamiento regenerativo, si aplica.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Selecciona la fase, tipo de provisionalización y carga correspondiente a cada implante.	Plan de tratamiento
16	Estudiante supervisado por el docente	Registra el tipo de guía quirúrgica a utilizar.	Plan de tratamiento
17	Estudiante supervisado por el docente	Indica el tipo de cirugía a realizar.	
18	Estudiante supervisado por el docente	Indica tratamientos adicionales, si aplica.	

19	Estudiante supervisado por el docente	Indica medicamentos preoperatorios, si aplica.	
20	Estudiante supervisado por el docente	Realiza cronograma del tratamiento.	Plan de tratamiento
21	Docente	Revisa el plan de tratamiento quirúrgico.	Plan de tratamiento Notas de evolución
22	Estudiante supervisado por el docente	Realiza y registra el presupuesto tentativo.	Presupuesto tentativo Notas de evolución
23	Paciente	Firma de enterado del presupuesto tentativo.	Presupuesto tentativo Notas de evolución
24	Paciente	Firma si acepta el presupuesto e inicia el tratamiento.	Programa de pago
25	Estudiante	Registra el consentimiento bajo información.	Consentimiento
26	Docente	Revisa el contenido del consentimiento bajo información.	Consentimiento
27	Estudiante	Explica al paciente el contenido del consentimiento.	Consentimiento
28	Paciente	Firma para dar su consentimiento.	Consentimiento
29	Estudiante, docente y testigos	Firman el consentimiento bajo información.	Consentimiento
30	Docentes quirúrgico y de rehabilitación	Firman validando los procedimientos.	Planes de tratamiento Notas de evolución

Anexos	Formato Historia clínica general
	Formato notas de evolución
	Formato examen oral para implantes
	Formato periodontograma
	Vale de anestesia
	Procedimientos toma de fotografías intra y extraorales (manual de procedimientos de Rehabilitación Oral)
	Radiografías intra y extraorales
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Formato presupuesto tentativo y programa de pago para implantes
	Formato consentimiento bajo información



INICIO

Registrar la anamnesis.

1

Considerar las expectativas del paciente con respecto al tratamiento con implantes.

2

Revisar y firmar en la historia clínica general.

3

Realizar y registrar el examen oral.

4

Realizar y registrar el periodontograma.

5

6

Tomar fotografías intra
y extraorales.

6

Tomar radiografías periapicales y
solicitar ortopantomografía.

7

Solicitar la tomografía axial
computarizada, si es
necesario.

8

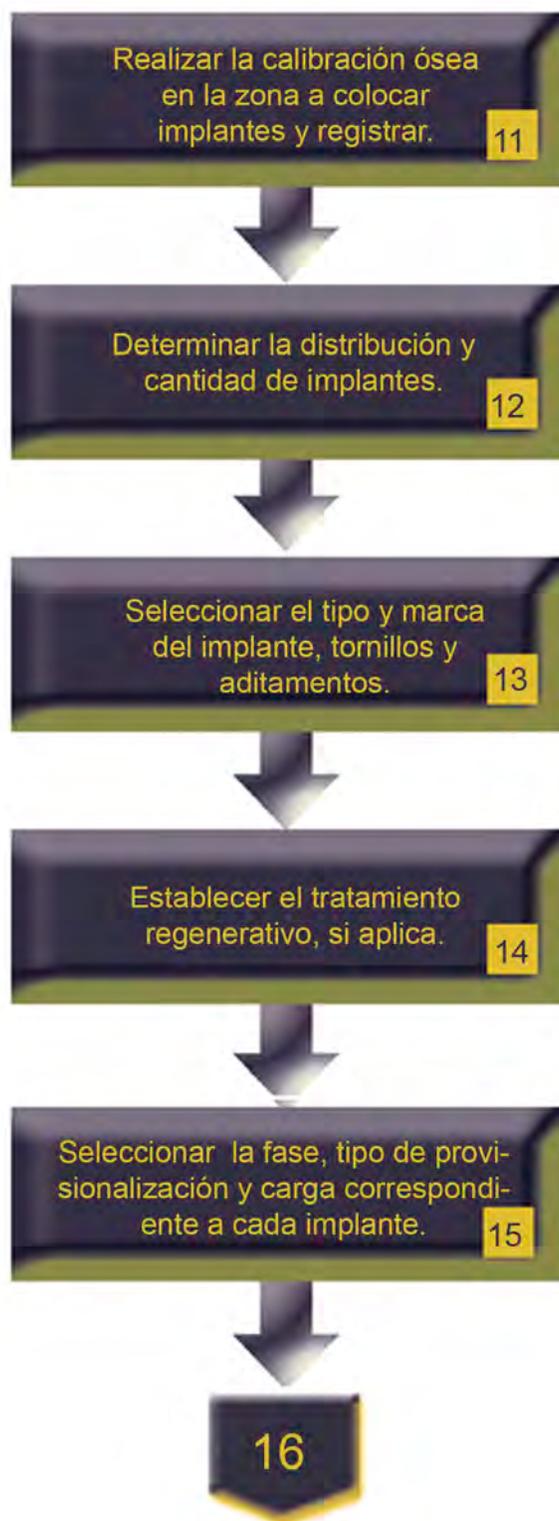
Revisar el plan de tratamiento
protésico junto con el estudiante
de rehabilitación.

9

Anestesiar con técnica indicada.

10

11



Registrar el tipo de guía quirúrgica a utilizar.

16



Indicar el tipo de cirugía a realizar.

17



Indicar tratamientos adicionales, si aplica.

18



Indicar medicamentos preoperatorios, si aplica.

19



Realizar cronograma del tratamiento.

20



21

Revisar el plan de
tratamiento quirúrgico.

21

Realizar y registrar el
presupuesto tentativo.

22

Firmar de enterado del
presupuesto tentativo.

23

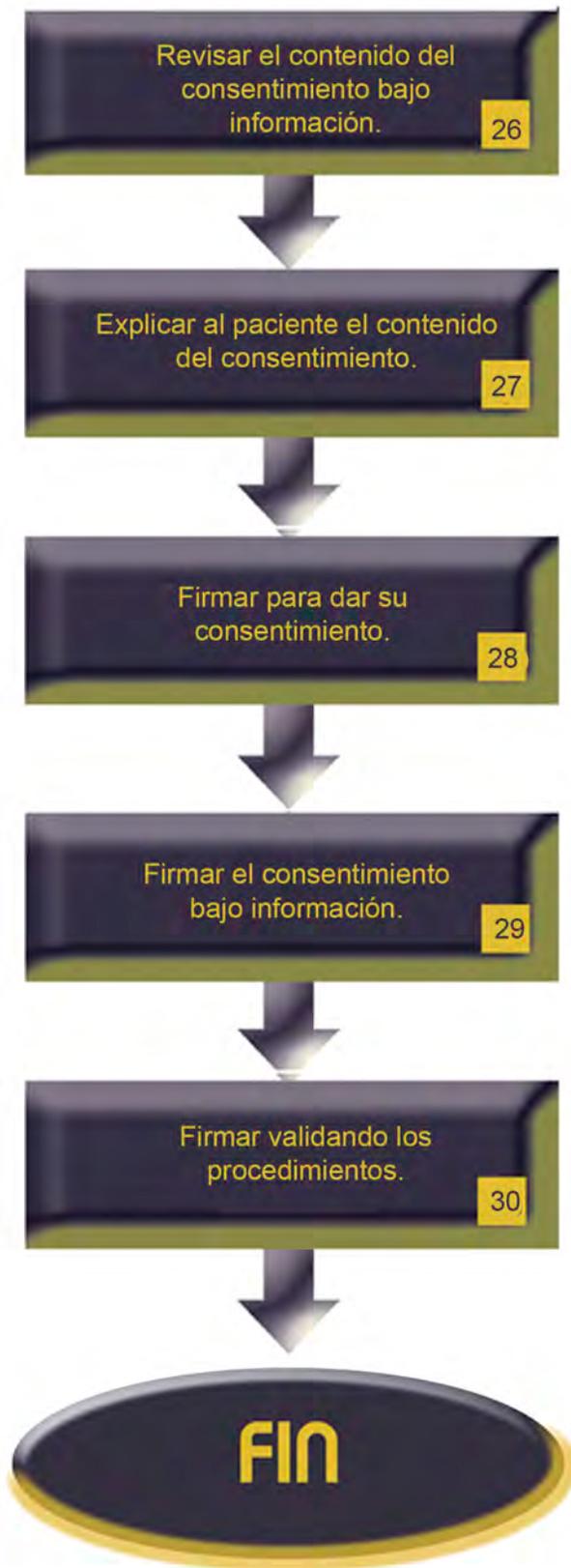
Firmar si acepta el presupuesto
e iniciar el tratamiento.

24

Registrar el consentimiento
bajo información.

25

26



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	COLOCACIÓN DE IMPLANTES EN UNA O DOS FASES
Propósito	Colocar implantes endóseos en espacios edéntulos unitarios para rehabilitar la función masticatoria y la estética.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	H. Díaz, A; Rodríguez, MH; Bravo, ML. Manejo quirúrgico de tejidos blandos. En: Rodríguez T, MH. Fundamentos Estéticos para la Rehabilitación de Implantes Oseointegrados. Sao Paolo: Artes Médicas Latinoamérica, 2006:49-82
	Misch C. E. Single tooth implants. En: Misch C. E. Contemporary Implant Dentistry. St. Louis: Mosby,2008:645-67
	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición. 2010: 1120-1132
	Quirynen M, Lekholm U. El sitio quirúrgico. En: Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª ed. España. Panamericana; 2009. Tomo dos:1068-1098
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal	Cartuchos de anestesia
	Sonda periodontal	Aguja para anestesiar
	Pinza de curación	Radiografías periapicales
	Jeringa tipo carpule	Hojas de bisturí No.15 y 12
	Pinzas de campos; pinzas de traslado	Sutura 4 ceros
	Retractores: Minesota, Columbia y O-ring	Gasas
	Abrebocas	Riñonera
	Bisturí Bard Parker No. 3	Recipiente de plástico con glutaraldehído
	Legras: Prichard 3 y P20	Solución fisiológica para irrigar
	Tijeras de encía Goldman Fox 16	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Motor de implantes; contraángulo 20:1	Implantes dentales
	Pieza de mano cono; Kit quirúrgico de implantes recto	Tornillo de cicatrización y/o tornillo tapa
	Pinza de Kelly curvas finas; Pinzas de Adson; de Corn	Eyector de saliva
	Portagujas Mayo Hegar 16 cm	Bolsa roja
	Tijeras de sutura	
	Sistema de irrigación	
	Cánula de succión; manguera de succión	

Indicaciones	Espacios edéntulos unitarios, totales o múltiples.
	Evitar el tallado en dientes adyacentes intactos.
	Intolerancia a prótesis removibles.
	Reflejo de nausea hiperactivo.
	Suficiente calidad y cantidad ósea del reborde alveolar.
Contraindicaciones	Enfermedades sistémicas no controladas.
	Tratamiento con bifosfonatos intravenoso u oral prolongado.
	Cáncer de cabeza y cuello.
	Patología tumoral ósea.
	Tabaquismo, alcoholismo y drogadicción sin control.
	Insuficiente cantidad y calidad ósea del reborde alveolar.
	Mala higiene oral.
	Expectativas del paciente poco realistas.
	Problemas psicológicos.
Complicaciones	Alergia al anestésico.
	Lipotimia, desmayo.
	Infección posoperatoria.
	Hemorragia transoperatorias y posoperatoria.
	Exposición del implante.
	Fenestraciones.
	Dehiscencias.
	Daño al nervio dentario y mentoniano.
	Penetración al canal dentario.
	Compresión del techo del canal mandibular con el implante.
	Penetración en la fosa sublingual.

	Anestesia intraneural.
	Daño a dientes adyacentes.
	Falta de estabilidad primaria.
	Fractura ósea.
	Mala angulación.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

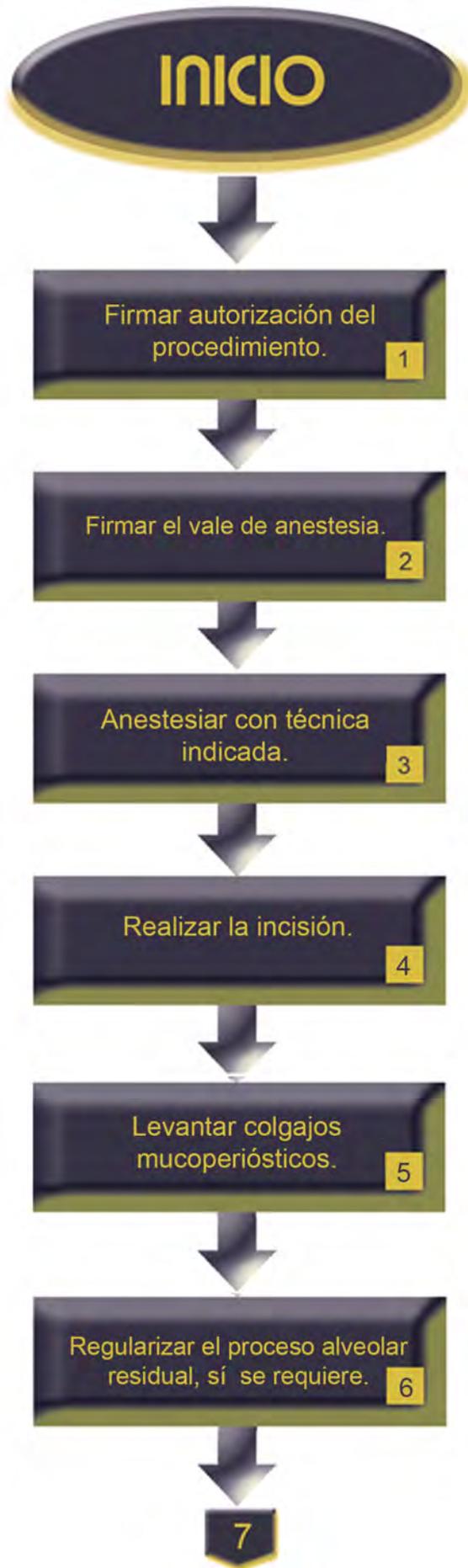
La técnica se puede llevar a cabo con o sin colgajo.

Descripción del procedimiento con colgajo:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Revisa y firma planes de tratamiento de rehabilitación y quirúrgico Firma autorización del procedimiento.	Plan de tratamiento de rehabilitación Plan de tratamiento quirúrgico Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica indicada.	Plan de tratamiento
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión.	Plan de tratamiento
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta colgajos mucoperiósticos.	Plan de tratamiento
6	Estudiante supervisado por el docente	Regulariza el proceso alveolar residual, sí se requiere.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la guía quirúrgica y marca el hueso con la fresa de lanza y la fresa de 2 mm.	Ver procedimiento
8	Estudiante supervisado por el docente	Prueba y verifica la dirección del implante con el pin de paralelismo.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Toma radiografía de control verificando la dirección y profundidad del implante.	Radiografía periapical

10	Estudiante supervisado por el docente	Continúa la osteotomía con el protocolo de fresado.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el implante y registra el torque de inserción.	Plan de tratamiento Notas de evolución
12	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el tornillo tapa o tornillo de cicatrización.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Toma radiografía de control.	Radiografía periapical
14	Estudiante supervisado por el docente	Sutura los colgajos.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
16	Docente	Firma la receta.	Receta
17	Estudiante	Anota fecha y descripción del procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
18	Docente	Firma validando el procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
19	Estudiante	Da cita de revisión y para retiro de sutura.	Carnet
20	Estudiante	Da indicaciones posoperatorias y despide al paciente.	Tríptico

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Formato planes de tratamiento de rehabilitación y quirúrgico para implantes
	Radiografías intraorales
	Receta
	Formato reporte posquirurgico
	Carnet de citas
	Tríptico indicaciones posoperatorias Implantes



Colocar la guía quirúrgica y
marca el hueso con la fresa de
lanza y la fresa de 2 mm. 7

Probar y verificar la dirección
del implante con el pin de
paralelismo. 8

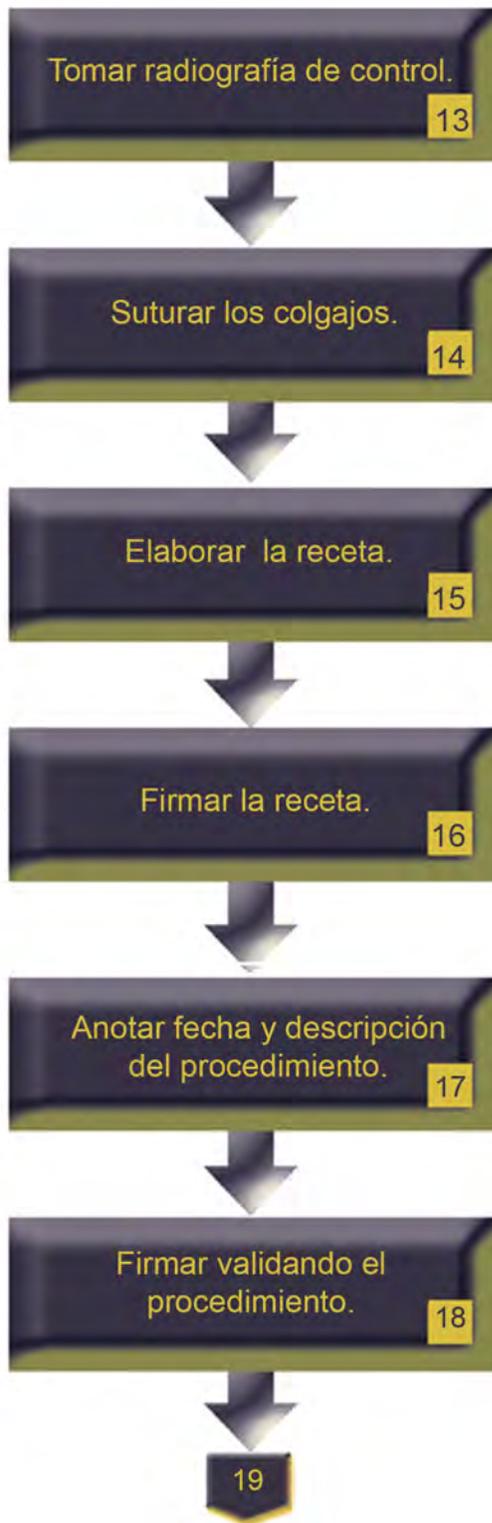
Tomar radiografía de control
verificando la dirección y
profundidad del implante. 9

Continuar la osteotomía con
el protocolo de fresado. 10

Colocar el implante y registra
el torque de inserción. 11

Colocar el tornillo tapa o
tornillo de cicatrización. 12

13



Dar cita de revisión y para retirar la sutura.

19



Dar indicaciones posoperatorias y despedir al paciente.

20



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FASE II EN IMPLANTES
Propósito	Exponer al medio oral la plataforma del implante que se encuentre cubierto por mucosa para ser rehabilitado protésicamente.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	H. Díaz, A; Rodríguez, MH; Bravo, ML. Manejo quirúrgico de tejidos blandos. En: Rodríguez T, MH. Fundamentos Estéticos para la Rehabilitación de Implantes Oseointegrados. Sao Paolo: Artes Médicas Latinoamérica, 2006:179-202
	Herrero Climent M; Herrero Climent F. Segunda Fase Quirúrgica. En: Herrero Climent M; Herrero Climent F. Atlas de procedimientos Clínicos en Implantología Oral. Edit. Cadencia, 1995: 107-124
	Ono,Y; Nevins,M; Cappetta EG. The need for keratinized tissue for implants. In: Nevins, M; Melloning, JT (eds), Implant Therapy. Clinical Approaches and Evidence of Success. Vol. 2, Chicago: Quintessence, 1998: 227-37
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal	Cartuchos de anestesia
	Sonda periodontal plástica	Aguja para anestesiar
	Pinzas de curación	Radiografías periapicales
	Jeringa tipo carpule	Hojas de bisturí No.15 y 12
	Retractores: Minesota, Columbia y O-ring	Sutura 4 ceros
	Pinzas de campo; pinzas de traslado	Gasas
	Flanera	Riñonera
	Godete metálico de vidrio	Solución fisiológica para irrigar
	Bisturí Bard Parker No. 3; Bisturí circular (<i>"tissue punch"</i>)	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Legra Prichard 3	Regenerativo (injertos óseos y membranas)
	Pinza de Kelly curvas finas; de Adson; de Corn	Eyector de saliva
	Curetas plásticas para implantes	Cemento para prótesis provisionales, sí aplica
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16	Apósito quirúrgico, sí aplica
	Cinzel Kirkland No. 13K/TG; cinzel Ochsenbein No. 3; cinzel TG/O; cinzel Solt 3/4	Bolsa roja
	Perfilador óseo	
	Lima de hueso Sugarman	
	Desarmadores hexagonales 0.48,	

	0.35, 0.50, cuadrado y plano	
	Tornillos de cicatrización	
	Aditamentos provisionales, sí aplica	
	Portagujas Mayo Hegar 16 cm	
	Tijeras de sutura	
	Cánula de succión	
	Manguera de succión	

Indicaciones	Implante que se encuentre cubierto total o parcialmente por mucosa.
	Suficiente tiempo transcurrido desde la colocación del o los implantes para su oseointegración .
	Existencia de mucosa queratinizada en la zona (mínimo 2 mm. para el procedimiento convencional o 6 mm. para el bisturí circular).
Contraindicaciones	Ausencia total de mucosa queratinizada en el área por descubrir.
	Presencia de infección en la zona que involucre el implante por descubrir.
Complicaciones	Alergia al anestésico.
	Hemorragia transoperatoria o posoperatoria.
	Infección posoperatoria.
	Fenestración ósea alrededor del implante.
	Dehiscencia ósea alrededor del implante.
	Falta de oseointegración del implante.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica se puede llevar a cabo con o sin colgajo.

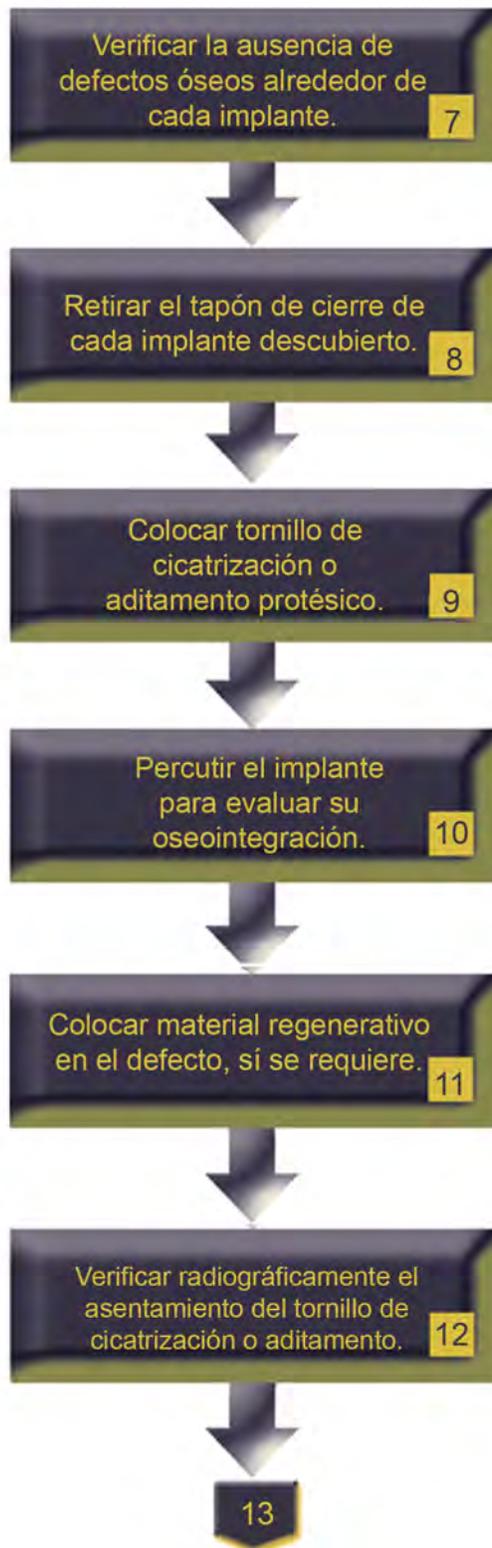
Descripción del procedimiento con colgajo:

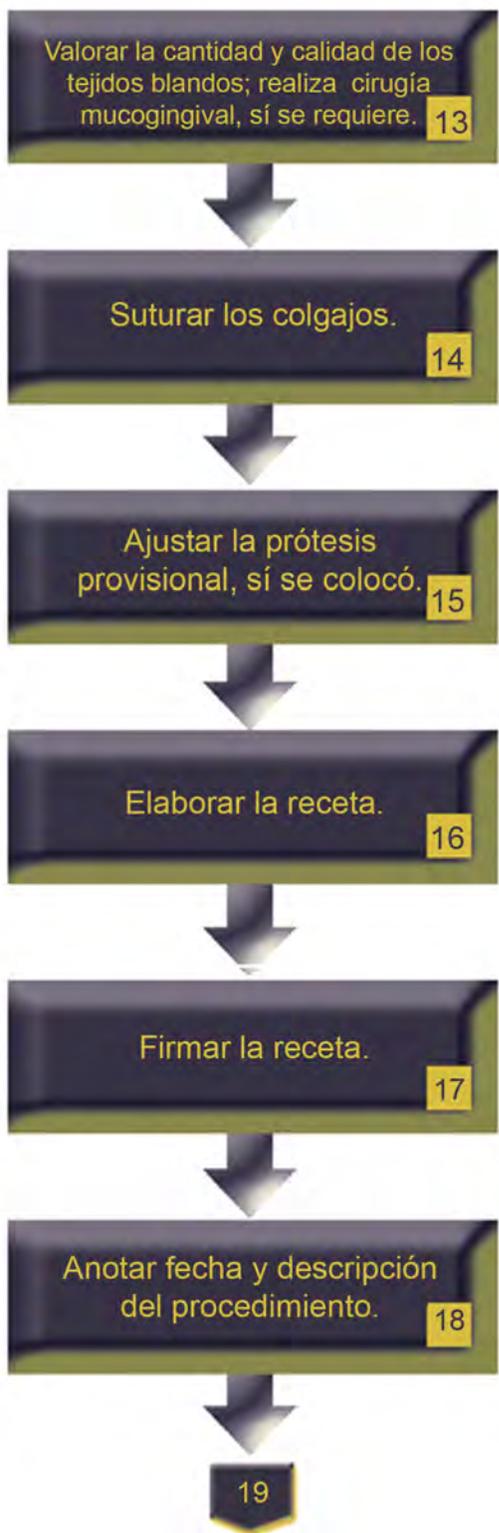
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica indicada.	Plan de tratamiento
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión.	Plan de tratamiento
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo de espesor total hasta descubrir el tapón de cierre del implante.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la ostectomía y osteoplastía sobre el tapón de cierre del implante(s), sí se requiere.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Verifica la ausencia de defectos óseos alrededor de cada implante.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Retira el tapón de cierre de cada implante descubierto.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Coloca tornillo de cicatrización o aditamento protésico.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Percute el implante para evaluar su oseointegración.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca material regenerativo en el defecto, sí se requiere	Ver procedimiento

12	Estudiante supervisado por el docente	Verifica radiográficamente el asentamiento del tornillo de cicatrización o aditamento.	Radiografía periapical
13	Estudiante supervisado por el docente	Valora la cantidad y calidad de los tejidos blandos; realiza cirugía mucogingival, sí se requiere.	Ver procedimiento
14	Estudiante supervisado por el docente	Sutura los colgajos.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Ajusta la prótesis provisional, sí se colocó.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
17	Docente	Firma la receta.	Receta
18	Estudiante	Anota fecha y descripción del procedimiento.	Notas de evolución
19	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
20	Estudiante	Da cita de revisión y para retiro de suturas.	Carnet
21	Estudiante	Da la receta, indicaciones y despide al paciente.	Receta y tríptico

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Radiografías intraorales
	Procedimiento de regeneración ósea guiada
	Procedimiento de cirugía mucogingival
	Receta
	Carnet de citas
	Tríptico indicaciones posoperatorias Implantes







Firmar validando el
procedimiento.

19

Dar cita de revisión y para
retiro de suturas.

20

Dar la receta, indicaciones
y despedir al paciente.

21

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	COLOCACIÓN DE IMPLANTES TRANSICIONALES
Propósito	Colocar implantes para soportar la sobredentadura de manera transicional o definitiva.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Shafie, H.R. Manual Clínico y de Laboratorio de las sobredentaduras con implantes. AMOLCA, 2009: 161-191
	Balaji A.; Mohamed J.B.; Kathiresan R. A Pilot Study of Mini Implants as a Treatment Option for Prosthetic Rehabilitation of Ridges with Sub-Optimal Bone Volume. J Maxillofac Oral Surg. 2010;9(4): 334-8
	Tamika N, Neely A L. Transitional Implants to Support a Mandibular Overdenture Inserted Over Immediate Implants With Guided Bone Regeneration. Clinical Advances in Periodontics. 2013; 3 (4): 244-251
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
	Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
	Pinza de curación	Aguja para anestesiar 30 corta y 27 larga
	Jeringa tipo carpule	Hojas de bisturí No.15 y 12
	Pinzas de campos, pinzas de traslado	Sutura 4 ceros
	Retradores: Minnesota, Columbia y O-ring	Gasas
	Abrebocas	Radiografías periapicales
	Bisturí Bard Parker No. 3	Recipiente de plástico con glutaraldehído
	Elevador de periostio Prichard 3 y P20	Riñonera
	Tijeras de encía Goldman Fox 16	Solución isotónica de cloruro de sodio
	Motor de implantes	Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Pieza de mano cono recto; contraángulo 20:1	Guía Quirúrgica
	Kit de fresas de implantes: fresa de lanza, fresa 1.8/2.5 mm	Implantes dentales transicionales
	Matraca	Eyector de saliva
	Sistema de irrigación	Sobredentadura
	Pinza de Kelly curvas finas;	Bolsa roja

	pinza de Adson; pinza de Corn	
	Portagujas Mayo Hegar 16 cm	
	Tijeras de sutura	
	Manguera de succión; cánula de succión	
	XCP	

Indicaciones	Reborde residual delgado con espesor mínimo de 5mm.
	Pacientes desdentados inferiores que requieren retención de la dentadura de forma definitiva.
	Pacientes desdentados superiores para retención de dentadura de forma transitoria.
	Distancia intraforaminal suficiente para colocar cuatro implantes.
Contraindicaciones	Pacientes desdentados superiores para retención de dentadura de forma definitiva.
	Tratamiento con bifosfonatos intravenoso u oral prolongado.
	Pacientes con enfermedades o condiciones sistémicas no controladas.
Ventajas	Procedimiento simple.
	Procedimiento mínimamente invasivo.
	Menor costo.
Complicaciones	Alergia al anestésico.
	Penetración en la fosa sublingual; perforación de cortical lingual.
	Fractura de la lámina ósea.
	Falta de estabilidad primaria.

	Mala angulación.
	Hemorragia posoperatoria.
	Anestesia intraneural.
	Infección posoperatoria.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

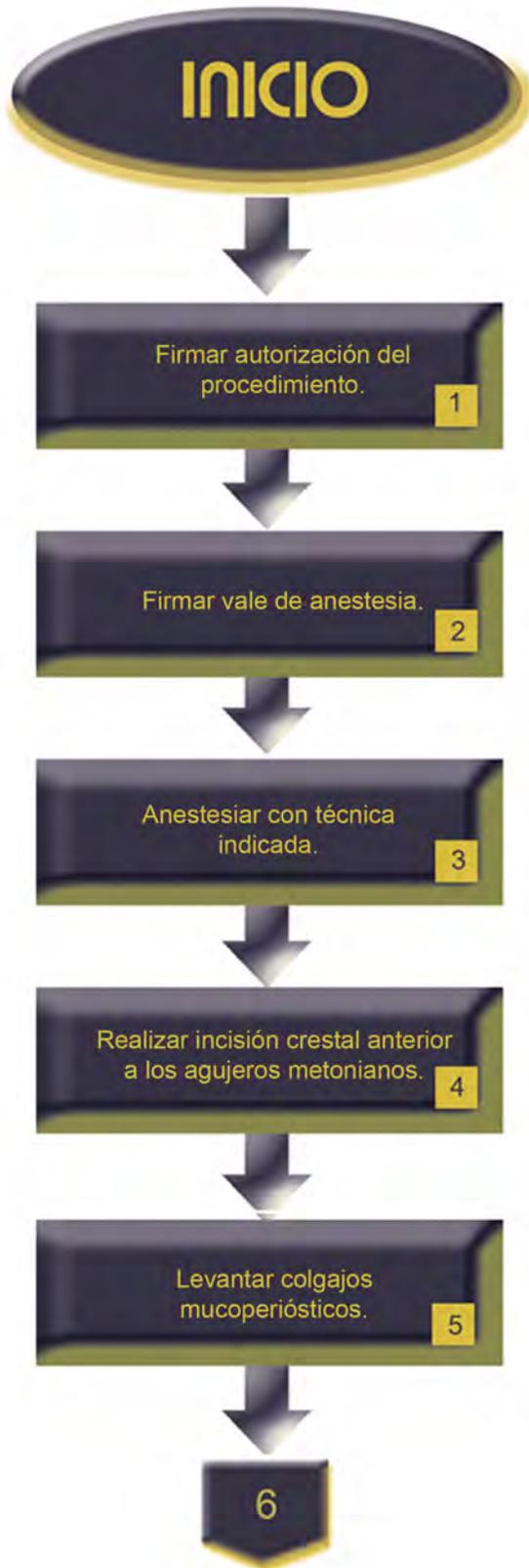
La técnica se puede llevar a cabo con o sin colgajo.

Descripción del procedimiento con colgajo:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Revisa y firma planes de tratamiento de rehabilitación y quirúrgico Firma autorización del procedimiento.	Plan de tratamiento de rehabilitación Plan de tratamiento quirúrgico Notas de evolución
2	Docente	Firma vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica indicada.	Plan de tratamiento
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión crestal anterior a los agujeros metonianos.	Plan de tratamiento
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta colgajos mucoperiósticos.	Plan de tratamiento
6	Estudiante supervisado por el docente	Asienta la guía quirúrgica sobre el reborde residual.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Marca con fresa inicial a 5 mm. de profundidad, paralelo al perno guía.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Toma de radiografía transoperatoria para verificar paralelismo.	Radiografía periapical
9	Estudiante supervisado por el docente	Continúa la osteotomía con el protocolo de fresado.	

10	Estudiante supervisado por el docente	Coloca los implantes.	Plan de tratamiento
11	Estudiante supervisado por el docente	Toma radiografía de control.	Radiografía periapical
12	Estudiante supervisado por el docente	Reposiciona y sutura los colgajos; exponiendo los aditamentos transmucosos.	Plan de tratamiento
13	Estudiante supervisado por el docente	Coloca y ajusta la sobredentadura.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
15	Docente	Firma la receta	Receta
16	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
17	Docente	Firma validando el procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
18	Estudiante	Entrega receta y tríptico.	Tríptico
19	Estudiante	Da cita de revisión y para retiro de sutura.	Carnet

Anexos	Formato plan de tratamiento de rehabilitación para implantes
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Radiografías intraorales
	Receta
	Formato reporte posquirúrgico
	Tríptico de indicaciones posoperatorias para implantes
	Carnet de citas



Asentar la guía quirúrgica sobre el reborde residual. 6



Marcar con fresa inicial a 5 mm. de profundidad, paralelo al perno guía. 7



Tomar radiografía transoperatoria para verificar paralelismo. 8



Continuar la osteotomía con el protocolo de fresado. 9



Colocar los implantes. 10



11

Tomar radiografía de control. 11



Reposicionar y suturar los colgajos; exponiendo los aditamentos transmucosos. 12



Colocar y ajustar la sobredentadura. 13



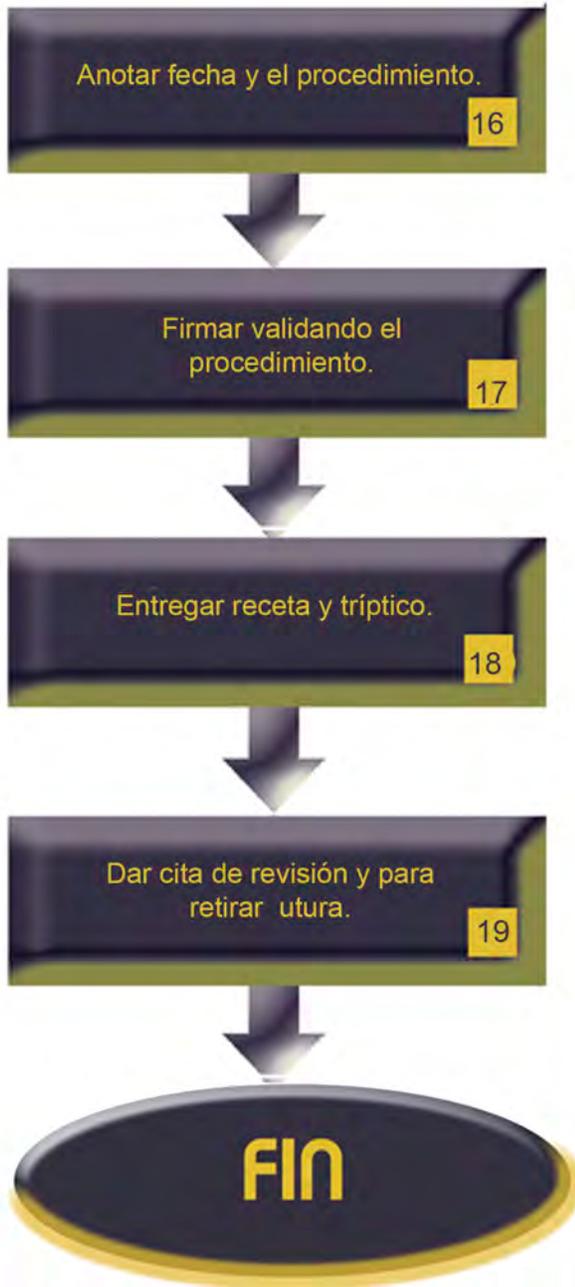
Elaborar la receta. 14



Firmar la receta. 15



16



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	TRATAMIENTO DE MUCOSITIS PERIIMPLANTAR
Propósito	Eliminar los factores que ocasionan acúmulo de placa bacteriana para restituir la salud del tejido blando periimplantar.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Clinical response to 2 different therapeutic regimens to treat peri-implant mucositis. J Periodontol 2002; 73:1118-1125
	Wilkins EM. Clinical Practice of the Dental Hygienist. 11a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013: 472-473
	Experimentally induced peri-implant mucositis. Clin Oral Impl Res 1994;5:254-259
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal	Cartuchos de anestesia
	Sonda periodontal	Aguja para anestesiar
	Pinza de curación	Gasas
	Jeringa tipo carpule	Enjuague de gluconato de clorhexidina al 0.12%
	Pinzas de campos, pinzas de traslado	Riñonera
	Curetas plásticas o de titanio para áreas específicas	Jeringa hipodérmica desechable con aguja para irrigar
	Godete de vidrio	Pasta profiláctica para pulido de la superficie del implantes
	Pieza de baja velocidad	Copa de hule
	Contrángulo para pieza de baja velocidad	Eyector de saliva
		Bolsa roja para desechos infecto- contagiosos

Indicaciones	Implantes que presenten inflamación del tejido blando periimplantar.
	Sangrado del tejido blando periimplantar.
Contraindicaciones	Presencia de defecto óseo periimplantar.
	Presencia de movilidad del implante.
Complicaciones	Alergia a la anestesia.
	Necesidad de retirar la corona implanto-soportada.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

El tratamiento para la mucositis puede modificarse según el caso.

Descripción del procedimiento:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Curetea el surco periimplantario con curetas específicas.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Irriga con gluconato de clorhexidina al 0.12%.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza pulido con copa de hule y pasta profiláctica.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Refuerza la Fase I.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
9	Docente	Firma la receta.	Receta
10	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
11	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
12	Estudiante	Entrega receta y tríptico.	Tríptico
13	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Receta
	Tríptico de Indicaciones de higiene oral Implantes Dentales



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiarse con técnica infiltrativa.

3

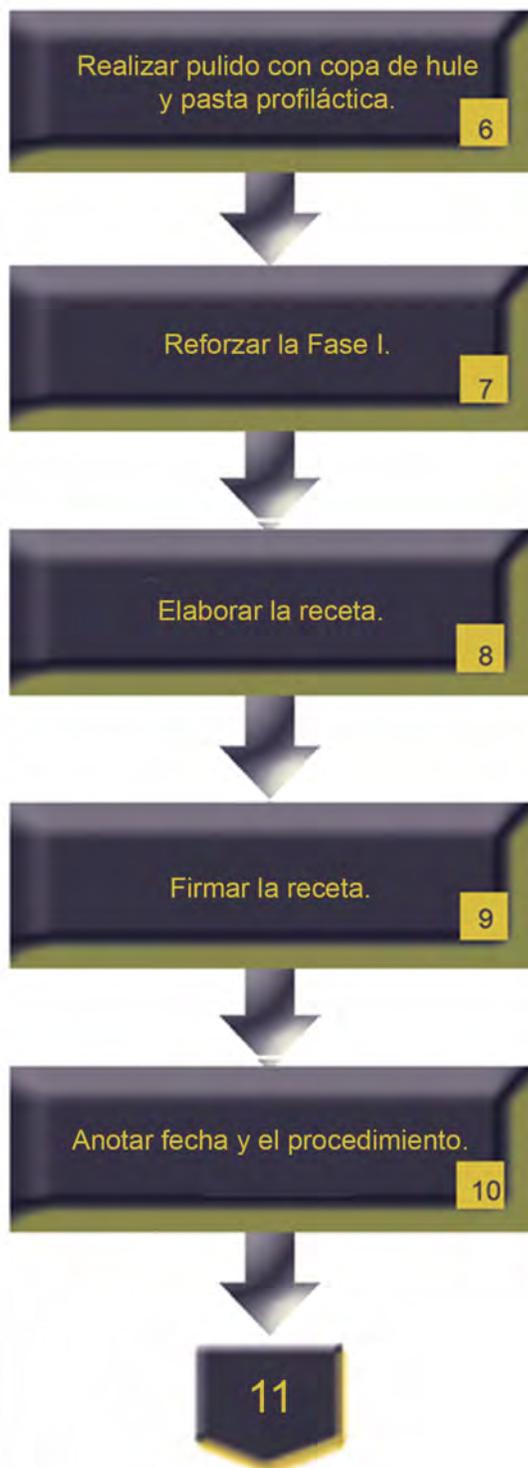
Curetear el surco periimplantario con curetas específicas.

4

Irrigar con gluconato de clorhexidina al 0.12%.

5

6



Firmar validando el
procedimiento.

11



Entregar receta y tríptico.

12



Dar cita de revisión.

13



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	TRATAMIENTO DE PERIIMPLANTITIS
Propósito	Eliminar la infección periimplantar alrededor de los implantes para restablecer la salud de la zona y la función adecuada de los mismos.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Berglundh T, Lindhe J, Lang N. Mucositis periimplantaria y periimplantitis. En Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ª ed. España. Panamericana; 2009. Tomo 1: 529 - 38
	Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. <i>J Clin Periodontol</i> , 2008; 35 (Suppl. 8): 282-285
	Schwarz F, Becker J. Peri-Implant Infection: Etiology, Diagnosis and Treatment. Chicago IL. Quintessence; 2010:161-266
	Renvert S, Giovannoli JL. Peri-implantitis. Chicago: Quintessence, 2012: 1 - 259
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	Espejo bucal	Cartuchos de anestesia
	Sonda periodontal plástica	Agujas para anestesiar
	Explorador	Radiografías periapicales
	Pinzas de curación	Hojas de bisturí No.15 y 12
	Jeringa tipo carpule	Sutura 4 ceros
	Pinzas de campo; pinzas de traslado	Gasas
	Retradores: Minesota, Columbia y O-ring	Riñonera
	Abrebocas	Solución fisiológica para irrigar
	Flanera	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Godete metálico o de vidrio	Regenerativo (injertos óseos y membranas)
	Bisturí Bard Parker No. 3	Agentes antisépticos o sustancia(s) química(s) con que se va a descontaminar la superficie del implante
	Legra Prichard, P20 y P1	Eyector de saliva
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16	Apósito quirúrgico, sí aplica
	Pinzas de Kelly curvas finas	Bolsa roja
	Pinzas de Adson; Corn	
	Curetas Goldman Fox No. 1-2, 5-6, 9-10 y 11-12	
	Curetas plásticas para implantes	

Cinzel Kirkland No. 13K/TG; cinzel Ochsenbein No. 3; cinzel TG/O; cinzel Solt 3/4	
Lima de hueso Sugarman; Miller No. 21	
Fresas quirúrgicas: redondas No. 6 y 8, de fisura 701 y 701 L	
Fresas de diamante de alta velocidad	
Puntas de goma de alta o baja velocidad	
Pieza de mano de alta velocidad	
Contraángulo	
Portagujas Mayo Hegar 16 cm; Portagujas Castroviejo	
Tijeras de sutura	
Cánula de succión	
Manguera de succión	

Indicaciones	Implantes que presenten enfermedad periimplantar en grados leve, moderado y severo, pero que no presenten movilidad.
Contraindicaciones	Implantes que presenten movilidad, los cuales se deben extraer.
	Alergia a los químicos que se utilizan para descontaminar la superficie del implante.
Complicaciones	Lipotimia y desmayo.
	Hemorragia trans o posoperatoria.
	Infección posoperatoria.
	Apertura del colgajo.
	Pérdida de estabilidad del implante, presentando movilidad durante el procedimiento, en cuyo caso se tendrá que extraer.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica indicada.	Plan de tratamiento
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión.	Plan de tratamiento
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta el colgajo mucoperiósticos.	Plan de tratamiento
6	Estudiante supervisado por el docente	Retira el tejido de granulación alrededor del implante involucrado.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Raspa las paredes del defecto óseo remanente alrededor del implante.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza osteoplastia alrededor del implante involucrado.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Alisa y pule la superficie del implante.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Descontamina la superficie del implante.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Curetea la pared interna del colgajo.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Realiza procedimiento de regeneración ósea.	Ver procedimiento

13	Estudiante supervisado por el docente	Realiza cirugía mucogingival, sí se requiere.	Ver procedimiento
14	Estudiante supervisado por el docente	Sutura los colgajos.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Ajusta la prótesis provisional, sí se colocó.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta.	Receta
17	Docente	Firma la receta.	Receta
18	Estudiante	Anota fecha y descripción del procedimiento.	Notas de evolución
19	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
20	Estudiante	Da cita de revisión y para retiro de suturas.	Carnet
21	Estudiante	Da la receta, indicaciones y despide al paciente.	Receta Tríptico

Anexos	Formato notas evolución
	Vale de anestesia
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Procedimiento de regeneración ósea
	Procedimiento de cirugía mucogingival
	Receta
	Carnet de citas
	Tríptico indicaciones posoperatorias Implantes



Raspar las paredes del defecto óseo remanente alrededor del implante. 7



Realizar osteoplastia alrededor del implante involucrado. 8



Alisar y pulir la superficie del implante. 9



Descontaminar la superficie del implante. 10



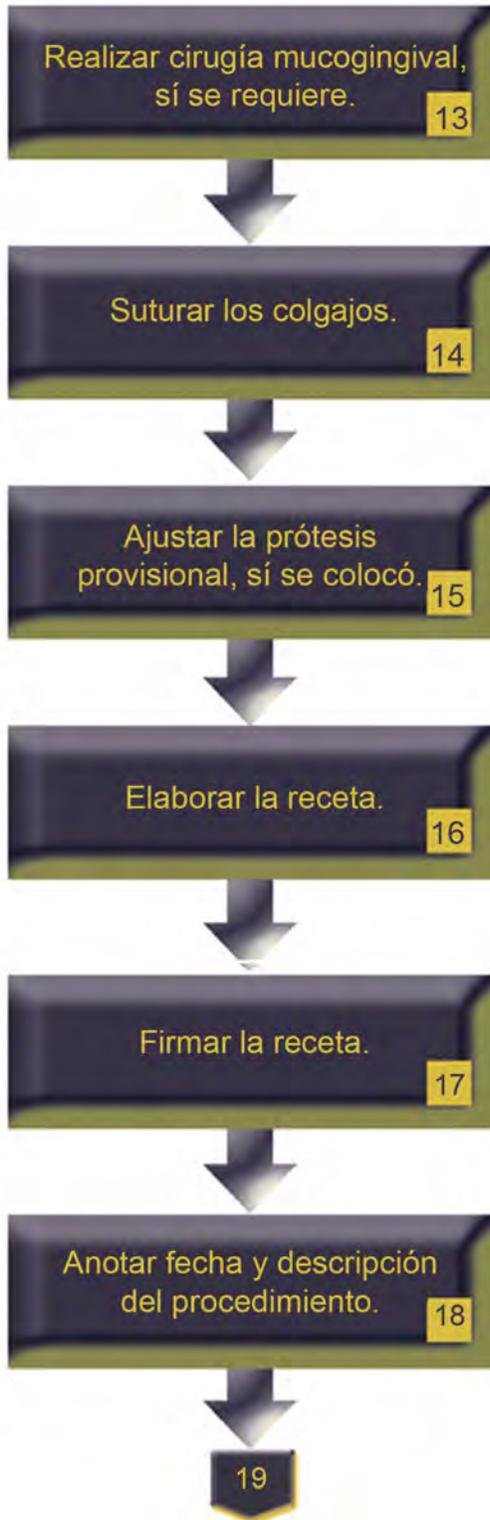
Curetear la pared interna del colgajo. 11



Realizar procedimiento de regeneración ósea. 12



13



Firmar validando el
procedimiento.

19

Dar cita de revisión y para
retiro de suturas.

20

Dar la receta, indicaciones
y despedir al paciente.

21

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	MANTENIMIENTO PERIODONTAL (FASE III)
Propósito	Mantener la terapia para prevenir o disminuir la recurrencia y progresión de la enfermedad periodontal.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mc.Graw Hill. Décima edición. 2010:1193-1205
	G. Wilson Thomas, S. Kornman Kenneth. Fundamentals of Periodontics. Editorial: Quintessence Books Segunda Edición. 2003: 471-474
	Romanelli Hugo, Adams Evelyn, Schinini Guillermo. 1001 Tips en Periodoncia. Editoral Amolca. 2012: 69-75
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

	Instrumentos	Materiales
Insumos	1×4: espejo bucal, sonda periodontal, explorador y Pinzas de curación	Cartuchos de anestesia
	Jeringa tipo carpule	Aguja para anestesiar
	Raspadores para áreas específicas (anteriores/posteriores)	Jeringa para irrigar de 20 cc
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)	Solución fisiológica para irrigar
	Instrumental quirúrgico de acuerdo a la cirugía específica	Gasas
	Cánula	Bolsa roja
	Manguera de succión	Fluoruro
	Gancho para revelar radiografías	Papel de articular
	Instrumental rotatorio: fresas de diamante	

Indicaciones	Pacientes tratados periodontalmente con Fase I ó Fase II.
--------------	---

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

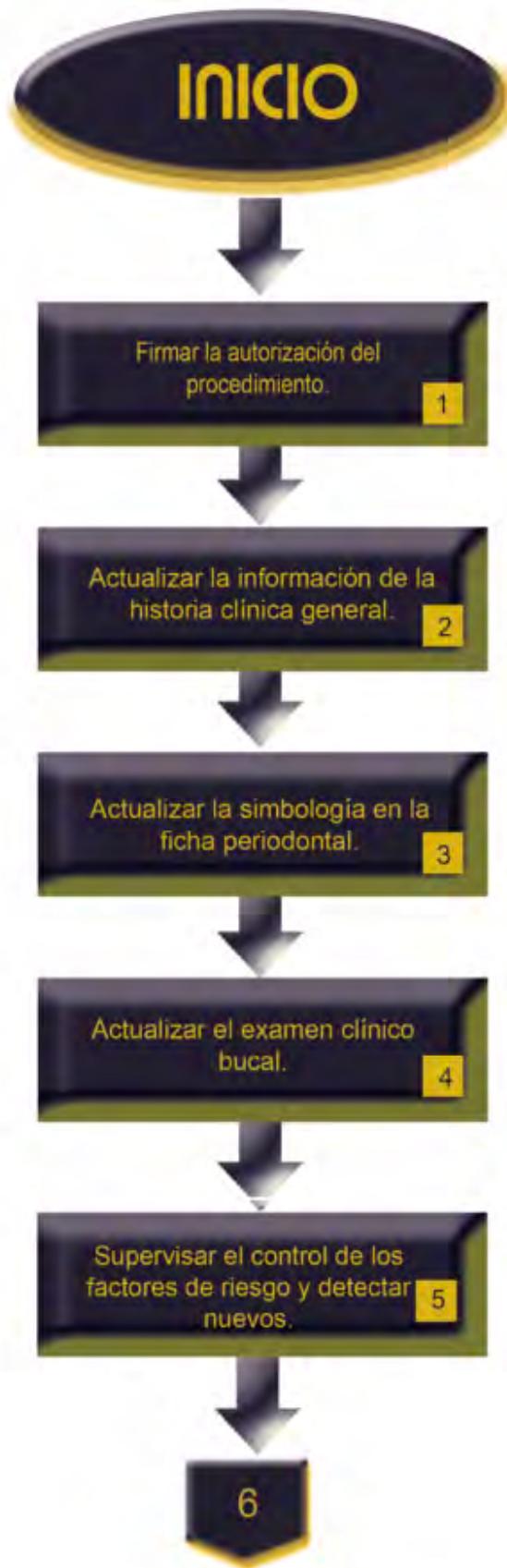
Tratar a intervalos regulares (según el caso) a los pacientes que fueron sometidos a tratamiento periodontal.

Descripción del procedimiento:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma la autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Estudiante supervisado por el docente	Actualiza información de la historia clínica general.	Historia clínica general
3	Estudiante supervisado por el docente	Actualiza simbología en el periodontograma.	Periodontograma
4	Estudiante supervisado por el docente	Actualiza examen clínico oral (profundidad al sondeo, niveles de inserción, presencia de sangrado, movilidad dental, dolor a la percusión (horizontal/vertical), relaciones mucogingivales y lesiones de furcación).	Periodontograma Simbología del periodontograma
5	Estudiante supervisado por el docente	Supervisa el control de factores de riesgo sistémicos, locales y del medio ambiente y detecta nuevos.	Historia clínica general Periodontograma
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza examen radiográfico y compara con serie (s) anteriores.	Serie radiográfica

7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza control personal de placa bacteriana.	Hoja de control personal de placa
8	Estudiante supervisado por el docente	Refuerza y/o corrige la técnica de cepillado y el uso de elementos complementarios de la higiene oral.	Rotafolios Tríptico
9	Estudiante supervisado por el docente	Elimina cálculo supragingival, realiza pulido dental y aplica fluoruro.	Notas de evolución
10	Estudiante supervisado por el docente	Realiza raspado y alisado radicular selectivo.	Notas de evolución
11	Estudiante supervisado por el docente	Realiza ajuste oclusal o regresa a tratamiento quirúrgico si esta indicado.	Notas de evolución
12	Estudiante supervisado por el docente	Determina el intervalo ideal entre visitas a partir de la valoración del riesgo.	Notas de evolución
13	Estudiante supervisado por el docente	Remite al paciente con otros profesionistas, si se requiere.	Notas de evolución Hoja de solicitud interconsulta
14	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
15	Docente	Firma validando los procedimientos.	Notas de evolución

Anexos	Formato notas de evolución
	Formato historia clínica general
	Formato periodontograma
	Formato simbología del periodontograma
	Formato control personal de placa
	Tríptico indicaciones de higiene oral
	Vale de anestesia
	Formato solicitud de interconsulta



Realizar examen radiográfico y
comparar con serie (s) anteriores.

6

Realizar control personal
de placa.

7

Reforzar y/o corregir el control
personal de placa.

8

Eliminar cálculo supragingival,
realizar pulido dental y
aplicar flúor.

9

Realizar raspado y alisado
radicular selectivo.

10

11

Realizar ajuste oclusal o regresar al tratamiento quirúrgico si esta indicado. 11



Determinar el intervalo ideal entre visitas a partir de la valoración del riesgo. 12



Remitir al paciente con otros profesionales. 13



Firmar validando los procedimientos. 14



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	MANTENIMIENTO EN IMPLANTES
Propósito	Revisar periódicamente las prótesis implantosoportadas e implantoretenidas para su mantenimiento.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Secretaría Administrativa
	Enfermería
Referencias	Newman M., Takei H., Klokkevold P., Carranza F. Carranza Periodontología Clínica. Mac Graw Hill. Décima edición. 2010: 1194-1205
	Misch C. E. Maintenance of dental implants. En: Misch C. E. Contemporary Implant Dentistry. St. Louis: Mosby, 2008: 3 rd edition:1073-1085
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante

Insumos	Instrumentos		Materiales
	Espejo bucal		Radiografías periapicales
	Sonda periodontal		Pasta para pulir implantes
	Explorador		Eyector de saliva
	Pinzas de curación		Gasas
	Curetas plásticas o de titanio		Resina temporal fotopolimerizable Systemp
	Copas para pulir		Cemento provisional
	Espátula para cemento		Resina acrílica para rebase suave autopolimerizable
	Loseta de vidrio		Resina acrílica para rebase duro autopolimerizable
	Pieza de mano baja velocidad recto o micromotor baja velocidad		Estuche de resina fotopolimerizable para reparación de cerámica
	Estuche de fresones de carburo y pulidores para ajuste de resina acrílica (Brasseler, Meissinger, Edenta)		O´rings o gomas retentivas correspondiente al sistema de aditamentos ó attaches
	Kit de pulidores para cerámica (Brasseler, Meissinger, Edenta)		Bolsa roja
	Pinzas Miller porta papel de articular		
	Papel de articular	25 micras	
50 micras			
Matraca			
Transportadores de implantes			
Desarmadores	.35		

	hexagonales	.48	
		.50	
	Desarmador correspondiente al sistema de implantes		
	Godete de vidrio o de silicona		
	Desarmador correspondiente al sistema de aditamentos ó attaches (CEKA, ERA, Locator, Dalbo)		

Indicaciones	Mantenimiento de las prótesis colocadas en implantes unitarios o múltiples.
	Mantenimiento de segmentos protésicos parciales ó totales.
	Mantenimiento de prótesis removible.
	Mantenimiento de prótesis fija.
Contraindicaciones	Movilidad del implante.
Complicaciones	Trauma oclusal.
	Fractura de la cerámica.
	Fractura de la resina.
	Fractura del implante.
	Fractura del tornillo protésico.
	Fractura del aditamento protésico.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Estudiante supervisado por el docente	Evalúa las condiciones de la prótesis.	
3	Estudiante supervisado por el docente	Revisa presencia de placa bacteriana o cálculo.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Elimina la placa bacteriana y el cálculo.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Pule la superficie de la prótesis o aditamento.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Verifica radiográficamente el asentamiento correcto del aditamento protésico y de la prótesis.	Radiografía periapical
7	Estudiante supervisado por el docente	Atornilla y tornea el aditamento, en caso de aflojamiento y cementa de nuevo la restauración.	
8	Docente	Revisa el cementado.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Ajusta oclusión.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Rebasa la prótesis removible, en caso de ser necesario.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Ajusta la prótesis removible.	

12	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el removible en boca y ajusta oclusión.	
13	Estudiante	Anota fecha y descripción del procedimiento.	Notas de evolución
14	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
15	Estudiante	Da instrucciones de higiene oral al paciente.	Control de placa bacteriana Notas de evolución
16	Estudiante	Programa cita de mantenimiento en 6 meses.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Radiografía intraoral
	Formato control personal de placa
	Carnet de citas

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento. 1

Evaluar las condiciones
de la prótesis. 2

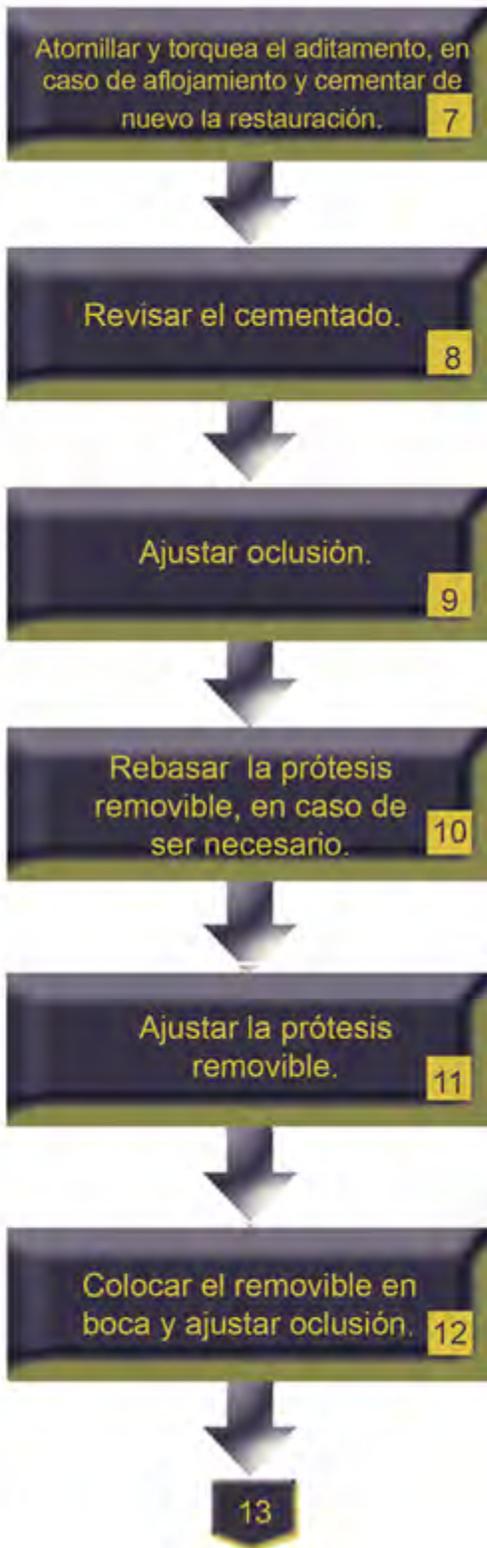
Revisar presencia de placa
bacteriana o cálculo. 3

Eliminar la placa bacteriana
y el cálculo. 4

Pulir la superficie de la
prótesis o aditamento. 5

Verifica radiográficamente el
asentamiento correcto del aditamento
protésico y de la prótesis. 6

7



Anotar fecha y el
procedimiento realizado. 13

Firmar validando el
procedimiento. 14

Dar instrucciones de
higiene oral al paciente. 15

Programar cita de mantenimiento
en 6 meses. 16

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	MANEJO DE RESIDUOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS
Propósito	Manejar y tratar adecuadamente los residuos biológico-infecciosos para evitar contagios durante los servicios de atención, proteger el medio ambiente y reducir costos a la Institución.
Alcance	<p>Coordinación de Periodontología</p> <p>Secretaría Administrativa</p> <p>Personal de limpieza</p>
Referencias	<p>Garza, AM. Control de infecciones y seguridad en odontología. Manual Moderno. México D.F. 2007:21-27</p> <p>NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental- Salud ambiental- Residuos peligrosos biológico-infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo. (fecha de acceso 4 de octubre de 2014). URL. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.htm</p> <p>Kohli A, Puttaiah R. Dental infection control & occupational safety for oral health professionals (fecha de acceso 4 de octubre de 2014). URL. disponible en: http://www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3__manualprevencioncontroles.pdf</p>
Responsabilidades	<p>Coordinación de Periodontología</p> <p>Docente</p> <p>Estudiante</p> <p>Secretaría Administrativa</p>

Insumos	<p>Contenedor rojo (recipiente rígido, resistente a roturas y pérdidas de contenido al caerse, destructible por métodos físicos, contiene una bolsa roja intercambiable y una tapa de ensamble seguro)</p>	<p>Destinado para depositar exclusivamente el material contaminado por el paciente y el odontólogo/estudiante que tuvieron contacto con él (bolsa de plástico roja, dientes extraídos, gorro clínico, bata desechable, babero del paciente, eyector desechable y vaso de plástico)</p>
	<p>Contenedor para punzocortantes (bote rojo de plástico resistente a roturas por caídas accidentales, con tapa y sello)</p>	<p>Objetos punzocortantes que han estado en contacto con humanos (agujas para anestésicar, agujas de sutura, hojas de bisturí, lancetas y jeringas desechables con aguja)</p>
	<p>Bolsa de plástico roja de residuos sólidos (impermeable, libre de cloro, sin compactarse para evitar desgarre, filtración o perforación)</p>	<p>Residuos no anatómicos como los materiales de curación embebidos o saturados de sangre o fluidos corporales y materiales desechables (abatelenguas, algodón, máscara de protección, gasas con sangre, hisopos, jeringas desechables, torundas con sangre y guantes)</p>

Lineamientos	Manejar con especial cuidado el instrumental punzocortante o material que penetre tejidos duros o blandos y se contamine con sangre o saliva para evitar lesiones accidentales.
	Las bolsas rojas y los contenedores deben estar marcados con el símbolo universal de residuo peligroso-biológico-infeccioso.
	Los recipientes y las bolsas deben permitir verificar el volumen máximo de su capacidad (80%) para evitar perforaciones o rupturas de contenedores.
	Todo aquel material que se considere biológico infeccioso deberá estar de acuerdo a su tipo en una bolsa o recipiente de color rojo, según lo indica la norma para identificarlos fácilmente.

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza
	Secretaría Administrativa

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante	Retira el babero y/o los campos al paciente y lo despide.	
2	Estudiante supervisado por el docente	Coloca las gasas y los algodones contaminados, embebidos o saturados con saliva o sangre en la bolsa de plástico roja.	
3	Estudiante supervisado por el docente	Retira los objetos punzocortantes y los deposita en el contenedor para punzocortantes.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Retira barreras físicas de la unidad, los campos operatorios y/o quirúrgicos, junto con el babero y los deposita en el contenedor rojo.	
5	Estudiante Estudiante	Retira la bata desechable, guantes, máscara de protección, gorro y los deposita en el contenedor rojo.	
6	Secretaría Administrativa	Diseña rutas de recolección y de salida del material contaminado.	

INICIO

Retirar babero y/o campos al paciente y despedirlo. **1**

Colocar gasas y algodones contaminados con saliva o sangre en la bolsa de plástico roja. **2**

Retirar objetos punzocortantes y depositar en el contenedor para punzocortantes. **3**

Retirar barreras físicas de la unidad, campos operatorios y/o quirúrgicos, babero y depositar en el contenedor rojo. **4**

Retirar bata desechable, guantes, cubre boca, gorro y depositar en el contenedor rojo. **5**

Diseñar rutas de recolección y de salida del material contaminado. **6**

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL
Propósito	Esterilizar el instrumental previo al procedimiento periodontal para el control de infecciones.
Alcance	Coordinación de Periodontología
	Personal de limpieza
	Central de esterilización
	Secretaría Administrativa
Referencias	Garza AM. Control de infecciones y seguridad en odontología. Manual moderno. México D.F. 2007: 21-105
	Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, año 2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales (fecha de acceso 4 de octubre de 2014). URL. disponible en: http://www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3__manualprevencioncontroles.pdf
	Kohli A, Puttaiah R. Dental infection control & occupational safety for oral health professionals (fecha de acceso 4 de octubre de 2014). URL. disponible en: http://www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3__manualprevencioncontroles.pdf
Responsabilidades	Coordinación de Periodontología
	Docente
	Estudiante
	Secretaría Administrativa

Insumos	Tina ultrasónica automatizada o recipiente con detergente enzimático
	Cepillo con mango largo, para lavar instrumental
	Manguera de aire comprimido o papel desechable para secar
	Bolsas para esterilizar
	Autoclave
	Guantes de hule para lavado de instrumental

Lineamientos	Manipular con especial cuidado el instrumental punzocortante para evitar lesiones accidentales.
	Manipular con guantes el instrumental contaminado.
	No exceder el número de instrumentos en la bolsa para esterilizar o en casetes para evitar desgarres o perforaciones.
	El manejo del instrumental manual o automatizado tiene que seguir la ruta de prelavado o desinfección, lavado, secado, envoltura/empaquetado, esterilización y uso.
	El uso de tina ultrasónica automatizada requiere que se mantenga tapada mientras se realiza el proceso, evitando así la exposición de los operadores a los aerosoles. Requiere cambios del detergente enzimático del contenedor. Al término de la jornada, la tina deberá dejarse limpia y seca. Si el equipo no tiene ciclo de enjuague, los artículos deberán ser enjuagados manualmente.
	<i>Se recomienda apegarse a las instrucciones del fabricante.</i>

Personal	Estudiante
	Docente
	Enfermera
	Personal de esterilización
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante	Sumerge con guantes el instrumental en recipiente con solución enzimática o el casete en tina de ultrasonido automatizada (según instrucciones del fabricante); (Prelavado o desinfección).	
2	Estudiante	Saca el instrumental del recipiente o el casete de la tina de ultrasonido automatizada y lo enjuaga bajo el chorro directo del agua; con guantes.	
3	Estudiante	Lava manualmente el instrumental; con guantes (Lavado).	
4	Estudiante	Seca el instrumental o casete, con toallas desechables o con aire a presión; sin guantes (Secado).	
5	Estudiante	Coloca el casete o el instrumental afilado en bolsa para esterilizar (Envoltura/empaquetado).	Ver Tríptico afilado del instrumental
6	Estudiante	Acude a la central de esterilización y entrega el paquete de casete o instrumental embolsado.	
7	Enfermera	Recibe el paquete, lo enumera y elabora vale.	
8	Enfermera	Entrega vale del paquete al estudiante.	Vale
9	Estudiante	Recibe vale de paquete en esterilización.	Vale
10	Enfermera	Esteriliza paquete (Esterilización).	
11	Estudiante	Entrega vale a enfermera.	Vale

12	Enfermera	Entrega paquete esterilizado.	
13	Estudiante	Retira paquete de esterilización (Uso).	

Anexos	Vale de esterilización
	Folleto afilado de instrumental

INICIO

Sumergir el instrumental en solución con guantes (Prelavado o desinfección). 1

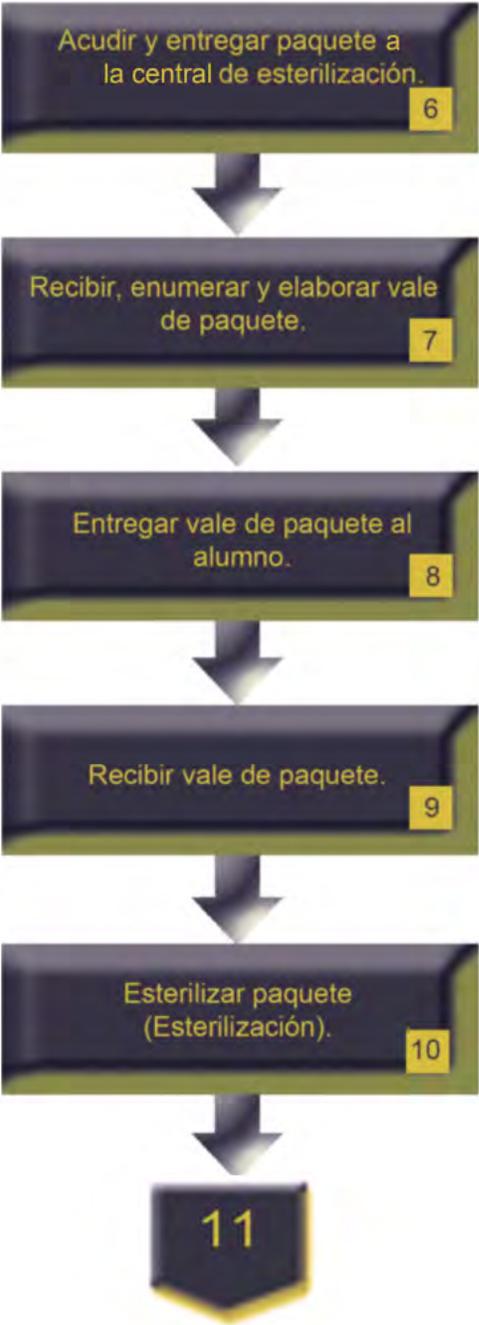
Sacar el instrumental y enjuagar bajo el chorro directo del agua con guantes. 2

Lavar el instrumental (Lavado). 3

Secar el instrumental con aire a presión (Secado). 4

Colocar el instrumental afilado en bolsa para esterilizar (Envoltura/empaquetado). 5

6



Entregar vale a enfermera.

11



Entregar paquete
esterilizado.

12



Retirar paquete de
esterilización
(Uso).

13



FIN

ANEXOS

1. Carnet de citas
2. Carta de consentimiento bajo información
3. Control personal de placa
4. Clasificación de la enfermedad periodontal 1999
5. Expediente (con diversos formatos)
6. Examen oral para implantes
7. Examen radiográfico
8. Fotografías intra y extraorales
9. Folleto de afilado del instrumental
10. Historia clínica general
11. Notas de evolución
12. Periodontograma
13. Plan de tratamiento quirúrgico para implantes
14. Presupuesto tentativo y programa de pago para implantes
15. Radiografías intra y extraorales
16. Receta
17. Recibo de pago
18. Reporte posquirúrgico
19. Simbología del periodontograma
20. Solicitud de cavitrón
21. Solicitud de examen de laboratorio
22. Solicitud de estudio radiográfico
23. Solicitud de interconsulta
24. Tríptico cuidados de higiene oral
25. Tríptico de indicaciones de higiene oral Implantes dentales
26. Tríptico indicaciones posoperatorios Cirugía Periodontal
27. Tríptico instrumental para realizar procedimientos quirúrgicos
28. Tríptico indicaciones posoperatorias Implantes
29. Tríptico de sondeo periodontal
30. Vale para cartuchos
31. Vale de esterilización

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A:

	Tel.
--	------

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO SISTÉMICO

--

OBSERVACIONES:

--

TALLA Y PESO:

	m.		Kg.
--	----	--	-----

SIGNOS VITALES

Fecha	Tensión arterial	Frecuencia respiratoria	Pulso
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO



CARNET DE CITAS

No. DE EXPEDIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

- REPOSICIÓN
- REACTIVACIÓN
- ACTUALIZACIÓN

FECHA: _____

DATOS DE INGRESO

VIGENCIA DE: _____ A: _____		
EDAD: _____	SEXO: _____	TIPO SANGUÍNEO: _____
ALUMNO: _____		
PROFESOR: _____		
LUGAR DE EMISIÓN: _____		
RUTA CLÍNICA		
1°	5°	
2°	6°	
3°	7°	
4°	8°	
CLÍNICA	ALTAS	FECHA
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /



Carta de consentimiento bajo información			
Clinica de Periodontología	(Edificio Central) (Periféricas)	Fecha	Hora
Nombre del paciente (apellido paterno, materno, nombre)		No. Carnet	
Edad	Sexo (masculino) (femenino)	Ocupación	Estado civil
Domicilio (calle, número, colonia, localidad, municipio, estado)			
Nombre del alumno (apellido paterno, materno, nombre)		Nombre del docente responsable (apellido paterno, materno, nombre)	

Tengo pleno conocimiento que la Facultad de Odontología pertenece a una institución de enseñanza e investigación por lo cual es necesario conocer las siguientes disposiciones para dar mi consentimiento antes de realizar el tratamiento.

Se me ha informado que el diagnóstico de mi enfermedad es: _____

Se me ha informado el plan de tratamiento, sus alternativas y los motivos de elección del mismo; por lo que por este medio, libremente y sin presión alguna acepto se me realicen:

- Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos; obtención de modelos de estudio, fotografías clínicas y videgrabaciones: _____
- La aplicación de anestesia (local) (regional).
- Tratamiento no quirúrgico, que consiste en: _____
- Tratamiento quirúrgico, que consiste en: _____
- Tratamiento de mantenimiento en las citas acordadas.

Se me han informado los riesgos, molestias y efectos secundarios del tratamiento: (infección) (dolor) (inflamación) (hemorragia) (rechazo del material regenerativo) (otros propios del procedimiento) _____

Autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Autorizo el uso de las fotografías intraorales/extraorales y videgrabaciones para fines de docencia e investigación adoptando las medidas necesarias para mantener la confidencialidad y no pueda ser identificado.

Acepto y reconozco que no se me pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto a que el resultado del procedimiento clínico oral sea el más satisfactorio, por lo que acepto la posibilidad de necesitar cualquier posterior intervención para mejorar el resultado final.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos mientras no inicie el procedimiento.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

Nombre y firma del paciente o tutor

Nombre y firma del estudiante

Nombre y firma del docente responsable

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo





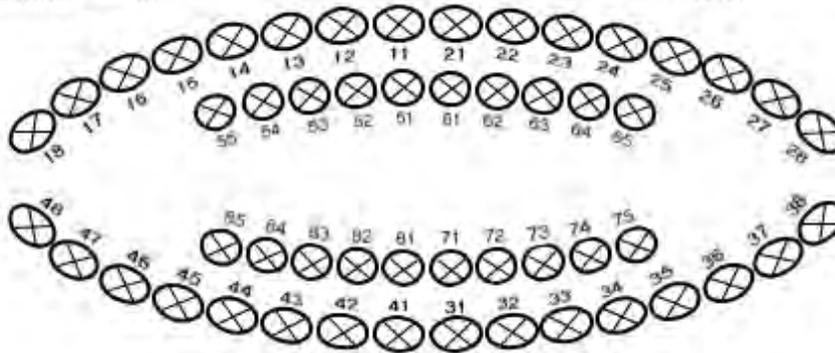
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
PERIODONTOLOGÍA

CONTROL PERSONAL DE PLACA BACTERIANA

PACIENTE: _____ NÚM. CARNET: _____

PORCENTAJE: _____%

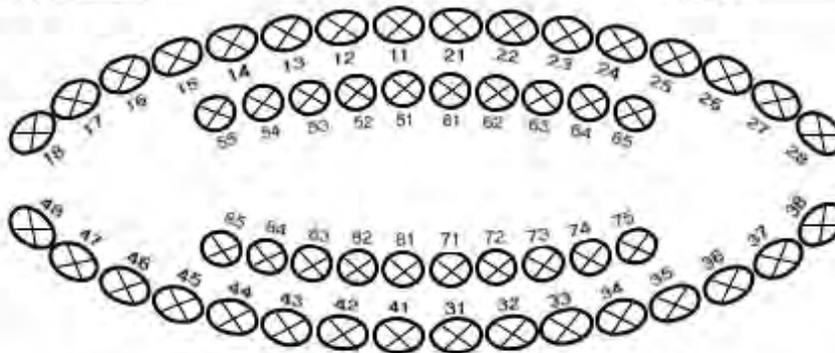
FECHA: _____



TOTAL DE DIENTES: _____ TOTAL DE CARAS: _____ TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

PORCENTAJE: _____%

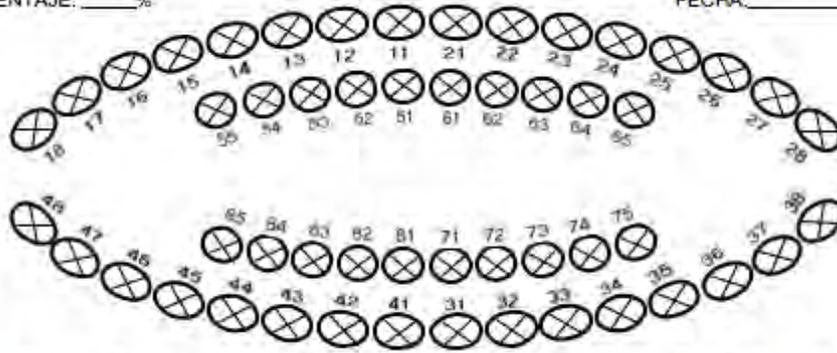
FECHA: _____



TOTAL DE DIENTES: _____ TOTAL DE CARAS: _____ TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



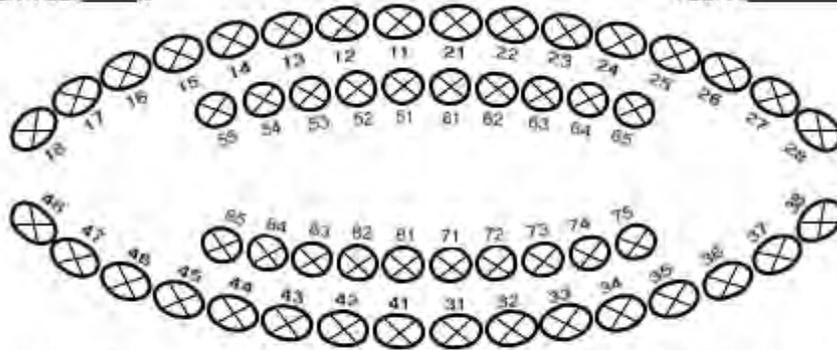
TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



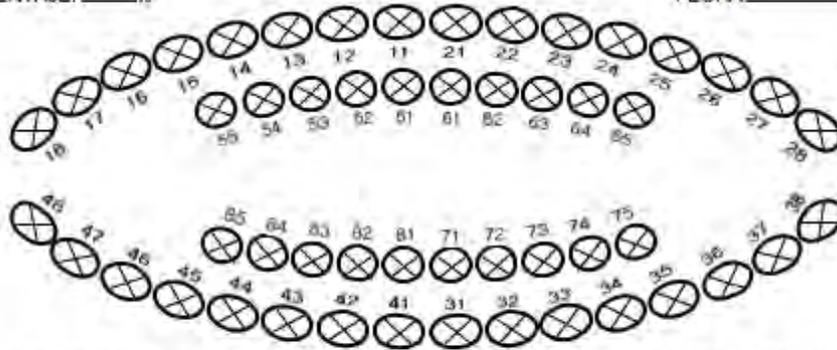
TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y CONDICIONES PERIODONTALES

II. PERIODONTITIS CRÓNICA **

- A) Localizada
- B) Generalizada

III. PERIODONTITIS AGRESIVA

- A) Localizado
- B) Generalizado

IV. PERIODONTITIS COMO UNA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD SISTEMICA

- A) Asociada con alteraciones hematológicas

1. Neutropenia adquirida
2. Leucemia
3. Otros

- B) Asociada a alteraciones genéticas

1. Neutropenia familiar y cíclica
2. Síndrome de Down
3. Síndrome de deficiencia en la adhesión leucocitaria
4. Síndrome Papillon Lefèvre
5. Síndrome Chediak-Higashi
6. Síndrome Histiocitosis
7. Enfermedad por almacenamiento de glucógeno
8. Agranulocitosis genética infantil
9. Síndrome de Cohen
10. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipos IV y VIII)
11. Hipofosfatasa
12. Otros

- C) Otros no especificados

V. ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROSANTES

- A) Gingivitis ulceronecrosante (GUN)
- B) Periodontitis ulceronecrosante (PUN)

VI. ABSCESOS DEL PERIODONTO

- A) Absceso gingival
- B) Absceso periodontal
- C) Absceso pericoronar

VII. PERIODONTITIS ASOCIADA CON LESIONES ENDODONTICAS

- A) Lesiones periodontales endodónticas combinadas

VIII. DEFORMIDADES Y CONDICIONES DEL DESARROLLO ADQUIRIDAS

- A) Factores locales relacionados a los dientes, que modifican o predisponen a enfermedades gingivales periodontales inducidas por placa dentobacteriana

1. Factores anatómicos dentarios
2. Restauraciones/ aparatos dentarios
3. Fracturas radiculares
4. Resorción radicular cervical, irregularidades en cemento

- B) Deformidades y condiciones mucogingivales alrededor de los dientes

1. Recesión de tejidos gingivales blandos
 - a. Superficies faciales o linguales
 - b. Interproximal (papilar)
2. Falta de encía queratinizada
3. Vestibulo poco profundo
4. Posición aberrante del frenillo/ musculo
5. Exceso gingival
 - a. Pseudobolsa
 - b. Margen gingival inconstante
 - c. Exposición gingival excesiva
 - d. Agrandamiento gingival (ver I.A3. y I.B4.)
6. Color anormal

- C. Deformidades y condiciones mucogingivales en rebordes edéntulos

1. Deficiencia vertical y/u horizontal del reborde
2. Falta de tejido gingival/ queratinizado
3. Agrandamiento gingival del tejido blanco
4. Posición aberrante del frenillo/ musculo
5. Vestibulo poco profundo
6. Color anormal

- D. Trauma oclusal

1. Trauma oclusal primario
2. Trauma oclusal secundario

** Se puede clasificar de acuerdo a la extensión y severidad. La extensión se categoriza como Localizado $\leq 30\%$ de sitios sondeados involucrados y Generalizado >30% de sitios sondeados involucrados. La severidad se categoriza en base a la cantidad de pérdida del nivel de inserción clínica (PNIC) como sigue, Leve 1-2 mm (PNIC), Moderada 3-4mm (PNIC), Severa >5mm (PNIC).

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y CONDICIONES PERIODONTALES

I ENFERMEDADES GINGIVALES

A. Enfermedades gingivales inducida por placa dentobacteriana*

1. Gingivitis asociada sólo a placa dentobacteriana
 - a. Sin otros factores locales contribuyentes
 - b. Con otros factores locales contribuyentes (ver VIIA)
 2. Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos
 - a. Asociadas con el sistema endócrino
 - 1) Gingivitis asociada a la pubertad
 - 2) Gingivitis asociada al ciclo menstrual
 - 3) Asociada al embarazo
 - a. Gingivitis
 - b. Granuloma piógeno
 - 4) Diabetes mellitus asociada a gingivitis
 - b. Asociados con disracias sanguíneas
 - 1) Gingivitis asociada a leucemia
 - 2) Otros
 3. Enfermedades gingivales modificadas por medicamentos
 - a. Enfermedades gingivales influenciados por fármacos
 - 1) Agrandamientos gingivales influenciados por fármacos
 - 2) Gingivitis influenciada por fármacos
 - a) Gingivitis asociada con contraceptivos orales
 - b) Otros
 - b. Enfermedad gingival modificada por malnutrición
 - a. Gingivitis por deficiencia de ácido ascórbico
 - b. Otros
 4. Lesiones gingivales no inducidas por placa dentobacteriana
1. Enfermedades gingivales de origen bacteriano específico
 - a. Lesiones asociadas a la *Neisseria gonorrhoeae*
 - b. Lesiones asociadas al *Treponema pallidum*
 - c. Lesiones asociadas a especies estreptocócicas
 - d. Otras
 2. Enfermedades gingivales de origen viral
 - a. Infecciones por herpes virus
 - 1) Gingivoestomatitis herpética primaria
 - 2) Herpes bucal recurrente
 - 3) Infecciones por varicela-zoster
 - b. Otras



3. Enfermedades gingivales de origen micótico
 - a. Infecciones por especies de *Candida*
 - 1) Candidosis gingival generalizada
 - 2) Eritema lineal gingival
 - b. Histoplasmosis
 - c. Otras
4. Lesiones gingivales de origen genético
 - a. Fibromatosis gingival hereditaria
 - b. Otras
5. Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas
 - a. Alteraciones mucocutáneas
 - 1) Liquen plano
 - 2) Penfigoide
 - 3) Pénfigo vulgar
 - 4) Eritema multiforme
 - 5) Lupus eritematoso
 - 6) Inducidas por fármacos
 - 7) Otras
 - b. Reacciones alérgicas
 - 1) Materiales dentales de restauración
 - a. Mercurio
 - b. Níquel
 - c. Acrílico
 - d. Otros
 - 2) Reacciones atribuibles a
 - a. Postas dentales/ dentífricos
 - b. Enjuagues bucales/ lavados bucales
 - c. Aditivos en gomas de mascar
 - d. Alimentos y aditivos
 - e. Otros
6. Lesiones traumáticas (artificiales, iatrogénicas, accidentales)
 - a. daño/lesión química
 - b. daño/lesión mecánica
 - c. daño/lesión térmica
7. Reacciones a cuerpo extraño
8. Otros no especificados

*Puede presentarse en un periodonto sin pérdida de inserción o en un periodonto que aparentemente no está progresando la pérdida de inserción.
REFERENCIA: Armitage GC: Development of a classification system for periodontal diseases and conditions, Ann Periodontol 4:1,1999.



Examen oral para implantes	
Nombre de la Clínica	Fecha
Nombre del paciente (apellido paterno, materno, nombre)	No. Carnet
Tel. particular	Tel. celular
Nombre del estudiante (apellido paterno, materno, nombre)	Nombre de los docentes responsables (apellido paterno, materno, nombre)
	De rehabilitación:
	Quirúrgico:

Marque con (X) la opción que corresponda al estado clínico del paciente

Condición del paciente

Edéntulo total	Maxilar ()	Mandíbula ()
Edéntulo parcial	Maxilar ()	Mandíbula ()

Características clínicas

Línea de sonrisa	Alta (gingival) ()	Media (cuellos) ()	Baja (dental) ()	Invertida ()
Clasificación de Kennedy	Superior ()	Modificación ()	Inferior ()	Modificación ()
Cantidad de mucosa masticatoria en la zona a implantar	Zona (s) maxilar:	Adecuada ()	Inadecuada ()	
	Zona (s) mandibular:	Adecuada ()	Inadecuada ()	
Apertura oral _____ mm				

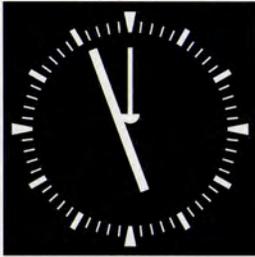
Evaluación de la articulación temporomandibular (ATM)

Disfunción de la ATM		SI () desde cuando?				NO ()
Derecha	Cómoda ()	Crepitante ()	Sonora ()	Desviación ()	Dolor ()	
Izquierda	Cómoda ()	Crepitante ()	Sonora ()	Desviación ()	Dolor ()	

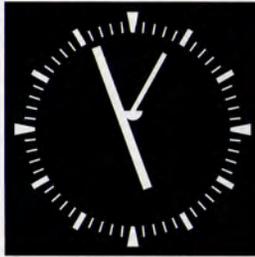
Movimiento mandibular	Protrusivo	Lateral derecho	Lateral izquierdo
Normal	()	()	()
Excesivo	()	()	()
Limitado	()	()	()

Mano Dominante: Izquierda

Un Método Puntual para Afilar Instrumentos



Raspadores en Hoz y Curetas Universales



Curetias Gracey

Anote la Hora para las Puntas y las Bases

Raspadores en Hoz y Curetias Universales

- 1 Coloque el instrumento verticalmente con la hoja que va a afilar en las 6:00.
- 2 Establezca el instrumento con un agarre firme.
- 3 Contrabalancee la unión superior con el dedo índice o pulgar.
- 4 Oriente la punta o la base de la hoja hacia usted para afilar el borde de corte izquierdo, y en dirección opuesta para afilar el otro borde de corte.
- 5 Sostenga la unión terminal en las 12:00.
- 6 Coloque el costado de la piedra contra la superficie lateral izquierda.
- 7 Incline la parte superior de la piedra hacia las 11:00, y **no más**.
- 8 Mueva la piedra hacia arriba y hacia abajo en tres secciones diferentes de la hoja: tercera parte del talón, tercera parte de en medio y tercera parte anterior.
- 9 Para las curetas, gire la hoja del instrumento hacia las 9:00.
- 10 Apunte la piedra hacia las 10:00.
- 11 Utilice un movimiento continuo y traslapado hacia arriba y hacia abajo para "redondear" la base.

Curetias Gracey

- 1 Coloque el instrumento verticalmente con la hoja que va a afilar en las 6:00.
- 2 Revise el número de identificación de la hoja:
Oriente la base de todas las curetas Gracey de numeración PAR hacia usted.
Oriente la base de todas las curetas Gracey de numeración IMPAR alejándola de usted.
- 3 Establezca el instrumento con un agarre firme.
- 4 Contrabalancee la unión superior con el dedo índice o pulgar.
- 5 Incline la unión terminal hacia las 1:00.
- 6 Sostenga la piedra contra la superficie lateral derecha e incline hacia las 11:00.
- 7 Mueva la piedra hacia arriba y hacia abajo en tres secciones diferentes de la hoja: tercera parte del talón, tercera parte de en medio y tercera parte anterior.
- 8 Repita los pasos #9, 10 y 11 para "redondear" la base.

Hu-Friedy
YA ES hora
DE MEJORAR EL CORTE.

Un Video y Manual Autodidacto para un Método Simplificado para Afilar Raspadores y Curetias Periodontales

Es hora de afilar nuevamente...

Este manual de estudio describe un nuevo método de afilar raspadores y curetas periodontales y le permite mejorar el corte inmediatamente. Las técnicas tradicionales se han basado en los "grados de angulación" para obtener la posición correcta de la piedra en relación a la hoja mientras se afila. Este método alternativo utiliza las imágenes visuales sencillas con las agujas del reloj para establecer las posiciones correctas mientras el instrumento se mantiene inmóvil y se mueve la piedra.

Este manual está diseñado para ser usado independientemente o conjuntamente con la cinta de video "Ya es Hora de Mejorar el Corte". El método simplificado para afilar y probar el Raspador en Hoz, la Cureta Universal y la Cureta Gracey se describe e ilustra detalladamente.

Objetivos de Aprendizaje:

Al completar este manual de estudio, el participante podrá:

1. Definir los beneficios obtenidos al utilizar raspadores y curetas con bordes de corte afilados.
2. Distinguir entre un borde de corte "embotado" y uno "afilado"
3. Caracterizar la Piedra Arkansas, la Piedra India y la Piedra Cerámica de acuerdo a:
 - a. La forma
 - b. El tamaño del grano abrasivo
 - c. El lubricante preferible
4. Describir de que manera los "grados de angulación" tradicionales corresponden a las posiciones del reloj como parte de esta estrategia.
5. Identificar el agarre esencial tanto del instrumento como de la piedra de afilar, tal como se define en esta técnica.
6. Describir el procedimiento de afilado para Raspadores en Hoz, Curetas Universales y Curetas Gracey, tal como se delinea en esta técnica.
7. Definir el procedimiento para determinar cuándo es que una hoja "afilada" está realmente "afilada"

* El Término "raspadores" está escrito por todas partes de esta publicación, y es sinónimo de "raspadores en hoz", "limpiadores en forma de hoz", "limpiadores de sarro", y "limpiadores" en ciertos países..

Por Qué Afilar:

Los instrumentos se deben mantener afilados y fieles a su diseño original. Los procedimientos dentales son más eficaces cuando se utilizan instrumentos afilados porque estos reducen la fatiga, mejoran la eliminación de depósitos, ahorran tiempo, mejoran la sensibilidad táctil y minimizan las molestias que experimenta el paciente.

Cuándo Afilar:

El uso repetido de un instrumento desgasta partículas diminutas de metal en la hoja, haciendo que el borde de corte adquiera una forma redondeada y resultando en una hoja embotada e ineficaz.

Cuando la hoja está embotada, el profesional clínico pierde la capacidad de "sentir" cuando el borde afilado se "agarrará" a una superficie. En este caso, puede parecer que la hoja se "desliza" sobre la superficie o depósito, lo que dificulta el trabajo de eliminar los depósitos. Esto puede resultar en el ruido y no en la eliminación del depósito.

Para obtener mejores resultados, los instrumentos deben ser afilados ligeramente después de cada uso en vez de recondicionarlos o recontornearlos después de un uso repetido. Recuerde que el afilado consistente y periódico es preferible a una cantidad extensa de afilado y reacondicionamiento de una sola vez.

Manera de Determinar el Grado de Afilado:

Se puede usar la Vara Plástica de Prueba para determinar que tan afilado está un instrumento. Esta ha sido diseñada específicamente para este propósito. Al seguir el procedimiento de prueba apropiado, un borde afilado penetrará o "agarrará" la vara de prueba y producirá un sonido metálico. Un borde embotado se resbalará o deslizará sobre la superficie de la vara de prueba forma.

Otra manera de comprobar el afilado de un instrumento consiste en inspeccionar la hoja visualmente. Sostenga el instrumento debajo de una luz (y, si es posible, observándola con una lupa) y gire el instrumento hasta que el borde quede orientado hacia la luz. Un borde de corte embotado reflejará la luz después de redondearse debido al uso.



Una hoja embotada refleja la luz y no llega al fondo de la vara.



Un borde de corte afilado no refleja la luz.

Manera de Comparar:

Use instrumentos nuevos (muestras maestras) para compararlos con los instrumentos embotados. Un juego maestro proveerá el patrón original para mantener el diseño de la hoja y el contorno apropiado de los bordes de corte.

Cuando Reemplazar los Instrumentos:

Hora de Comenzar...

Piedras para Afilar

Existen varios tipos de piedras para afilar. Se recomiendan las siguientes para afilar frecuentemente la hoja.

Composiciones

Piedra Arkansas- La Piedra Arkansas es una piedra natural de grano fino. Se recomienda la lubricación con aceite al usar esta piedra, aunque también se puede usar seca. El aceite sirve como vehículo para hacer flotar las partículas de metal al amolarlas de la hoja y evita que las virutas se incrusten en la piedra. La acumulación de ésta acepilladuras en el aceite recibe el nombre de "sedimento"

Piedra Cerámica- La Piedra Cerámica es una piedra dura y sintética disponible con grano fino o medio. Esta piedra es excelente para el afilado rutinario de instrumentos dentales y se lubrica con agua. Al afilar con una Piedra Cerámica, habrá una acumulación de limaduras de metal en vez de "sedimento."

Piedra India- La Piedra India es una piedra sintética compuesta de cristales de óxido de aluminio con un grano fino o medio. Se requiere la lubricación con aceite al afilar con ésta piedra.

Formas

Piedra Cónica- La piedra cónica es una Piedra Arkansas que se utiliza para acabar y quitar los fragmentos metálicos en el borde después de afilar.

Piedra Cilíndrica- La piedra cilíndrica puede ser una Piedra Arkansas o Cerámica y se usa para acabar o quitar los fragmentos metálicos en el borde después de afilar.

Piedra Plana- La piedra plana es típicamente rectangular, pero también se suministra en tamaños diferentes. Esta puede ser una Piedra Arkansas, Cerámica o India.

Piedra en Forma de Cuña- La piedra en forma de cuña es una piedra de forma rectangular con bordes redondeados y comúnmente es una Piedra Arkansas o India.

Granos de las Piedras

Existen muchos granos disponibles para las piedras para afilar. Asegúrese de usar el grano apropiado para afilar los instrumentos dentales. Los granos recomendados para el afilado ligero o frecuente son:

Arkansas - Fino
Cerámica - Fino o Medio
India - Fino o Medio

Las piedras más ásperas se utilizan principalmente para recontornear y no se deben usar para el afilado ligero. El uso de una piedra más áspera puede extraer demasiado metal de la superficie de la hoja. Si se usa una piedra más áspera, su aplicación debe ser seguida por la de una piedra de grano más fino.

Cuidado de las Piedras

Las piedras se deben limpiar después de cada uso con un trapo limpio para quitar las partículas de metal. Estas se pueden frotar con fuerza y/o limpiar ultrasonicamente para eliminar el lubricante antes de la esterilización. Alterne las áreas que usa al afilar para evitar "acanalarse" la piedra.

Lubricación de las Piedras

Se prefiere la lubricación con aceite para las Piedras Arkansas e India. Las Piedras Cerámicas se pueden lubricar con agua o usar secas.

Area de Trabajo

Su área de trabajo debe ser amplia y estar bien iluminada. La mesa debe ser rígida y lo suficientemente alta para que usted pueda colocar el codo en la mesa y sostener el instrumento al nivel de los ojos.

Otros Materiales

Reúna los materiales requeridos antes de comenzar el proceso de afilado. Además de los instrumentos que va a afilar y las piedras de afilar apropiadas, usted necesitará lo siguiente:

1. **Lentes de Protección-** se requieren al afilar. Los lentes de protección deben cubrir completamente los ojos y tener paneles laterales para mayor seguridad.
2. **Gautes-** deben quedar cómodamente en las manos.
3. **Aplicadores con Puntas con Algodón-** para untar el agua o aceite lubricante.
4. **Gasa-** para limpiar el sedimento o las virutas de la superficie de la piedra y de la hoja.
5. **Lupa-** para ver la hoja.
6. **Vara Plástica de Prueba-** para comprobar el afilado del borde de corte.
7. **Reloj-** para determinar la colocación apropiada del instrumento, de la piedra y de la vara de prueba. Puede usar el dibujo del reloj que se suministra en este manual.

Hora de Mejorar el Corte... *principios básicos del afilado*

Anatomía de un Instrumento

Todos los raspadores y curetas tienen tres componentes en común:

Mango- para agarrar el instrumento.

Unión- conecta el mango al extremo de trabajo y permite que el extremo de trabajo se adapte a las superficies de los dientes.

Extremo de Trabajo- consiste en una hoja con dos bordes de corte.



Etiquetado de los Instrumentos

Cuando el nombre del diseño y el número están estampados a lo largo del mango, cada extremo de trabajo está identificado por el número más cercano al mismo. Si el nombre del diseño y el número están estampados alrededor del mango del instrumento, el primer número (a la izquierda) identifica el extremo de trabajo en la parte superior y el segundo número identifica el extremo de trabajo en la parte inferior del mango.

Unión Terminal

La unión terminal es el área del instrumento entre la hoja y el primer ángulo. Esta es la característica principal de cada raspador o cureta. El alineamiento apropiado de la unión terminal colocará automáticamente la hoja en la posición correcta para afilar al usar el método del reloj.

Grados de Angulación

La referencia tradicional a los "grados de angulación" se simplifica usando la analogía de las agujas del reloj. (Vea la página 23 para más detalles). Estos métodos son complementarios y apropiados para aprender las técnicas de afilado (consulte la página 23).



Manera de Sostener el Instrumento

La manera en que usted agarra el instrumento es importante durante el transcurso del proceso de afilado. Sostenga el instrumento en su mano no dominante agarrándolo firmemente con la palma. Afiance el dedo índice o pulgar cerca de la parte superior del instrumento para contrabalancear la presión causada al amolar la hoja inferior. Usando el reloj como guía, sostenga el instrumento verticalmente con la hoja que desea afilar señalando las seis en punto.

Manera de Sostener la Piedra

Sostenga la mitad inferior de la piedra en su mano dominante. Sostenga la piedra verticalmente señalando las doce en punto, colocando el pulgar en el borde más cercano a usted y los dedos en el borde más alejado de usted. Este agarre estabiliza la piedra y ayuda a mantener un movimiento vertical consistente. Mueva todo el brazo con un movimiento continuo hacia arriba y hacia abajo mientras afila.



Lubricación de la Piedra

Al usar una Piedra Arkansas o India, unta aceite en toda la superficie de la piedra. Al usar una Piedra Cerámica, lubrique la superficie de la piedra con agua.

El Raspador en Hoz

Diseño del Raspador en Hoz

El raspador en hoz tiene dos bordes de corte que se forman por la unión de la superficie facial con las dos superficies laterales que convergen en una punta pronunciada. Esta sección transversal triangular resulta en una parte posterior casi puntiaguda. La superficie facial de la hoja está situada en un ángulo de 90 grados en relación a la unión terminal. Es importante tomar nota de esto porque afecta la colocación de la piedra y del instrumento al afilar.

Al afilar un raspador en hoz derecho o curvado, usted restaurará los bordes de corte amolando contra las superficies laterales de la hoja y acabando la superficie facial. No se recomienda el afilado excesivo de la superficie facial porque esto debilita la hoja.

La posición de la piedra, del instrumento y de la vara de prueba varía dependiendo de cuál es su mano dominante. En la parte restante de este manual, cada procedimiento de afilado y prueba ha sido dividido en dos secciones: mano derecha y mano izquierda.

Afilando el Raspador en Hoz - Mano Dominante: Derecha

Posición del Instrumento:

Sostenga el instrumento verticalmente en su mano no dominante. La hoja que se desea afilar estará hacia abajo con la punta orientada hacia usted. Afiance la unión superior con el dedo índice o pulgar y coloque el codo directamente frente a usted sobre la mesa. Ahora sitúe la unión terminal en las doce en punto.



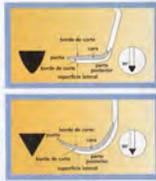
Posición de la Piedra:

Coloque el lado lubricado de la piedra contra la superficie lateral derecha de la hoja. Coloque la piedra inicialmente en las doce en punto y después incline la parte superior de la piedra hasta un poco menos de la una en punto.



Movimiento de la Piedra:

Comience a amolar con un movimiento continuo hacia arriba y hacia abajo. Comience con la tercera parte más cercana al talón de la hoja y continúe con la tercera parte de en medio y finalmente con la tercera parte de la punta. Usted verá una acumulación de sedimento a lo largo de toda la superficie facial de la hoja. Si usa una Piedra Cerámica, entonces verá una acumulación de limaduras metálicas en vez del sedimento. Limpie el sedimento o las limaduras metálicas de la superficie de la hoja y la piedra usando la gasa.



Afilando el Bordo de Corte Opuesto:

Gire el instrumento de modo que la punta quede orientada en dirección opuesta a usted. Mantenga el agarre fijo de la palma y afiance nuevamente la unión superior con el dedo índice o pulgar y con la unión terminal en las doce en punto. Coloque la piedra hacia la una en punto. Repita el proceso de amolado manteniendo la posición de acuerdo al reloj. Después limpie el sedimento o las limaduras metálicas de la superficie de la hoja usando la gasa.

Acabando el Raspador en Hoz Curvado:

Con la punta orientada hacia usted, sostenga la unión terminal en las doce en punto. Coloque la piedra cónica en la cara del instrumento con la piedra señalando las tres en punto y las nueve en punto. Gire ligeramente la piedra cónica a lo largo de la cara desde el talón a la punta para quitar los fragmentos metálicos. Se puede usar la piedra ya sea lubricada o seca.

Acabando el Raspador en Hoz Derecho:

Con la punta hacia usted, sostenga la unión terminal en las doce en punto. Coloque una piedra plana en la superficie facial del instrumento, señalando la posición de tres en punto y nueve en punto. Mueva levemente la piedra de lado a lado para quitar los fragmentos metálicos.

Afilando el Raspador en Hoz - Mano Dominante: Izquierda

Posición del Instrumento:

Sostenga el instrumento verticalmente en su mano no dominante. La hoja que se desea afilar estará hacia abajo con la punta orientada hacia usted. Afiance la unión superior con el dedo índice o pulgar y coloque el codo directamente frente a usted sobre la mesa. Ahora sitúe la unión terminal en las doce en punto.



Posición de la Piedra:

Coloque el lado lubricado de la piedra contra la superficie lateral izquierda de la hoja. Coloque la piedra inicialmente en las doce en punto y después incline la parte superior de la piedra hacia las once en punto.



Movimiento de la Piedra:

Comience a amolar con un movimiento continuo hacia arriba y hacia abajo. Comience con la tercera parte más cercana al talón de la hoja y continúe con la tercera parte de en medio y finalmente con la tercera parte de la punta. Usted verá una acumulación de sedimento a lo largo de toda la superficie facial de la hoja. Si usa una Piedra Cerámica, entonces verá una acumulación de limaduras metálicas en vez del sedimento. Limpie el sedimento o las limaduras metálicas de la superficie de la hoja y la piedra usando la gasa.

El Raspador en Hoz

Afilando el Bordo de Corte Opuesto:

Gire el instrumento de modo que la punta quede orientada en dirección opuesta a usted. Mantenga el agarre fijo de la palma y afiance nuevamente la unión superior con el dedo índice o pulgar y con la unión terminal en las once en punto. Repita el proceso de amolado manteniendo la posición de acuerdo al reloj. Después limpie el sedimento o las limaduras metálicas de la superficie de la hoja usando la gasa.

Acabando el Raspador en Hoz Curvado:

Con la punta orientada hacia usted, sostenga la unión terminal en las doce en punto. Coloque la piedra cónica en la cara del instrumento con la piedra señalando las tres en punto y las nueve en punto. Gire ligeramente la piedra cónica a lo largo de la cara desde el talón a la punta para quitar los fragmentos metálicos. Se puede usar la piedra ya sea lubricada o seca.

Acabando el Raspador en Hoz Derecho:

Con la punta hacia usted, sostenga la unión terminal en las doce en punto. Coloque una piedra plana en la superficie facial del instrumento, señalando la posición de tres en punto y nueve en punto. Mueva levemente la piedra de lado a lado para quitar los fragmentos metálicos.

Es Hora de Probar...

Manera de Probar el Raspador en Hoz



Posición de la Vara de Prueba:

Para probar el borde de corte, sostenga la vara de prueba en su mano no dominante entre los dedos pulgar e índice, aproximadamente a media pulgada de la parte superior de la vara. La posición de la vara de prueba es en las doce en punto.

Posición del Instrumento. Mano Dominante: Derecha

Sostenga el instrumento en su mano dominante con un agarre de pluma modificado. Sitúe el instrumento detrás de la vara de prueba con la punta orientada hacia usted. Coloque el borde de corte que va a probar contra el lado izquierdo de la vara de prueba y el fulcro a la derecha. Asegúrese de no apoyar su dedo anular en la parte superior de la vara de prueba. Incline la unión terminal hacia la una en punto, que representa el mismo ángulo que se utiliza para raspar.



Posición del Instrumento. Mano Dominante: Izquierda

Sostenga el instrumento en su mano dominante con un agarre de pluma modificado. Sitúe el instrumento detrás de la vara de prueba con la punta orientada hacia usted. Coloque el borde de corte que va a probar contra el lado derecho de la vara de prueba y el fulcro a la izquierda. Asegúrese de no apoyar su dedo anular en la parte superior de la vara de prueba. Incline la unión terminal hacia las once en punto, que representa el mismo ángulo que se utiliza para raspar.



Manera de Probar el Bordo de Corte:

Oprima el borde de corte lateralmente hacia la vara de prueba y suelte. Pruebe toda la longitud de la hoja. Una hoja afilada penetrará o agarrará la vara de prueba pero no se deslizará sobre el costado de la misma. El borde emite un sonido metálico al retirarlo. Si el borde de corte se desliza sobre el costado de la vara de prueba, esto podría indicar que la hoja todavía está embotada, que la unión terminal no está colocada correctamente o que la piedra no fue colocada apropiadamente al amolar. El cepillar la vara de prueba embotará la hoja.



Manera de Probar el Bordo de Corte Opuesto:

Para probar el borde de corte opuesto, gire la punta alejándola de usted y colocando la unión terminal en frente de la vara de prueba y repita el procedimiento. Asegúrese de probar toda la longitud de la hoja.

La Cureta Universal

Diseño de la Cureta Universal

La hoja de la Cureta Universal tiene dos bordes paralelos de corte que se juntan en una base redondeada. Los bordes de corte de la cureta se forman en la unión de las superficies laterales con la superficie facial. La superficie facial de la hoja está a un ángulo de 90 grados con relación a la unión terminal. Es importante tomar nota de esto porque afecta la colocación de la piedra y del instrumento al afilar.



Afilando la Cureta Universal · Mano Dominante: Derecha

Posición del Instrumento:



Sostenga el instrumento verticalmente en su mano no dominante. La hoja que se desea afilar estará hacia abajo con la base orientada hacia usted. Afiance la unión superior con el dedo índice o pulgar y coloque el codo directamente frente a usted sobre la mesa. Ahora sitúe la unión terminal en las doce en punto.

Posición de la Piedra:

Coloque el lado lubricado de la piedra contra la superficie lateral de la hoja. Coloque la piedra inicialmente en las doce en punto y después incline la parte superior de la piedra hasta un poco menos de la una en punto.



Movimiento de la Piedra:

Comience a amolar con un movimiento continuo hacia arriba y hacia abajo usando todo el brazo. Comience con la tercera parte más cercana al talón de la hoja y continúe con la tercera parte de en medio y finalmente con la tercera parte de la base. Acuérdesse de mantener un movimiento continuo hacia arriba y hacia abajo al amolar, describiendo trazos largos con presión moderada. Usted verá una acumulación de sedimento a lo largo de toda la superficie facial de la hoja. Si usa una Piedra Cerámica, entonces verá una acumulación de limaduras metálicas en vez del sedimento. Limpie el sedimento o las limaduras metálicas de la superficie de la hoja y la piedra usando la gasa.

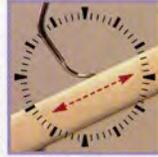


Afilando el Borde de Corte Opuesto:

Gire el instrumento de modo que la base quede orientada en dirección opuesta a usted. Mantenga el agarre fijo de la palma y afiance nuevamente la unión superior con el dedo índice o pulgar. Repita el proceso de amolado manteniendo la posición de la unión terminal en las doce en punto y con la parte superior de la piedra un poco orientada hacia las once en punto.

Redondeando la Base:

Para mantener la forma redondeada de la base de la cureta, gire el instrumento de manera que la base señale las tres en punto. Coloque la piedra en las tres en punto e inclínela hacia arriba hasta alcanzar la posición de las dos en punto. Mueva la piedra usando un movimiento consistente hacia arriba y hacia abajo, traslapando los trazos de la piedra y girando alrededor de la base para mantener la forma redondeada.



Acabado:

Sostenga la unión terminal en las doce en punto con la base orientada hacia usted. Coloque la piedra cónica o cilíndrica a lo largo de la cara del instrumento en las tres en punto y nueve en punto. Gire la piedra ligeramente a lo largo de la cara desde el talón a la base para quitar los fragmentos metálicos.

Repita el proceso de afilado en el otro extremo del instrumento.

Afilando la Cureta Universal · Mano Dominante: Izquierda

Posición del Instrumento:



Sostenga el instrumento verticalmente en su mano no dominante. La hoja que se desea afilar estará hacia abajo con la base orientada hacia usted. Afiance la unión superior con el dedo índice o pulgar y coloque el codo directamente frente a usted sobre la mesa. Ahora sitúe la unión terminal en las doce en punto.

Posición de la Piedra:

Coloque el lado lubricado de la piedra contra la superficie lateral de la hoja. Coloque la piedra inicialmente en las doce en punto y después incline la parte superior de la piedra hacia las once en punto.



Movimiento de la Piedra:

Comience a amolar con un movimiento continuo hacia arriba y hacia abajo usando todo el brazo. Comience con la tercera parte más cercana al talón de la hoja y continúe con la tercera parte de en medio y finalmente con la tercera parte de la base. Acuérdesse de mantener un movimiento continuo hacia arriba y hacia abajo al amolar, describiendo trazos largos con presión moderada. Usted verá una acumulación de sedimento a lo largo de toda la superficie facial de la hoja. Si usa una Piedra Cerámica, entonces verá una acumulación de limaduras metálicas en vez del sedimento. Limpie el sedimento o las limaduras metálicas de la superficie de la hoja y la piedra usando la gasa.

La Cureta Universal

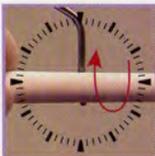
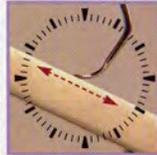


Afilando el Borde de Corte Opuesto:

Gire el instrumento de modo que la base quede orientada en dirección opuesta a usted. Mantenga el agarre fijo de la palma y afiance nuevamente la unión superior con el dedo índice o pulgar. Repita el proceso de amolado manteniendo la posición de la unión terminal en las doce en punto y con la parte superior de la piedra un poco orientada hacia las once en punto.

Redondeando la Base:

Para mantener la forma redondeada de la base de la cureta, gire el instrumento de manera que la base señale las nueve en punto. Coloque la piedra en las nueve en punto e inclínela hacia arriba hasta alcanzar la posición de las diez en punto. Mueva la piedra usando un movimiento consistente hacia arriba y hacia abajo, traslapando los trazos de la piedra y girando alrededor de la base para mantener la forma redondeada.



Acabado:

Sostenga la unión terminal en las doce en punto con la base orientada hacia usted. Coloque la piedra cónica o cilíndrica a lo largo de la cara del instrumento en las tres en punto y nueve en punto. Gire la piedra ligeramente a lo largo de la cara desde el talón a la base para quitar los fragmentos metálicos.

Repita el proceso de afilado en el otro extremo del instrumento.

Es Hora de Probar...

Manera de Probar la Cureta Universal

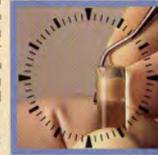


Posición de la Vara de Prueba:

Para probar el borde de corte sostenga la vara de prueba en su mano no dominante entre los dedos pulgar e índice, aproximadamente a media pulgada de la parte superior de la vara. La posición de la vara de prueba es en las doce en punto.

Posición del Instrumento. Mano Dominante: Derecha

Sostenga el instrumento en su mano dominante con un agarre de pluma modificado. Sitúe el instrumento detrás de la vara de prueba con la punta orientada hacia usted. Coloque el borde de corte que va a probar contra el lado izquierdo de la vara de prueba y el fulcro a la derecha. Incline la unión terminal hacia las once en punto. La prueba se debe realizar exactamente con el mismo ángulo en el que se coloca la hoja al raspar.



Posición del Instrumento. Mano Dominante: Izquierda

Sostenga el instrumento en su mano dominante con un agarre de pluma modificado. Sitúe el instrumento detrás de la vara de prueba con la punta orientada hacia usted. Coloque el borde de corte que va a probar contra el lado derecho de la vara de prueba y el fulcro a la izquierda. Incline la unión terminal hacia las once en punto. La prueba se debe realizar exactamente con el mismo ángulo en el que se coloca la hoja al raspar.



Manera de Probar el Borde de Corte:

Oprima el borde de corte lateralmente hacia la vara de prueba y suelte. Pruebe toda la longitud de la hoja. Una hoja afilada penetrará o agarrará la vara de prueba pero no se deslizará sobre el costado de la misma. El borde emite un sonido metálico al retirarlo. Si el borde de corte se desliza sobre el costado de la vara de prueba, esto podría indicar que la hoja todavía está embotada, que la unión terminal no está en la posición correcta o que la piedra no fue colocada apropiadamente al amolar. El acepillar la vara de prueba embotará la hoja.

Manera de Probar el Borde de Corte Opuesto:

Para probar el borde de corte opuesto, gire la punta alejándola de usted y colocando la unión terminal en frente de la vara de prueba y repita el procedimiento. Asegúrese de probar toda la longitud de la hoja.

Repita el proceso de prueba para el otro extremo del instrumento.

Es Hora de Probar...

Manera de Probar la Cureta Gracey - Una Nueva Zona de Tiempo

Posición de la Vara de Prueba:

La posición de la vara de prueba y de la unión terminal del instrumento Gracey es en las doce en punto.

Posición del Instrumento. Mano Dominante: Derecha

Sostenga el instrumento en su mano dominante con un agarre de pluma modificado. Con los extremos Gracey de numeración impar, la base quedará orientada hacia usted. Coloque el instrumento detrás de la vara de prueba con el borde de corte que va a afilar contra el lado izquierdo de la vara de prueba y el fulcro a la derecha. Con los extremos Gracey de numeración par, la base deberá estar orientada en dirección opuesta a usted y se colocará el instrumento en frente de la vara de prueba. Sostenga la unión terminal y la vara de prueba en la posición de las doce en punto. Asegúrese de no apoyar el dedo anular en la parte superior de la vara de prueba. Coloque el dedo anular contra el costado de la vara de prueba que está opuesto al borde de corte para que sirva de fulcro mientras efectúa la prueba. La prueba se debe realizar exactamente en el mismo ángulo en que se utiliza la hoja al raspar.



Posición del Instrumento. Mano Dominante: Izquierda

Sostenga el instrumento en su mano dominante con un agarre de pluma modificado. Con los extremos Gracey de numeración par, la base quedará orientada hacia usted. Coloque el instrumento detrás de la vara de prueba con el borde de corte que va a afilar contra el lado derecho de la vara de prueba y el fulcro a la izquierda. Con los extremos Gracey de numeración impar, la base deberá estar orientada en dirección opuesta a usted y se colocará el instrumento en frente de la vara de prueba. Sostenga la unión terminal y la vara de prueba en la posición de las doce en punto. Asegúrese de no apoyar el dedo anular en la parte superior de la vara de prueba. Coloque el dedo anular contra el costado de la vara de prueba que está opuesto al borde de corte para que sirva de fulcro mientras efectúa la prueba. La prueba se debe realizar exactamente en el mismo ángulo en que se utiliza la hoja al raspar.



Manera de Probar el Borde de Corte:

Oprima el borde de corte hacia la vara de prueba y suelte. Pruebe toda la longitud de la hoja. Una hoja afilada penetrará o agarrará la vara de prueba. El borde emite un sonido metálico al retirarlo. Si el borde de corte se desliza sobre el costado de la vara de prueba, esto podría indicar que la hoja todavía está embotada, que la unión terminal no está en la posición correcta o que la piedra no fue colocada apropiadamente al amolar. El cepillar la vara de prueba embotará la hoja.

20

Lectura Recomendada:

- Antonini, C.J., et al. Scanning EMS of Scalers. J. Periodontol., 48(1), Ene. 1977
- Carranza, F.A., ed. Glickman's Clinical Periodontology. 6a. ed. Filadelfia: W.B. Saunders Co., 1984.
- DeNucci, D.J. y Mader, C.L. Scanning Electron Microscopic Evaluation of Several Resharpener Techniques. J. Periodontol., 54(10), Oct. 1983.
- Fedi, P.F. y Vernino, A.R. The Periodontic Syllabus. 3ra. ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995.
- Grant, D.A., Stern, I.B., y Listgarten, M.A. Periodontics. St. Louis: C.V. Mosby, 1988.
- Marquam, B.J. Strategies to Improve Sharpening. Dent. Hyg., julio/ago. 1988.
- Murray, G.H., Lubow, R.M., et al. The Effects of Two Sharpening Methods on the Strengh of a Periodontal Scaling Instrument. J. Periodontol., 55(7), julio 1984.
- Nield, G., y Snyder, N. Serie de Videos An Edge On Success. Univ. of Texas, San Antonio, 1986.
- Paquette, D.E., y Levin, M.P. The Sharpening of Scaling Instruments: Part I-An Examination of Principles. J. Periodontol., 48(3), marzo 1977
- Paquette, D.E., y Levin, M.P. The Sharpening of Scaling Instruments: Part II-An Examination of Principles. J. Periodontol., 48(3), marzo 1977
- Pattison, A.M., y Pattison, G.L. Periodontal Instrumentation. 2da. ed. Norwalk: Ct., Appleton and Lange, 1992.
- Parry, D.A., Beemsterboer, P., y Carranza, F.A. Techniques and Theory of Periodontal Instrumentation. Filadelfia: W.B. Saunders Co., 1980.
- Sasse, J. Cutting Edges of Curets: Effects of Repeated Sterilization. Dent. Hyg., 61, Ene. 1987
- Tal, H. et al. SEM Evaluation of Wear of Curets During Standardized Root Planning. J. Periodontol., 56(9), sept. 1987
- Wilkins, E.M. Clinical Practice of the Dental Hygienist. 7a. ed. Filadelfia: Lea and Febiger, 1994.
- Woodell, I. Comprehensive Dental Hygiene Care. 4a. ed. St. Louis: C.V. Mosby, 1993.
- Zimmer, S. Instrument Sharpening-Sickle Scalers and Curettes. Dent. Hyg., 52, Jan. 1978.

21

La Cureta Gracey

Redondeando la Base:

Gire el instrumento de manera que la base señale las tres en punto. La cara del instrumento debe estar paralela a la superficie de la mesa. Coloque la piedra en las tres en punto e inclínela hacia arriba hasta alcanzar la posición de las dos en punto. Mueva la piedra usando un movimiento consistente, traslapando los trazos y girando alrededor de la base para mantener la forma redondeada. Limpie el sedimento o las limaduras metálicas de la superficie de la hoja y la piedra usando la gasa.

Acabado:

Con la base de numeración par de la hoja Gracey orientada hacia usted, sostenga la unión terminal en la una en punto. Coloque la piedra cónica o cilíndrica a lo largo de la cara del instrumento en las tres en punto y nueve en punto. Gire la piedra ligeramente a lo largo de la cara desde el talón a la base para quitar los fragmentos metálicos.

Afilando la Cureta Gracey - Mano Dominante: Izquierda

Posición del Instrumento - Hoja de Numeración Par:

Comience con el extremo de numeración par de la cureta Gracey. Sostenga el instrumento verticalmente en su mano no dominante con un agarre firme de la palma, de modo que la hoja que va a afilar quede hacia abajo con la base orientada hacia usted. Concéntrese solamente en la unión terminal del instrumento e inclínela hacia la una en punto. Acuérdese de afianzar la unión superior del instrumento con el dedo índice o pulgar.



Posición de la Piedra:

Coloque la piedra contra la superficie lateral izquierda en las doce en punto y después incline la parte superior de la piedra hacia las once en punto.

Movimiento de la Piedra:

Comience a amolar con un movimiento continuo hacia arriba y hacia abajo comenzando con la tercera parte más cercana al talón de la hoja y continúe con la tercera parte de en medio y finalmente con la tercera parte de la base. El no afilar toda la longitud de la hoja es normalmente un error que las personas cometen al afilar. Asegúrese de mantener un movimiento consistente a lo largo de toda la hoja. Usted verá una acumulación de sedimento a lo largo de toda la superficie facial de la hoja. Si usa una Piedra Cerámica, entonces verá una acumulación de limaduras metálicas en vez del sedimento.



Redondeando la Base:

Mantenga la unión terminal en la posición de la una en punto. Gire el instrumento de manera que la base señale las nueve en punto. La cara del instrumento debe estar paralela a la superficie de la mesa. Coloque la piedra en las nueve en punto e inclínela hacia arriba hasta alcanzar la posición de las diez en punto. Mueva la piedra usando un movimiento consistente, traslapando los trazos y girando alrededor de la base para mantener la forma redondeada. Limpie el sedimento o las limaduras metálicas de la superficie de la hoja y la piedra usando la gasa.



Acabado:

Con la base orientada hacia usted, sostenga la unión terminal en la una en punto. Coloque la piedra cónica o cilíndrica a lo largo de la cara del instrumento en las tres en punto y nueve en punto. Gire la piedra ligeramente a lo largo de la cara desde el talón a la base para quitar los fragmentos metálicos.

Manera de Afilar la Hoja de Numeración Impar:

Posición del Instrumento:

Coloque el instrumento de modo que la hoja de numeración impar quede abajo y orientando la base en dirección opuesta a usted. Mantenga el agarre firme de la mano y nuevamente afiance la unión superior con el dedo índice o pulgar. Repita el procedimiento de amolado manteniendo la unión terminal en la una en punto.

Redondeando la Base:

Gire el instrumento de manera que la base señale las nueve en punto. La cara del instrumento debe estar paralela a la superficie de la mesa. Coloque la piedra en las nueve en punto e inclínela hacia arriba hasta alcanzar la posición de las diez en punto. Mueva la piedra usando un movimiento consistente, traslapando los trazos y girando alrededor de la base para mantener la forma redondeada. Limpie el sedimento o las limaduras metálicas de la superficie de la hoja y la piedra usando la gasa.

Acabado:

Con la base de numeración par de la hoja Gracey orientada hacia usted, sostenga la unión terminal en las once en punto. Coloque la piedra cónica o cilíndrica a lo largo de la cara del instrumento en las tres en punto y nueve en punto. Gire la piedra ligeramente a lo largo de la cara desde el talón a la base para quitar los fragmentos metálicos.

Glosario de Términos:

Agarre de Palma Firme

El instrumento se sostiene fijamente en la palma de la mano con el dedo índice o pulgar cerca de la parte superior del instrumento para estabilizarlo al afilar.

Agarre de Pluma Modificado

El instrumento se sostiene con los dedos pulgar e índice colocados en lados opuestos del mango. El dedo medio se coloca en la unión para guiar el movimiento de la hoja, y el dedo anular desempeña la función de fulcro.

Bruñir

Pulir o alisar un depósito en vez de extraerlo. Esto ocurre solamente durante el raspado mediante el uso de instrumentos embotados.

Fulcro

El apoyo del dedo utilizado para estabilizar la mano dominante durante la instrumentación o al probar la hoja para revisar si está afilada.

Mano Dominante/No Dominante

Para las personas diestras, la mano dominante es la derecha y la mano no dominante es la izquierda.

Para las personas zurdas, la mano dominante es la izquierda y la mano no dominante es la derecha.

Partícula de Metal

Partícula de metal que se adhiere al borde de corte después de amolar.

Sedimento

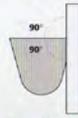
La acumulación de limaduras de metal que se suspende en el aceite sobre la superficie de la piedra de afilar.

Unión Terminal

La sección que se extiende entre la hoja y el primer ángulo (o curva) en la unión.

22

Tabla de Angulos



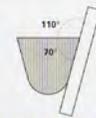
La Angulación No Es Suficiente

Cuando el ángulo interno es mayor de 80°, la hoja se abulta y es difícil de adaptar al diente.



Demasiada Angulación

Cuando el ángulo interno es menor de 70° la hoja se debilita y se embota rápidamente.



Angulación Correcta

Cuando se coloca la piedra correctamente contra la hoja, se mantiene el ángulo interno de aproximadamente 70°.

Posiciones en la Carátula del Reloj

Raspadores en Hoz y Curetas Universales

Unión terminal a las 12:00

Parte superior de la piedra a 4 minutos después de las 12:00 para las personas cuya mano dominante es la derecha

Parte superior de la piedra inclinada a 4 minutos antes de las 2:00 para personas zurdas



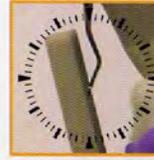
Curetas Gracey

Unión terminal hacia las 11:00

Parte superior de la piedra a 4 minutos después de las 12:00 para personas cuya mano dominante es la derecha

Unión terminal hacia la 1:00

Parte superior de la piedra a 4 minutos antes de las 12:00 para las personas zurdas



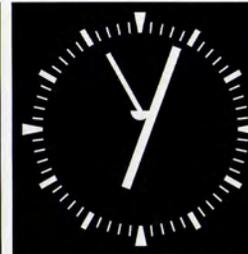
23

Mano Dominante: Derecha

Un Método Puntual para Afilarse Instrumento



Raspadores en Hoz y Curetas Universales



Curetas Gracey

Anote la Hora para las Puntas y las Bases

Raspadores en Hoz y Curetas Universales

- 1 Coloque el instrumento verticalmente con la hoja que va a afilar en las 6:00.
- 2 Establezca el instrumento con un agarre firme.
- 3 Contrabalancee la unión superior con el dedo índice o pulgar.
- 4 Oriente la punta o la base de la hoja hacia usted para afilar el borde de corte derecho, y en dirección opuesta para afilar el otro borde de corte.
- 5 Sostenga la unión terminal en las 12:00.
- 6 Coloque el costado de la piedra contra la superficie lateral derecha.
- 7 Inclíne la parte superior de la piedra hacia la 1:00, y no más.
- 8 Mueva la piedra hacia arriba y hacia abajo en tres secciones diferentes de la hoja: tercera parte del talón, tercera parte de en medio y tercera parte anterior.
- 9 Para las curetas, gire la hoja del instrumento hacia las 3:00.
- 10 Apunte la piedra hacia las 2:00.
- 11 Utilice un movimiento continuo y trasládela hacia arriba y hacia abajo para "redondear" la base.

Curetas Gracey

- 1 Coloque el instrumento verticalmente con la hoja que va a afilar en las 6:00.
- 2 Revise el número de identificación de la hoja:
 - Oriente la base de todas las curetas Gracey de numeración IMPAR hacia usted.
 - Oriente la base de todas las curetas Gracey de numeración PAR alejándola de usted.
- 3 Establezca el instrumento con un agarre firme.
- 4 Contrabalancee la unión superior con el dedo índice o pulgar.
- 5 Inclíne la unión terminal hacia las 11:00.
- 6 Sostenga la piedra contra la superficie lateral derecha e inclíne hacia la 1:00.
- 7 Mueva la piedra hacia arriba y hacia abajo en tres secciones diferentes de la hoja: tercera parte del talón, tercera parte de en medio y tercera parte anterior.
- 8 Repita los pasos #9, 10 y 11 para "redondear" la base.



Hu-Friedy Mfg. Co., Inc.
3232 N. Rockwell Street
Chicago, IL 60618 USA.

S-MS3M/12-95



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
HISTORIA CLÍNICA GENERAL**

FECHA: ____/____/____
Día Mes Año

EXPEDIENTE N°: ____/____/____/____
Número Unidad Clínica Turno

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente: _____		Edad: _____	Sexo: _____
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (S)	Años M o F
Domicilio: _____			
Calle	N°	Colonia	Código postal Delegación o Estado
Teléfono: _____		Ocupación: _____	
De domicilio	Soltero, casada, viudo, etc.		Ama de casa, empleado, obrero
Escolaridad: _____		Lugar de nacimiento _____	Interrogatorio: _____
Especificar grado escolar		Entidad federativa o País	Directo o Indirecto

2. PADECIMIENTO ACTUAL.

<p>Debe anotarse en este inciso la causa por la cual asiste el paciente. Señalar la fecha de inicio y después hacer la descripción de cada síntoma en orden cronológico; duración, intensidad, periodicidad, localización, radiación, relación con alimentos, movimientos, factores que lo calman y lo aumentan. Estudios realizados, diagnósticos anteriores, terapéutica empleada y respuesta a la misma.</p>	<div style="background-color: #e0f0ff; border: 1px solid #add8e6; padding: 5px;"> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> </div>
---	--

3. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Mencionar la sintomatología que puede tener el paciente en el MOMENTO ACTUAL, no la del pasado.	
<p>DIGESTIVO: Disfagia, odinofagia, hiporexia, polifagia, pirosis, regurgitación, eructos, náusea, vómito, dolor abdominal, flatulencia, distensión abdominal, hematemesis, melena, diarrea, estreñimiento, prurito anal, sangrado anal, tolerancia a los alimentos, ictericia, otros.</p>	<div style="background-color: #e0f0ff; border: 1px solid #add8e6; padding: 5px;"> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> </div>
<p>RESPIRATORIO: Rinorrea, epistaxis, obstrucción o prurito nasal, estornudos, disfonía, tos, expectoración, disnea, cianosis, hemoptisis, dolor torácico, otros.</p>	<div style="background-color: #e0f0ff; border: 1px solid #add8e6; padding: 5px;"> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> </div>
<p>CARDIOVASCULAR: Palpitaciones, disnea, cianosis, dolor precordial, edema, síncope o lipotimia, tolerancia al ejercicio, otros.</p>	<div style="background-color: #e0f0ff; border: 1px solid #add8e6; padding: 5px;"> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> </div>
<p>ENDÓCRINO: Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de vello axilar o púbico, hirsutismo, ginecomastia, cambios de voz, tolerancia a frío o calor, crecimiento estatural (facial, manos, pies) lento o rápido, variación del peso corporal, diaforesis, sequedad cutánea, nerviosismo, temblor, hiperactividad, acumulo anormal de grasa, acné, exoftalmos, libido, otros.</p>	<div style="background-color: #e0f0ff; border: 1px solid #add8e6; padding: 5px;"> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> </div>

<p>HEMOLINFÁTICO: Petequias, equimosis, hematomas, sangrado espontáneo de mucosas (epistaxis, gingivorragias, hematemesis, melena, hematuria), sangrado prolongado de heridas, edema, adenomegalias, palidez, cianosis, otros.</p>	
<p>GENITOURINARIO: Poliuria, polaquiuria, hematuria, disuria, nicturia, dolor lumbar, incontinencia urinaria, urgencia urinaria, expulsión de cálculos, escurrimiento uretral, preferencia sexual, otros. ADEMÁS EN MUJERES: Leucorrea, dismenorrea, prurito vaginal, fecha de última menstruación, menorragia, amenorrea, embarazo, otros.</p>	
<p>NERVIOSO: Paresia, parestesia, motilidad general, temblores, cefalea, vértigo, convulsiones, diplopia, visión borrosa, escotomas, audición, tinitus, insomnio, angustia, depresión, memoria, atención, afectividad, delirios, otros.</p>	
<p>MÚSCULO ESQUELÉTICO: Artralgias, artritis, deformidad articular, limitación del movimiento articular, chasquidos articulares, fuerza muscular, atrofia muscular, otros.</p>	
<p>TEGUMENTARIO: Máculas, pápulas, vesículas, ampollas, ronchas, úlceras, prurito, diaforesis, sequedad cutánea, caída de vello o pelo, descamación cutánea, deformidad de uñas, otras.</p>	

4. SÍNTOMAS GENERALES.

<p>Hiporexia o anorexia, fiebre, astenia, adinamia, diaforesis, calosfríos, pérdida de peso corporal.</p>	
---	--

5. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

<p>Padres, hermanos, hijos, abuelos, colaterales, cónyuge, convivientes (edad y estado de salud, o edad al morir y causas). Diabetes, Tuberculosis, obesidad, neoplasias, cardiopatías, hipertensión, artritis, hemofilia, alergias, padecimientos mentales, epilepsia, alcoholismo, adicción a drogas, malformaciones congénitas, otras.</p>	
---	--

6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (En orden cronológico)

<p>NEONATALES Y DE LA INFANCIA: Duración del embarazo, radiaciones, fármacos e infecciones durante el embarazo, duración del parto, atención médica del parto, condiciones al nacimiento (llanto, cianosis), otros. Sarampión, rubéola, varicela, escarlatina, tuberculosis, fiebre reumática, cardiopatías, epilepsia, hepatitis, amigdalitis, hemorragias, otras.</p>	
--	--

9. EXPLORACIÓN FÍSICA.

SIGNOS VITALES: TA brazo derecho: _____ / _____ TA brazo izquierdo: _____ / _____ Pulso: _____ X' Frec. Resp.: _____ X' Temperatura: _____ °C Peso: _____ kg. Estatura: _____ cm	
INSPECCIÓN GENERAL: Sexo, edad aparente, marcha, facies, actitud, constitución, conformación, complexión, movimientos anormales, estado de la conciencia, actitud psicológica, cuidado personal, cooperación.	_____ _____ _____
CABEZA: Cráneo. Forma y volumen, pelo (brillo, fragilidad, color, alopecia), exostosis, hundimientos. Cara. Color de la piel (ictericia, palidez, cianosis, rubicundez), nevos, Petequias, efélides, irsutismo, acné, neoformaciones, otros. Ojos. Pelo de cejas y pestañas, aberturas palpebrales, epicanto, ptosis, exoftalmos, conjuntivas, tamaño de pupilas, reflejos a la luz, cornea. Nariz. Forma, volumen, tabique nasal, secreciones, mucosa. Oídos. Implantación, forma, volumen, conducto auditivo.	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
CUELLO: Tamaño, forma, volumen, movilidad, contracturas, puntos dolorosos. Ingurgitación yugular, cadenas ganglionares, posición de la traquea, movimiento traqueal a la deglución, glándula tiroides.	_____ _____ _____
TRONCO: La exploración del tronco sólo será mediante inspección, en casos particulares se hará completa. Forma, volumen, observar la movilidad torácica y abdominal durante los ciclos respiratorios. Tratar de detectar ruidos respiratorios anormales, audibles sin estetoscopio. En abdomen observar el tamaño.	_____ _____ _____ _____ _____ _____
EXTREMIDADES: De especial importancia son las extremidades superiores; observar sobretodo al momento de tomar la tensión arterial: color de la piel, tatuajes, cicatrices, deformidad de las manos, estado de hidratación de la piel, movimientos anormales, forma y tamaño de las manos, pliegues palmares. En uñas, observar engrosamientos, deformidad, estrías, color del lecho ungueal. Buscar signos de inflamación articular, dolor a la palpación, atroñas musculares. En extremidades inferiores (si están descubiertas en parte), observar color de la piel, úlceras, edema, deformidad articular, otros.	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
10. DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN SISTÉMICO.	
Anotar en este apartado él o los diagnósticos de presunción o en su caso, los juicios acerca del estado de salud del paciente.	

11. EXPLORACIÓN BUCAL.

Utilizar todos los métodos de exploración (inspección, palpación, percusión, auscultación, olfacción, armada)	
LABIOS: Color, forma, volumen, humedad, frenillos, textura, consistencia, movilidad, orificio bucal, saliva de glándulas menores.	_____ _____ _____
CARRILLOS: Color, humedad, textura, consistencia, conductos parotídeos, saliva, línea alba bucal.	_____ _____
VESTÍBULOS: Color, humedad, textura, consistencia, frenillos.	_____ _____ _____
LENGUA: Color, forma, volumen, humedad, papilas, consistencia, movilidad, gusto, frenillo, vasos raninos.	_____ _____
PISO DE BOCA: Color, textura, humedad, consistencia, conductos salivales.	_____ _____ _____
PALADAR: Color, textura, humedad, consistencia, movilidad, úvula, pilares anteriores.	_____ _____

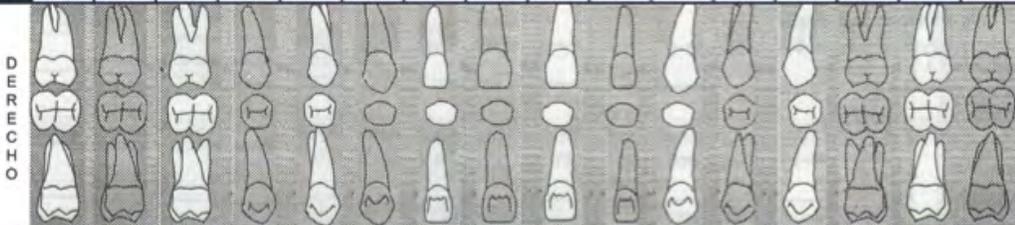
DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN BUCAL	_____ _____
--	----------------

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO	NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESOR	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR



Nombre del paciente (Apellido paterno, materno, nombre)								No. De Carnet							
								Fecha							

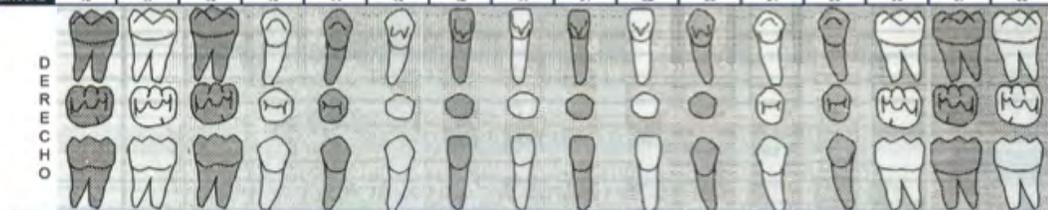
MOV															
SUP															
SS															
NI															
UCE															
PS															
VES															



IZQUIERDO

PALATINO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PS																
UCE																
NI																
SS																
SUP																

SUP																
SS																
NI																
UCE																
PS																



IZQUIERDO

LINGUAL	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
VES																
PS																
UCE																
NI																
SS																
SUP																
MOV																

Diagnóstico periodontal: _____

ETIOLOGÍA

PLACA BACTERIANA ()

FACTORES QUE PREDISPONEN AL ACÚMULO DE PLACA BACTERIANA

- Anomalías de forma y desarrollo dentario ()
- Áreas de contacto defectuosas ()
- Aparatos ortodóncicos ()
- Bandas de ortodoncia ()
- Brackets ()
- Cálculo ()
- Corona sobre implante ()
- Cúspides impelentes ()
- Dientes ausentes ()
- Diastemas ()
- Férulas ()
- Inserción inadecuada del frenillo ()
- Lesiones cariosas en tercio cervical/interproximal ()
- Malposición dentaria ()
- Superficies axiales divergentes ()
- Prótesis y restauraciones mal ajustadas ()
- Respiración bucal ()
- Resto radicular ()
- Traumatismo por cepillado incorrecto ()
- Xerostomía ()

Clasificación de recesiones gingivales (Miller)

Especificar el diente afectado con recesión gingival	Clase I	
	Clase II	
	Clase III	
	Clase IV	

Clasificación del reborde edéntulo (Seibert)

Especificar la zona edéntula afectada	Clase I	
	Clase II	
	Clase III	

Pronóstico

Especificar el diente afectado con pronóstico	Favorable	
	Poco favorable	
	Desfavorable	

Plan de tratamiento

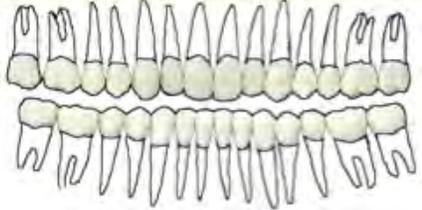
FASE I	FASE II	FASE III (fechas de mantenimiento)	INTERCONSULTAS
			1.
			2.
			3.
			4.
			5.
			6.



Plan de tratamiento quirúrgico para implantes

Nombre de la Clínica		Fecha
Nombre del paciente (apellido paterno, materno, nombre)		No. Carnet
Teléfono particular:	Teléfono celular:	
Nombre del estudiante (apellido paterno, materno, nombre)	Nombre de docentes responsables (apellido paterno, materno, nombre)	
	Quirúrgico:	
	De rehabilitación:	

Condición del paciente

 <p>Señale los dientes ausentes</p>	Resuma el número de implantes	Superior
		Inferior

Tipo de guía quirúrgica:

Implantes seleccionados

Zona/diente	* Opción	Marca	Diámetro/largo	Stock de implantes	Material regenerativo (injerto óseo, membrana, otros)

* Seleccione la opción que corresponda a cada implante: una fase (I); dos fases (II); provisionalización (III); carga (IV)

Tornillos de cicatrización y aditamentos seleccionados

Zona/implante	Diámetro/largo del tornillo	Tipo de aditamento	Marca	Número de catalogo	Stock de tornillos y/o aditamentos	Material regenerativo (injerto óseo, membrana, otros)

Procedimientos quirúrgicos a realizar

Tipo de cirugía	Localización	Cantidad de implantes	Sistema	Material Regenerativo (injerto óseo, membrana, otros)	Tiempo estimado de cicatrización/ oseointegración

Descripción de la técnica a realizar

Tipo de cirugía	Tipo de anestesia	Tipo de incisión	Tipo de colgajo	Técnica de sutura

Tratamientos adicionales						
	Extracciones	Cirugías	Endodónticos	Periodontales	Restauraciones	Rehabilitaciones
Localización						

Medicamentos pre y posoperatorios (en la receta)	Indicaciones posoperatorias (en el tríptico)
--	--

Cronograma del tratamiento												
Año Mes	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul

Especifique en el cronograma la letra del procedimiento ha realizar:

Historia clínica general (A); Examen oral para implantes (B); Fase I (C); Aumento de reborde (D); Cirugía mucogingival (E); Cirugía regenerativa (F); Colocación de implantes (G); Descubrimiento de implantes (H); Mantenimiento (I); Remisión a clínica de Rehabilitación Oral (J).

Firma de los docentes responsables

Quirúrgico

De rehabilitación



Presupuesto tentativo y programa de pagos para implantes

Nombre de la Clínica		Fecha
Nombre del paciente (apellido paterno, materno, nombre)		No. Carnet
Tel. particular	Tel. celular	
Nombre del estudiante (apellido paterno, materno, nombre)	Nombre del docente responsable (apellido paterno, materno, nombre)	

Las cantidades anotadas son una estimación de los costos inherentes al tratamiento. Las variaciones en el presupuesto dependen de la cotización del dólar. Los pagos se efectuarán al tipo de cambio del día cuando el tratamiento se realice.

La Institución no se hace responsable de las modificaciones en el presupuesto.

Asimismo, la firma "de enterado" del paciente no le compromete a nada.

Concepto (Descripción, marca y número de catálogo de los implantes según el plan de tratamiento)	Costo en dólares	Costo en pesos
Derecho a clínica quirúrgico		
Derecho a clínica rehabilitación		
Total		
Firma de enterado del paciente		

SR. _____ FECHA _____
ALUMNO _____ NUM. _____
CLINICA _____



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



SR. _____
ALUMNO _____
CLINICA _____
FECHA _____
NUM. _____



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FECHA _____ ALUMNO _____
PACIENTE _____



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Sr. _____
Fecha: _____

Alumno: _____
No. _____

Clinica: _____



FACULTAD DE ODONTOLOGIA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Av. Universidad 3000, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, D.F., C.P. 04510



Fecha: _____

RECETA

Num. Expediente: _____

PACIENTE: _____ **EDAD:** _____ **PESO:** _____ **Kg**

Rp

Fármaco: _____
NOMBRE (comercial o genérico) FORMA FARMACEUTICA (caps. tabs. susp. amp.) CONCENTRACIÓN (Mg. UI)

Instrucciones: _____
VIA DE ADMÓN. (tomar, aplicar, colocar, disolver) CANTIDAD (1cap, 2tabs, etc.) INTERVALO (cada 6 u 8 hrs.) TIEMPO DE ADMÓN (días, semanas)

Fármaco: _____

Instrucciones: _____

Profesor: _____ **Firma del Profesor:** _____ **Cédula Prof/Esp:** _____

Estudiante: _____ **Teléfono:** _____ **Clínica:** _____ **Grupo:** _____

Expediente



Facultad de Odontología

Universidad Nacional Autónoma de México
RFC UNA2907227Y5
Facultad de Odontología

Ticket: **785,697**
Fecha: 31/10/2013 11:17:15 AM
Paciente:

No. Expediente: **1904**

Productos	Precio	Sub-total
2007 Paquete Odontológico y Bata	\$25.00 x1	\$25.00

Subtotal. \$25.00
Impuesto. \$0.00

Total. \$25.00

Pago Efectivo: \$25.00
Cambio: \$0.00

E

Cajero: FO 3 (M)

Paciente



Facultad de Odontología

Universidad Nacional Autónoma de México
RFC UNA2907227Y5
Facultad de Odontología

Ticket: **785,697**
Fecha: 31/10/2013 11:17:15 AM
Paciente:

No. Expediente:

Productos	Precio	Sub-to
2007 Paquete Odontológico y Bata	\$25.00 x1	\$25

Subtotal. \$25.00
Impuesto. \$0.00

Total. \$25.00

Pago Efectivo: \$25
Cambio: \$0

P

Cajero: FO 3 (M)



Reporte Posquirúrgico		
Nombre del paciente (apellido paterno, materno, nombre)	Carnet	Fecha
Nombre del estudiante (apellido paterno, materno, nombre)	Nombre del docente responsable (apellido paterno, materno, nombre)	

Implantes colocados						
Zona/diente	* Opción	Marca/Modelo	Diámetro/largo	Material regenerativo (injertos óseos, membrana, otros)	Torque de inserción	Tiempo estimado de oseointegración

* Marque la opción que corresponde a cada implante: una fase (I); dos fases (II); provisionalización (III); carga (IV)

Descripción de la técnica realizada				
Tipo de cirugía	Tipo de anestesia	Tipo de incisión	Tipo de colgajo	Técnica de sutura

Tornillos de cicatrización y aditamentos seleccionados

Zona/implante	Diámetro/ largo del tornillo	Tipo de aditamento	Marca	Número de catalogo	Stock de tornillos y/o aditamentos	Material regenerativo (injerto óseo, membrana, otros)

Complicaciones transquirúrgicas

Etiquetas de implantes colocado y materiales de regeneración

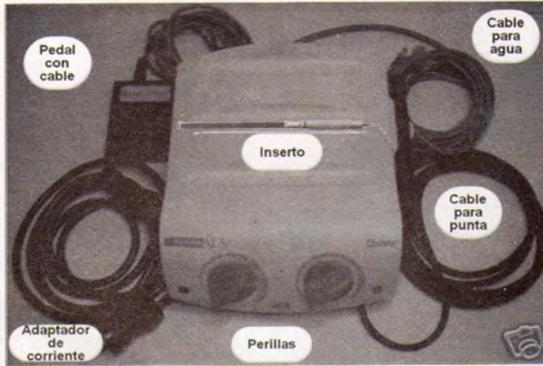
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNAM

PERIODONTOLOGÍA

SIMBOLOGÍA DEL PERIODONTOGRAMA

 SANGRADO	 SUPURACIÓN	 MARGEN GINGIVAL	 AGRANDAMIENTO GINGIVAL	 RECESIÓN GINGIVAL
 DOLOR A LA PERCUSIÓN HORIZONTAL	 INVOLUCRACIÓN DE FURCACIÓN I, II, III	 INSERCIÓN INADECUADA DEL FRENILLO	 CÁLCULO	 MOVILIDAD GRADO I, II, III
	 TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	 DOLOR A LA PERCUSIÓN VERTICAL	 PATOLOGÍA PERICAPICAL	
 EXTRACCIÓN INDICADA	 SUPERFICIES AXIALES DIVERGENTES	 ÁREA DE CONTACTO DEFECTUOSO	 CÚSPIDES IMPELENTES	 DIASTEMA
 AUSENCIA	 RESTO RADICULAR	 FRACTURA DE CORONA	 FRACTURA RADICULAR	
 CARIES	 OBTURACIÓN	 CORONA TOTAL	 FÍSTULA	
 PRÓTESIS Fija DIENTES PILARES	 PRÓTESIS REMOVIBLE DIENTES PILARES	 IMPLANTE	 CORONA SOBRE IMPLANTE	 BRUXISMO
 BRACKETS	 BANDAS DE ORTOODONCIA	 FÉRULA	 INTRUSIÓN	 EXTRUSIÓN
		 GIROVERSION	 MESIALIZADO DISTALIZADO	

Señale el margen gingival y la inserción inadecuada del frenillo en color **ROJO** y la simbología en color **AZUL**.



SOLICITUD DE CAVITRÓN

Alumno: _____ Grupo: _____

No Cta: _____ Turno: _____

Vo. Bo. Profesor: _____ Clínica: _____

No. Inventario: _____ No. Serie: _____

Fecha: _____ Firma: _____

NOTA: El cavitrón deberá verificarse en todos los puntos señalados frente al alumno, sin excepción, al recibirlo y entregarlo.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SOLICITUD DE EXAMEN DE LABORATORIO

FECHA ____ / ____ / ____ / EXPEDIENTE NÚM. _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD: _____ años SEXO: _____ FOLIO **Nº 24323**

FAVOR DE PRACTICAR LOS SIGUIENTES ESTUDIOS:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> BIOMETRÍA HEMÁTICA | <input type="checkbox"/> PROTEÍNAS TOTALES Y RELACIÓN A/G |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE PLAQUETAS | <input type="checkbox"/> BILIRRUBINAS |
| <input type="checkbox"/> GRUPO SANGUÍNEO Y Rh | <input type="checkbox"/> AMINOTRANSFERASAS |
| <input type="checkbox"/> PRUEBA DE TORNIQUETE | <input type="checkbox"/> FOSFATASA ALCALINA |
| <input type="checkbox"/> TIEMPO DE SANGRADO | <input type="checkbox"/> SEDIMENTACIÓN GLOBULAR |
| <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PROTROMBINA | <input type="checkbox"/> ANTIESTREPTOLISINAS |
| <input type="checkbox"/> TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL | <input type="checkbox"/> PROTEÍNA C REACTIVA |
| <input type="checkbox"/> ÍNDICE INR | <input type="checkbox"/> FACTOR REUMATOIDE (LATEX) |
| <input type="checkbox"/> QUÍMICA SANGUÍNEA (Glucosa, urea, creatinina, ac. úrico, colesterol total) | <input type="checkbox"/> ELISA VIH |
| <input type="checkbox"/> GLUCOSA DE AYUNO | <input type="checkbox"/> VDRL |
| <input type="checkbox"/> CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA | <input type="checkbox"/> EMBARAZO (PRUEBA INMUNOLÓGICA) |
| <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA GLUCOSILADA | <input type="checkbox"/> GENERAL DE ORINA |

OTROS: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL: _____

NOMBRE DEL PROFESOR: _____

CLÍNICA: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SOLICITUD DE EXAMEN DE LABORATORIO

FECHA ____ / ____ / ____ / EXPEDIENTE NÚM. _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD: _____ años SEXO: _____ FOLIO **Nº 24323**

FAVOR DE PRACTICAR LOS SIGUIENTES ESTUDIOS:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> BIOMETRÍA HEMÁTICA | <input type="checkbox"/> PROTEÍNAS TOTALES Y RELACIÓN A/G |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE PLAQUETAS | <input type="checkbox"/> BILIRRUBINAS |
| <input type="checkbox"/> GRUPO SANGUÍNEO Y Rh | <input type="checkbox"/> AMINOTRANSFERASAS |
| <input type="checkbox"/> PRUEBA DE TORNIQUETE | <input type="checkbox"/> FOSFATASA ALCALINA |
| <input type="checkbox"/> TIEMPO DE SANGRADO | <input type="checkbox"/> SEDIMENTACIÓN GLOBULAR |
| <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PROTROMBINA | <input type="checkbox"/> ANTIESTREPTOLISINAS |
| <input type="checkbox"/> TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL | <input type="checkbox"/> PROTEÍNA C REACTIVA |
| <input type="checkbox"/> ÍNDICE INR | <input type="checkbox"/> FACTOR REUMATOIDE (LATEX) |
| <input type="checkbox"/> QUÍMICA SANGUÍNEA (Glucosa, urea, creatinina, ac. úrico, colesterol total) | <input type="checkbox"/> ELISA VIH |
| <input type="checkbox"/> GLUCOSA DE AYUNO | <input type="checkbox"/> VDRL |
| <input type="checkbox"/> CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA | <input type="checkbox"/> EMBARAZO (PRUEBA INMUNOLÓGICA) |
| <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA GLUCOSILADA | <input type="checkbox"/> GENERAL DE ORINA |

OTROS: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL: _____

NOMBRE DEL PROFESOR: _____

CLÍNICA: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

FECHA ____ / ____ / ____ / EXPEDIENTE NÚM. _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ años SEXO: _____ FOLIO **Nº 20334**

Nombre y clave del profesor que envía:

Institución o Profesional receptor:

MOTIVO DEL ENVÍO:

RESUMEN CLÍNICO:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

TERAPÉUTICA EMPLEADA, SI LA HUBO:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

FECHA ____ / ____ / ____ / EXPEDIENTE NÚM. _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ años SEXO: _____ FOLIO **Nº 20334**

Nombre y clave del profesor que envía:

Institución o Profesional receptor:

MOTIVO DEL ENVÍO:

RESUMEN CLÍNICO:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

TERAPÉUTICA EMPLEADA, SI LA HUBO:

Introducción

La presencia de placa dentobacteriana en la superficie dentaria adyacente a los tejidos gingivales, ocasiona caries y enfermedad periodontal.

Para hacer más evidente la presencia de esta placa se tiñe con un colorante, que al disolverse en la boca indica los sitios con mayor cantidad de depósitos bacterianos acumulados sobre las superficies dentales, lengua y encía. (Fig 1)



Fig 1 Placa dentobacteriana teñida

La higiene oral diaria llevada a cabo por el propio paciente es la base en la prevención de estas enfermedades.

El cepillo dental es un medio auxiliar para la remoción de la placa dentobacteriana de todas las superficies dentales y la lengua.

Existen diferentes cepillos y técnicas de cepillado para eliminar la placa dentobacteriana, que difieren tanto en la forma de colocar el cepillo como en la dirección del movimiento.

La más común es la de colocar el cepillo sobre la encía y diente con una angulación de 45° aplicando una presión moderada, desplazándolo en los dientes superiores de arriba hacia abajo y en los inferiores de abajo hacia arriba varias veces, debe efectuarse tanto en la cara externa como en la interna de todos los dientes.

La superficie masticatoria en los dientes posteriores se cepilla en forma circular.

También la lengua se cepilla cuidadosamente con un barrido hacia afuera. (Fig. 2)



Fig. 2 Técnica de cepillado

Higiene Interdental

Para eliminar la placa dentobacteriana entre los dientes se requiere de aditamentos como el hilo dental, portahilo y cepillos interdentales. Enrolle el hilo dental en los dedos medios y colóquelo cuidadosamente entre los dientes, pasando el punto de contacto desplace el hilo sobre el diente ejerciendo movimientos de adelante hacia atrás, de atrás hacia adelante y de arriba hacia abajo.

Repetir la operación en todos los dientes usando una nueva sección de hilo en cada ocasión. (Fig. 3)



Fig. 3 Uso de hilo dental

En los casos donde se encuentre un espacio amplio entre los dientes o en superficies dentarias con forma cóncava o en los defectos de furcación se recomienda la utilización de un cepillo interdental. (Fig. 4)



Fig. 4 Cepillado interdental

El enjuague bucal se utiliza únicamente cuando no se puede llevar a cabo la higiene oral con cepillo e hilo por diversas razones, (incapacidad, cirugía, extracción o traumatismo). Suspendalo cuando se le indique.

El efecto de la higiene oral influirá en la eliminación o disminución de los signos de la inflamación gingival.

Recomendaciones

Con frecuencia observe su encía en el espejo, para detectar cambios en el color o la textura.

Si existe sangrado de la encía acuda al odontólogo ya que una encía sana no debe sangrar.

Su odontólogo le indicará la pasta dentífrica, el cepillo, la técnica de cepillado y el aditamento interdental adecuados para su caso particular.

Sustituya el cepillo dental cuando sus cerdas cambien de inclinación, ya que desgastadas eliminan menos placa dentobacteriana.

Visita a tu odontólogo regularmente o cuando se le indique.

Observaciones

Sugerencias

Cepillo dental	
Cepillo eléctrico	
Hilo dental	
Cepillo Interdental	
Portahilo	
Enhebrador para hilo dental	



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERIODONTOLOGÍA

CUIDADOS DE HIGIENE ORAL



ENJUAGUES BUCALES

Debe utilizar el enjuague bucal en caso de ser indicado por el odontólogo/especialista.

RECOMENDACIONES

Con frecuencia observe su encía en el espejo, para detectar cambios de color o textura.

Si existe sangrado de la encía acuda al odontólogo/especialista ya que una encía sana no debe sangrar.

Sustituya el cepillo dental cuando sus cerdas cambien de inclinación, ya que desgastadas eliminan menos placa bacteriana.

Acuda a sus citas de mantenimiento, son muy importantes. El odontólogo/especialista revisará el autocuidado de higiene oral y la evolución del tratamiento.

SUGERENCIAS

Su odontólogo/especialista le indicará la combinación adecuada de aditamentos y/o enjuague bucal:

Cepillo dental

Super floss

Unipenacho

Cepillo interproximal

Enjuague bucal



Facultad de Odontología

INDICACIONES
DE HIGIENE ORAL

IMPLANTES DENTALES

INTRODUCCIÓN

La acumulación de placa bacteriana alrededor de los implantes puede ocasionar inflamación de los tejidos blandos circundantes (mucositis).

La higiene oral diaria es la base para la prevención de esta condición, así como para el cuidado de los dientes naturales presentes.

Hay diversos tipos de rehabilitaciones soportadas por implantes o aditamentos expuestos que necesitan diferentes cuidados en el hogar.

Existen distintos productos para facilitar su limpieza y técnicas especiales para su uso. Su odontólogo/especialista le ayudará a elegirlos según sus necesidades, dándole recomendaciones personalizadas.

Es indispensable contar con su cooperación y su esfuerzo para mantener su boca limpia y libre de placa bacteriana.

Cuide su rehabilitación soportada por implantes dentales, así como los dientes naturales.

TÉCNICA DE CEPILLADO

El cepillo dental es un accesorio auxiliar para la remoción de placa bacteriana que se deposita sobre sus aditamentos y/o restauraciones soportadas con implantes.

Existen diferentes cepillos y técnicas de cepillado para eliminar la placa bacteriana, que difieren tanto en la forma de colocar el cepillo como en la dirección del movimiento.

La técnica más común es la de colocar el cepillo sobre la encía, diente y/o restauraciones con una angulación de 45° aplicando una presión moderada, desplazándolo en superiores de arriba hacia abajo y en los inferiores de abajo hacia arriba. La técnica debe realizarse tanto en la cara externa como en la interna de todas las superficies de los dientes.

La superficie masticatoria en el segmento posterior se cepilla en forma circular.

La lengua se cepilla cuidadosamente con un barrido hacia afuera.

ADITAMENTOS

Para eliminar la placa bacteriana entre o por debajo de las restauraciones soportadas por implantes o aditamentos expuestos se requiere utilizar hilo dental super floss, cepillos interproximales y cepillo unipenacho.

El hilo dental super floss debe pasar por debajo de las restauraciones con implantes y con el área de esponja rodear el implante 360° realizando un movimiento de desplazamiento de adelante-atrás.

En caso de tener aditamentos expuestos debe pasar un cepillo unipenacho sobre los mismos; si tiene una barra debe pasar un cepillo interproximal por debajo de la misma; y si utiliza sobredentadura debe cepillarla con jabón líquido y cepillo para dentaduras.



7. INDICACIONES PARA SANGRADO/ HEMORRAGIA

Un poco de sangrado es normal durante las primeras horas. La sangre hará que la saliva adquiera un color rojo claro, no se asuste. **No realice enjuague bucal vigoroso** durante los primeros días.

Si el sangrado es excesivo (hemorragia):

- Aplique una **gasa húmeda presionando** sobre la zona sangrante por cinco minutos, **evitando escupir**. Repita el procedimiento si es necesario.
- Si el sangrado continúa**, llame inmediatamente a su odontólogo/especialista para que éste realice los procedimientos adecuados.
- Trate de **dormir lo menos horizontal** que pueda, colocando dos almohadas o cojines bajo su cabeza.

8. RECOMENDACIONES

Comuníquese con su odontólogo/especialista si tiene dudas.

Acuda a su cita para el retiro del apósito/sutura, y a sus citas subsiguientes para la revisión de la cicatrización de la herida.

Asista a sus citas indicadas ya que el retraso entre los procedimientos puede afectar el resultado de la rehabilitación oral.

OBSERVACIONES



Facultad de Odontología
Periodontología

INDICACIONES
POSOPERATORIAS

CIRUGÍA PERIODONTAL

INTRODUCCIÓN

La cirugía periodontal se realiza para controlar o eliminar la enfermedad periodontal, o bien corregir situaciones anatómicas que puedan favorecer la enfermedad o impedir la rehabilitación.

La cirugía plástica periodontal está dirigida a corregir deformidades y/o condiciones del desarrollo o traumáticas de la encía, mucosa alveolar o del hueso subyacente mejorando la estética y la higiene oral del paciente.

Después de la cirugía es importante que siga las indicaciones para que el tratamiento sea exitoso.

1. DOLOR / INFLAMACIÓN

Se pueden esperar ciertas molestias como dolor o inflamación. En la mayoría de los casos, estos inconvenientes **pueden controlarse** si se toman los medicamentos (**analgésico/antiinflamatorio**) que su odontólogo/especialista le ha indicado en la receta, los cuales desaparecen en la primera semana. **Si el dolor y/o inflamación continúan**, llame inmediatamente a su odontólogo/especialista. Después de la cirugía, durante las primeras horas, puede aplicarse frío local en la zona externa de la cara para disminuir la inflamación posoperatoria. Si le recetaron antibiótico, siga estrictamente las indicaciones.

Se aconseja reposo relativo los primeros días y evitar esfuerzos físicos en las siguientes semanas.

2. SI SE LE HA COLOCADO APÓSITO QUIRÚRGICO

El apósito quirúrgico fue colocado en el sitio operado para **proteger** y evitar que el alimento lastime la zona. No mueva el apósito con la lengua, no frote la cara en la región tratada y si se recuesta evite presionarlo.

3. CAÍDA DEL APÓSITO, APERTURA DE LA HERIDA Y EXPOSICIÓN DEL MATERIAL

En ocasiones **pequeñas porciones** del apósito se desprenden días después de la cirugía. Si el área expuesta es pequeña y no siente ninguna molestia, podrá esperarse hasta la siguiente cita.

Sin embargo, si se ha caído una **porción grande** o si siente flojo el apósito, llame a su odontólogo/especialista. De no localizarlo limpie cuidadosamente la superficie operada con un hisopo con agua tibia o con el enjuague bucal indicado.

Si se suelta la sutura o se expone el material regenerativo **llame a su odontólogo/especialista o acuda a la clínica**.

4. DIETA

No coma ningún tipo de alimento hasta que haya recuperado la sensibilidad de la zona anestesiada. Durante los primeros días, debe elegir alimentos que no necesiten mucha masticación y fáciles de deglutir. Mastique del lado que no fue intervenido ya que si lo hace sobre la herida o el apósito es muy probable que se lastime.

5. CEPILLADO

Cepille sus dientes y utilice el hilo dental como le enseñaron evitando la zona operada. No realice enjuagues bucales vigorosos. Aplique el gel o el enjuague bucal indicado en el área operada dos veces al día, en la mañana y en la noche, sin diluir.

6. TABAQUISMO

Si usted es fumador evite fumar una semana antes de la cirugía y los dos primeros meses después de la cirugía.

La nicotina ocasiona vasoconstricción generalizada comprometiendo la nutrición y las defensas tisulares, retrasando significativamente el proceso de cicatrización y aumentando el riesgo de complicaciones y fracasos.

Se le exhorta a dejar de fumar

MATERIAL PARA DESBRIDAMIENTO POR COLGAJO Ó PROCEDIMIENTOS DE REGENERACIÓN (RTG Ó ROG) Ó CIRUGÍA ENDOPERIODONTAL Ó CIRUGÍA PREPROTÉSICA

1. Recibo del pago correspondiente¹
2. Material de uso rutinario
3. Material de uso quirúrgico
4. Legra Hopkins (P1) y/o Prichard (PPR356)
5. Raspadores y curetas (según el caso)
6. Pieza de baja velocidad y fresos estériles (de bola no. 4,6,8; de fisura no. 700 L y 703 L y de filamo no. 689)
7. Lima Miller (BF3X)
8. Lima Sugarman (FS3/4S)
9. Godete estéril o caja de petri (según el caso)
10. Cureta de Lucas no. 11 (CM11)
11. Sutura de ácido poliláctico ó poliglicólico ó seda 4-0 ó 5-0 (según el caso)
12. CIRUGÍA PREPROTÉSICA: guías quirúrgicas
13. RTG Ó ROG: injerto óseo (aloinjerto, xenoinjerto ó aloplástico); membrana ó tapón de colágeno ó cinta de colágeno (según el caso)
14. CIRUGÍA ENDOPERIODONTAL: Mineral Trióxido Agregado (MTA)

BIOPSIA

1. Recibo de pago correspondiente¹ y de estudio histopatológico¹
2. Material de uso rutinario
3. Material de uso quirúrgico
4. Solicitud de examen histopatológico***
5. Frasco estéril, según tamaño de la muestra, con formal al 10% ***

NOTA

§ Se paga en caja.

*** Se surte en la Farmacia.

- Todo el material deberá estar envuelto y esterilizado en autoclave, para abrirse al momento de utilizarse.

BIBLIOGRAFÍA

Carranza Fermin A. Carranza Periodontología Clínica. 10ª. ed. Mc Graw Hill, Interamericana. México. 2010.

Lindhe Jan. Periodontologia Clínica e Implantologia Odontológica. 5a. ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.

www.hufriedycatalog.com



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERIODONTOLOGÍA

INSTRUMENTAL PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

MATERIAL DE USO RUTINARIO

1. Barreras de protección para la unidad (rollo plástico autoadherible)
2. Campo desechable para el bracket
3. Paquete odontológico y bata§ (campo para el paciente, charola, guantes, cubreboca, eyector, bolsa roja de desechos, vaso; bata quirúrgica y gorro con resorte,)
4. Adaptador de eyector
5. Punta de jeringa triple (estéril)
6. Lentes de protección para el alumno y para el paciente
7. Guantes dobles ó guantes de polietileno
8. 1x4 (espejo bucal; sonda periodontal University of North Carolina 1-15 (PCPUNC-15) ó Williams 1-10 (PQW) ó Nabers (PQ2N); explorador y pinzas de curación)
9. Snap ó XCP y radiografías dentoalveolares
10. Espejo facial, tipodonto, cepillo e hilo dental y rotafolio (explicación al paciente)
11. Pastilla reveladora*** ó solución reveladora de placa (Red-Cote GUM)
12. Gasos***
13. Calculadora
14. Pieza de baja velocidad y contrángulo
15. Godete de vidrio, pasta profiláctica*** y copa de hule y/o cepillo para profilaxis
16. Cámara fotográfica
17. Separador de carillos de plástico
18. Espejos para fotografías
19. Piedra para afilar de Arkansas (SS&A)
20. Bicolor (azul-simbología; rojo-margen gingival)
21. Plumón rojo (Control Personal de Placa)
22. Pluma azul ó negra (Sondeo)
23. Tabla porta documentos
24. Expediente del paciente*** (Hoja de evolución, Historia Clínica, Periodontograma, Hoja de Control Personal de Placa, Recibos de Pago§, Extremes de Laboratorio, Radiografías)

MATERIAL DE USO QUIRÚRGICO

1. Manguera de látex (1m) con adaptador
2. Cánula de alto vacío
3. Gasos estériles***
4. Riñonera, solución salina*** y jeringa hipodérmica de 20 ml
5. Jeringa para anestesia, cartucho*** y aguja*** (largo ó corta según el caso)
6. Campos quirúrgicos estériles (hendido - paciente y no hendido - mesa de mayo y bracket)
7. Guantes quirúrgicos estériles
8. 2 mangos de bisturi Bard Parker no. 3, hojas de bisturi no. 11,12 y/o 15***
9. Tijeras para encía Goldman Fox 16 (S16)
10. Portagujas, tijeras para sutura, sutura*** 3-0 ó 4-0 (seda ó ácido poliláctico según el caso)
11. Pinzas Adson con y sin dientes
12. Pinzas Corn (SP20)
13. Separador Minnesota (CRM)
14. Espátula para cemento
15. Loseta de cristal
16. Apósito quirúrgico Coe Pack***
17. Hemostático (según el caso)

MATERIAL PARA ELIMINACIÓN DE CÁLCULO

1. Material de uso rutinario
2. Raspadores:
 - CK6 #4 (SCK6#4)
 - Jaquete 30/33 y 34/35 (SJ30/339 y SJ34/359)
 - Goldman Fox no. 21 (SGF21)
 - Jaquete Towner U 15/30 (SUI5/309)
3. Curetas:
 - Gracey 5G 3/4 y 5G 5/6 (SG3/49 y SG5/69) para anteriores y SGR 11/12R y SGR 13/14R (SGR11/12R9 y SGR13/14R9) para posteriores
 - McColl 13/14 5 (SM13/1459) para posteriores y 17/18 (SM17/189) para posteriores

MATERIAL PARA RASPADO Y ALISADO RADICULAR

1. Recibo del pago correspondiente
2. Material de uso rutinario
3. Riñonera, solución salina*** y jeringa hipodérmica de 5 ml***
4. Jeringa para anestesia, cartucho*** y aguja*** (largo ó corta según el caso)
5. Campos quirúrgicos estériles (hendido - paciente y no hendido - mesa de mayo y bracket)
6. Raspadores y curetas (según el caso).

MATERIAL PARA GINGIVECTOMÍA Ó CIRUGÍA PLÁSTICA PERIODONTAL

1. Recibo del pago correspondiente
2. Material de uso rutinario
3. Material de uso quirúrgico
4. Raspadores y curetas (según el caso)
5. Bisturi de Kirkland (KX15/16) y/o Goldman Fox 11 (KGF11)

Si el sangrado es excesivo (hemorragia):

- a) Aplique una gasa húmeda presionando sobre la zona sangrante por diez minutos, evitando escupir; repita el procedimiento si es necesario.
- b) Recuéstese lo menos horizontal que pueda, colocando dos almohadas o cojines bajo su cabeza.
- c) Si el sangrado continúa, llame inmediatamente a su odontólogo/especialista para que éste realice los procedimientos adecuados.

OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES

Acuda a su cita para retirar la sutura, y a sus citas subsecuentes para la revisión de la cicatrización de la herida y el control de la osteointegración del implante dental.

Esta cirugía es la primera etapa del tratamiento y con frecuencia es necesario realizar otra para descubrir el implante al medio oral.

El odontólogo/especialista le indicará cuando es el momento oportuno para continuar con la siguiente fase de rehabilitación protésica con el implante ya osteointegrado.

Una vez rehabilitado, requiere de un seguimiento periódico para el mantenimiento del implante, los tejidos perimplantares y la prótesis, evitando complicaciones o enfermedades como la mucositis (inflamación en la mucosa alrededor de los implantes) y perimplantitis (pérdida de hueso de soporte).



Facultad de Odontología

Periodontología

INDICACIONES POSOPERATORIAS
IMPLANTES

INTRODUCCIÓN

El implante dental está diseñado para reemplazar al diente o dientes faltantes.

Tienen el mismo aspecto y función de un diente natural propio, restituyendo la salud y la estética. Sobre el implante osteointegrado en el hueso de los maxilares se coloca una corona terminando la rehabilitación.

El tamaño del implante puede variar en diámetro y longitud eligiendo el apropiado para su caso. Son fabricados de titanio, ya que es el material que ofrece la mejor adherencia biológica al hueso (osteointegración) Fig.1.



Fig. 1 Implante rehabilitado.

Después de la colocación quirúrgica del implante es importante que siga las indicaciones para que el tratamiento sea exitoso.

1. DOLOR / INFLAMACIÓN

Se pueden esperar ciertas molestias como dolor y/o inflamación. Se controlan con la administración del analgésico y antiinflamatorio que su odontólogo/especialista le ha indicado en la receta, los cuales desaparecen entre dos o tres días.

Si el dolor y/o inflamación continúan, llame inmediatamente a su odontólogo/especialista.

Después de la cirugía, durante las primeras horas, puede aplicarse frío local en la zona externa de la cara para disminuir la inflamación posoperatoria.

Siga estrictamente las indicaciones del antibiótico recetado.

Se aconseja reposo relativo 24 a 48 horas después de la cirugía, reanude sus actividades gradualmente.

2. DIETA

No coma ningún tipo de alimento hasta que haya recuperado la sensibilidad de la zona anestesiada.

Durante los primeros días, debe elegir alimentos que no necesiten mucha masticación y fáciles de deglutir.

Mástique del lado que no fue intervenido ya que si lo hace sobre la herida es muy probable que se lastime.

3. CEPILLADO

Cepille sus dientes y utilice el hilo dental como le enseñaron, evitando la zona operada.

Con un hisopo limpie suavemente el área de la herida con agua tibia o con el enjuague bucal indicado.

4. TABAQUISMO

Si usted es paciente fumador evite fumar una semana antes de la cirugía y los dos primeros meses después de la colocación del implante dental.

La nicotina ocasiona vasoconstricción generalizada comprometiendo la nutrición y las defensas tisulares, retrasando significativamente el proceso de cicatrización y aumentando el riesgo de complicaciones y fracasos.

Se le exhorta a dejar de fumar

5. INDICACIONES PARA SANGRADO/ HEMORRAGIA

Un poco de sangrado es normal durante las primeras horas.

La sangre hará que la saliva adquiera un color rojo claro, no se asuste; enjuague su boca ligeramente y durante los primeros días no lo realice vigorosamente.

Para identificar la involucración de la furcación se emplea una sonda curva (Nabers), la cual después de introducirla subgingivalmente, se rota para identificar la pérdida ósea horizontal entre las raíces. (Figura 6)



Fig. 6

El sondeo se efectúa en diferentes momentos, los datos obtenidos brindan una valiosa información con fines diagnósticos durante la toma de decisiones; la evolución del tratamiento y durante la fase de mantenimiento periodontal.

FACTORES QUE PUEDEN ALTERAR LOS RESULTADOS DEL SONDEO PERIODONTAL

- Fuerza excesiva al sondeo.
- Estado inflamatorio de los tejidos gingivales.
- Grosor de la sonda.
- Posición y angulación durante la penetración de la sonda.
- Presencia de cálculo. (Figura 7).



Fig. 7

RECOMENDACIONES

Utilice un solo tipo de sonda para lograr una estandarización.

Cuando el margen de una restauración esté por debajo de la unión cemento-esmalte, la medición será estimada utilizando como referencia la continuidad de la unión cemento-esmalte y la anatomía del diente.

Las mediciones obtenidas en los periodontogramas durante el tratamiento, permitirán realizar comparaciones a diferentes tiempos, determinando su remisión ó avance.

BIBLIOGRAFÍA

Carranza Fermín A. Carranza Periodontología Clínica. 10ª. ed. Mc Graw Hill, Interamericana. México. 2010; 541-560; 749-797; 1087-1104.

Lindhe Jan. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5a. ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 2009; 573-586.

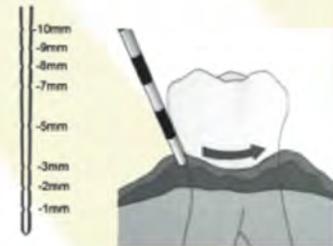
Wilkins Esther. Clinical Practice of the Dental Hygienist. 11a. ed. Wolters Kluwer/Lippincot Williams & Wilkins. Philadelphia. 2013; 223-243



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PERIODONTOLOGÍA

SONDEO PERIODONTAL



La sonda periodontal es un instrumento de diagnóstico, con graduación milimetrada, cuyo diámetro en la punta debe ser de 0.5 mm



Fig. 1 Diferentes tipos de sonda.

La profundidad al sondeo es la distancia del margen gingival a la punta de la sonda.

La profundidad al sondeo y el nivel de inserción periodontal son un requisito básico para la elaboración del diagnóstico periodontal, para cualquier tipo de planeación de tratamiento periodontal.

La extensión de la periodontitis crónica se divide en localizada (< 30% de los sitios afectados) o generalizada (> 30% de los sitios afectados).

La severidad del daño de la periodontitis crónica se evalúa a través de la pérdida del nivel de inserción clínica (PNIC) al sondeo, categorizándose en leve (1-2 mm), moderada (3-4 mm) y severa (≥5 mm).

TÉCNICA DE MEDICIÓN

Coloque la sonda paralela al eje longitudinal del diente dentro del surco gingival. (Figura 2 A Y B).



Fig. 2A.



Fig. 2B

Desplace la sonda por toda la superficie de cada diente en sentido circular para explorar las zonas de máxima penetración. (Figura 3).



Fig. 3

Si se obtienen fracciones, anote el milímetro inmediato inferior.

Ejercer una ligera presión de "25 gr. de fuerza".

Registre 6 sitios en el periodontograma por diente, tres por vestibular y tres por lingual/palatino: mesial medio y distal. (Figura 4).

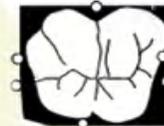


Fig. 4

Si existe un diente adyacente con un área de contacto adecuada, la sonda deberá inclinarse ligeramente a modo de librar el área, alcanzando la porción media en la cara proximal, manteniendo la sonda en estrecha proximidad al punto de contacto entre los dientes. (Figura 5 A y B).



Fig. 5A



Fig. 5B

En ausencia de un diente adyacente o un diente con mala posición, se registrará el sitio colocando la sonda en la parte media de la cara proximal, con la sonda paralela al eje longitudinal del diente.

VALE PARA CARTUCHOS



CLINICA _____

VALE POR _____

NOMBRE _____

No. CTA. _____

FECHA _____

FIRMA _____

ENTREGO _____

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



SECRETARÍA ADMINISTRATIVA
CENTRO DE ESTERILIZACIÓN

TURNO: VESPERTINO

FECHA: _____

Recibi de: _____

Paquetes de Instrumental para su esterilización, mismos que serán devueltos presentando Vale, Credencial o Gafete actualizado de la Facultad.

Nota Importante: NO coloque la pieza de mano en los paquetes.

ENTREGÓ

RECIBIÓ



Dr. José Narro Robles

Rector

Dr. Eduardo Bárzana García

Secretario General

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez

Secretario Administrativo

Dr. Francisco José Trigo Tavera

Secretario de Desarrollo Institucional

Lic. Enrique Balp Díaz

Secretario de Servicios a la Comunidad

Lic. Luis Raúl González Pérez

Abogado General



Mtro. José Arturo Fernández Pedrero

Director de la Facultad

C.D. Arturo Saracho Alarcón

Secretario General

Mtra. María Cristina Sifuentes Valenzuela

Secretaria Académica

Esp. Gustavo Argüello Regalado

Coordinador de Planeación