

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: CARIES DENTINA	CÓDIGO: QX-SOCM-GM-03
 	DEPENDENCIA: UNIDAD CLINICO QUIRURGICA		FECHA DE EMISIÓN: 18-03-2014
	PROCESO: QUIRURGICO		VERSIÓN: 03
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 29

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Optimizar una mejor atención de manera humanizada ,a todos los usuarios , mediante, la implementación de parámetros guiados a la prevención y tratamiento oportuno de la patología de la caries dental .Realizar una detección temprana de la enfermedad a partir de un diagnóstico oportuno ,implementando estrategias efectivas para la prevención y manejo de la caries, de esta manera poder unificar criterios que suministren el logro de los objetivos y buscado mejoras en los tratamientos de la salud oral . Minimizar factores de riesgos en los tratamientos. De tal manera que se pueda reducir el impacto de las enfermedades orales (caries dental) haciendo énfasis en la promoción de la salud oral y en la reducción de las enfermedades orales, en poblaciones con mayor cargas de esta enfermedad, estimulando la implementación de medidas educativas y preventivas.

2. METODOLOGIA

La elaboración de las guías para el manejo de la caries dental se realizó mediante el método de recolección de información suministrada por diferentes fuentes como: Artículos científicos, Guías de manejo para la caries dental Secretaria Distrital de Salud.

3. ALCANCE

Desde la identificación de factores de riesgo, incluyendo el diagnóstico de la caries dental determinado clasificación de la misma, hasta la conducta a seguir. Dependiendo del tipo de tratamiento con los controles periódicos pertinentes.

4. POBLACION OBJETO

Empleados, pensionados y sus beneficiarios del Hospital Militar Central, personal militar orgánico, pacientes hospitalizados y con enfermedad catastrófica del Hospital Militar Central, afiliados y beneficiarios a Dirección Sanidad Militar, Soat y particulares.

5. RECOMENDACIONES

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA CARIES DENTAL

Código CIE 10:

Caries limitada al esmalte: K020

Caries de la dentina: K021

Caries de cemento: K022

Caries detenida: K023

Otras caries dentales: K028

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	2 de 29		

5. RECOMENDACIONES

1. Definición de Caries Dental:

La caries dental es una enfermedad prevenible que consiste en la desmineralización del esmalte dentario debido a la interacción de múltiples agentes etiológicos que interactúan durante un tiempo sobre la placa bacteriana del diente producida por ciertos microorganismos en presencia de carbohidratos. **1.** La formación de placa bacteriana no se puede prevenir completamente, ni siquiera con Patología en los tejidos dentales duros, que abarca progresivamente desde la pérdida inicial de minerales a nivel iónico pasando por las primeras manifestaciones clínicas y finalmente hasta la pérdida de tejido dental.

La formación de placa bacteriana no se puede prevenir completamente, ni siquiera con el cepillado dental. Estos depósitos son metabólicamente activos, por esto la formación de placa bacteriana es un fenómeno fisiológicamente activo en cualquier medio oral.

El proceso de la caries es conducido por la actividad de la placa y por lo tanto la modificación de ésta, modifica directamente el proceso, que puede ser activo, de progreso rápido, lento o detenido.**1.**

La caries dental es un proceso o enfermedad dinámica, localizada y crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros1.****

2. Etiopatogenia de la caries

La lesión se inicia cuando se establece un desequilibrio entre la estructura dental y la placa cariogénica circundante, después de la primera semana las reacciones del esmalte a la placa bacteriana no son visibles clínicamente, bajo microscopia electrónica se observa aumento del tamaño de los espacios intercrystalinos y pérdida del mineral superficial. Con luz polarizada se observa porosidad subsuperficial. Después de 14 días se observan cambios macroscópicos: disolución externa con aumento subsuperficial de la porosidad. La lesión de esmalte es clínicamente visible al secar con aire. Después de 3 o 4 semanas se observa lesión de mancha blanca activa con mayor disolución irregular de periquimatis (aparición de tiza blanca). Si se interrumpe este desequilibrio se puede obtener regresión clínica después de una semana.

Una lesión activa de caries puede detenerse en cualquier estado de progresión al interrumpir el desequilibrio, con la remoción y control de placa bacteriana. La formación de micro cavidad acelera la desmineralización y destrucción con la progresión de la destrucción del esmalte se forma una cavidad que refleja la disposición prismática, el agrandamiento gradual de la cavidad resulta en la invasión tubular.
1.

3. Factores de riesgo para caries dental

Se define factor de riesgo "la probabilidad de que ocurra un evento en un periodo de tiempo específico". Factor de Riesgo "es cualquier condición que influye sobre la aparición de un evento específico". Riesgo de un individuo es "la exposición a factores conocidos de riesgo de un individuo". Una cuestión importante en la prevención de la caries dental es el preguntarse el "porqué" de la situación, este enfoque nos permite buscar las posibilidades para el mejoramiento de la situación. La presencia y desarrollo de la enfermedad depende tanto de factores biológicos, interacción de factores sociales (cultura,

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	3 de 29		

5. RECOMENDACIONES

economía, comportamiento, psicológico y familiar). Los factores sociales no son considerados determinantes sino influyentes y varían de una población a otra, a diferencia de los factores biológicos que se encuentran presentes en todas las poblaciones. Pero otro enfoque con el que se pueden caracterizar para su estudio son los factores de riesgo tanto factores generales como locales.

El carácter multifactorial de las enfermedades dentales está totalmente aceptado por la comunidad científica internacional. Cualquier modelo predictivo de una enfermedad tendría que ser lo más sensible y específico para identificar de manera sencilla, eficaz y clara a los individuos que están en riesgo de enfermar, con el objeto de dirigir las medidas preventivas correspondientes en el sentido adecuado".⁴.

4. Acumulo de placa bacteriana como factor de riesgo

La remoción de placa bacteriana es importante para minimizar uno de los factores etiológicos de la caries. Sin embargo los beneficios van de la mano junto con la técnica de cepillado, frecuencia y uso de cremas dentales con flúor. Niños que realizan cepillado al menos 2 veces al día, han demostrado mayores beneficios que quienes lo realizan una sola vez. Adicional a esto, enjuagues con agua después del cepillado reducen la eficacia del flúor de las cremas dentales. **(Evidencia Nivel Ib) 14 15.** Para consultar niveles de evidencia y grados de recomendación.

La placa bacteriana se define como un sistema ecológico formado por una comunidad bacteriana, rica en microorganismos anaerobios y aerobios, que se depositan y desarrollan en las superficies dentales, convirtiéndose en el primer factor para la aparición de la caries dental^{14 15}.

5. Factores retentivos de placa bacteriana

Las situaciones que contribuyen a la retención de placa bacteriana son **1.:** Malposiciones dentales, aparatología ortodóntica, prótesis, materiales dentales, zonas de empaquetamiento de alimentos, restauraciones desadaptadas y defectuosas, lesiones de caries, defectos del desarrollo del esmalte/dentina y concomitantes con pérdida de estructura dental, lesiones abfractales, dientes posteriores en infraoclusión, limitación de la apertura bucal, presencia de enfermedad periodontal y de cicatrices y/o inserción inadecuada de tejidos.

En la cavidad oral existen muchos factores que facilitan la retención de la placa bacteriana de forma local sobre una superficie dental específica, o de forma generalizada. Dichos factores retentivos contribuyen al acumulo de residuos y placa dental, los cuales son coadyuvantes a la aparición de caries.¹.

6. Qué determina la experiencia de Caries

Experiencia de caries se define como la prevalencia de la enfermedad, es decir todo contacto previo con la caries dental. Esta puede determinarse después de realizar el examen oral, y observar la presencia de obturaciones, prótesis fijas o removibles, así como de cualquier otra experiencia referida por el paciente.

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	4 de 29		

5. RECOMENDACIONES

El índice de coe y COP, es un indicador de morbilidad bucodental, que nos permite determinar si para el grupo etáreo del paciente, este factor se considera un riesgo potente o no. La GUIA DE DIAGNOSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CARIES DENTAL **1.**, desarrollada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, retoma el valor del coe/COP, considerando riesgo presente cuando el paciente presenta un índice mayor al promedio nacional por grupo de edad según el último estudio epidemiológico de Colombia.

Tabla 1. Índice de coe/COP del ENSAB III **1.**

Edad coe + COP

5 – 12 años 3
15 – 19 años 5
20 – 29 años 8
30 – 39 años 12
40 – 54 años 16
55 y más años 19

Nota: Si el paciente es menor de 5 años, se considera como riesgo un coe-d=1. Pacientes que ya han presentado experiencias anteriores de caries, nos ayudan a Predecir una alta susceptibilidad a la caries dental. En niños menores de 6 años, la caries en dientes deciduos es un indicador que se puede presentar también en los primeros molares permanentes. **(Evidencia Nivel IIb)2**

7. Deficiencia en higiene oral es considerada un factor de riesgo

El acumulo de placa bacteriana en el margen gingival es considerado uno de los principales factores etiológicos para el desarrollo de la caries y enfermedad Periodontal. Sin embargo, el desarrollo de estos factores de riesgo depende del tiempo al que estén expuestos en boca, y la predisposición para el avance del mismo en el margen gingival. **5.** La deficiente higiene oral del paciente y el acumulo de placa bacteriana tiene una cercana correlación en la aparición de la caries y la enfermedad periodontal. **5.**

8. Antecedentes sistémicos que influyen como factor de riesgo

Las discapacidades de aprendizaje no son un factor que predispone el riesgo de aparición de caries dental, sin embargo, algunas discapacidades físicas y de aprendizaje resultan con una disminución en la habilidad del auto cuidado oral. **(Evidencia Nivel IIb) 4.**

- **Las visitas al odontólogo deben hacerse dos veces por año; la revisión periódica permite ubicar los factores de riesgo y no sólo detectar una lesión o esperar que el niño refiera dolor, evitando así el costo de rehabilitaciones y ausencias escolares³⁰. En cuanto a los factores asociados a la caries, se corrobora la importancia de la higiene bucal, ya que el riesgo de desarrollar caries fue dos veces mayor con higiene regular y tres veces mayor con higiene mala. Esta variable se ha identificado como un factor de**

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	5 de 29		

5. RECOMENDACIONES

riesgo desde hace varias décadas por lo que es necesario insistir en los programas de educación pues parece que, para la salud bucal que inicia desde la etapa preescolar, la técnica de cepillado no ha tenido un impacto adecuado. Encontramos también un hallazgo interesante en cuanto al momento del cepillado, pues en la asociación de variables era muy significativo el cepillado antes de acostarse con respecto a la prevención de caries.

9. Factores de riesgo se encuentran relacionados con la dieta

Existe una gran cantidad de información sobre la influencia de la dieta en la caries dental. Lo que se sabe es que los alimentos que contienen azúcar inducen al proceso cariogénico; sin embargo, pensar que la cantidad de azúcar que un paciente consume se correlaciona directamente con la caries es una simplificación. Existen otros factores, relacionados con los alimentos, que tienen tanta o más importancia con respecto a la cariogenicidad de los mismos, que la cantidad de azúcar que estos contienen. Estos factores son 7.:

- 1. Consistencia y adhesividad** de los alimentos que contienen azúcar. Cuantos más adherentes sean estos alimentos, mayor será su cariogenicidad.
- 2. Hora de la ingesta.** Si los alimentos cariogénicos se ingieren durante las comidas, la saliva y los propios mecanismos de auto limpieza (el flujo salival, los movimientos de lengua y carrillos y los movimientos masticatorios) tienden a eliminar los alimentos de la boca. Asimismo, los sistemas tampón de la saliva tienden a neutralizar los ácidos que se forman.
- 3. La frecuencia** con que se ingieren los alimentos cariogénicos. Cuanto más frecuentemente mayor es el riesgo de caries. Esto es debido a que la bajada de pH ocurre un mayor número de veces.
- 4. Composición de los alimentos.** No todos los hidratos de carbono tienen la misma cariogenicidad. De ellos los carbohidratos fermentables incluidos en la dieta, se consideran de mayor potencial cariogénico. Dichos carbohidratos fermentables se clasifican en:
 - Sacarosa (azúcar en todas sus presentaciones: Dulces, miel, golosinas, etc.)
 - Fructosa (presente en las frutas y jugos),
 - Glucosa (en bebidas endulzadas como las gaseosas),
 - Maltosa (presente en cereales y almidones),
 - Lactosa (hidrato presente en la leche, aunque esta es la que tiene menor poder cariogénico).

Se ha demostrado que el alto consumo de azucares en la dieta aumenta también las posibilidades de presencia de caries y su disminución reduce la aparición del proceso cariosos. . 2

10. Saliva como factor de riesgo

La saliva cumple un rol muy importante contra la caries dental. La importancia de la saliva es más claramente apreciable en su ausencia. Pacientes con disminución en la cantidad de saliva están en alto riesgo de presentar caries rampante (extensa y rápida destrucción de muchos dientes). Los mecanismos mediante los cuales la saliva previene la caries dental son los siguientes:

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	6 de 29		

5. RECOMENDACIONES

- Efecto buffer que altera el pH de la placa
- Ayuda a la eliminación de placa y residuos de comida.
- Presenta acción anti bacterial.
- Contiene reservorio de minerales como el calcio y fosfatos y bajo ciertas circunstancias: flúor.

La disminución en la cantidad de saliva puede ser causada por algunos medicamentos como los anti-colinérgicos y antidepresivos. Por enfermedades como la diabetes y el síndrome de Sjögren/Sicca y displasia ectodérmica y también después de un tratamiento con radioterapia.

La saliva artificial puede ser prescrita en cualquiera de estos casos. [7](#).

- ***Pacientes con xerostomía, presentan alto riesgo de presentar caries rampante***

11. Ingesta de flúor es considerada un factor de riesgo

El flúor actúa en el desarrollo de la lesión, controlando o aún deteniendo la tasa de progresión de la lesión. Por lo tanto, los niveles elevados de este elemento en el ambiente oral van a interferir con los procesos de des- y re-mineralización, actuando más como un agente terapéutico que como un agente preventivo frente a las lesiones de caries. **El uso de cremas dentales que contienen flúor entre 1000 y 1500 partes por millón (ppm) han demostrado ser efectivas en la prevención de caries en niños entre 6 y 16 años. (Evidencia Nivel Ib) [11 8](#).**

Sin embargo, la prevalencia de fluorosis y/o opacidades en los niños colombianos es muy alto, razón por la que su consumo diario en dentífrico así como la aplicación tópica en consulta, debe ser moderada. [9](#).

12. Factores educativos en la aparición de la caries dental

En población de escolares con buena higiene en un 15% de los casos asociada con la falta de educación desde temprana edad en buenos hábitos y técnicas de higiene oral. (Altamirano y col. En el 2001) .En cuanto al resto de variables, la escolaridad materna mostró una asociación altamente significativa en ambas dentaduras (temporal y permanente) donde a mayor escolaridad hubo menor prevalencia de caries. Como se ve, la posible influencia de la madre en la transmisión de hábitos higiénicos y dietéticos es fundamental en la salud bucal de los escolares. [9](#)

La escolaridad materna incide significativamente en los tipos de dentadura (temporal y permanente) donde a mayor escolaridad hay menor prevalencia de caries.

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	7 de 29		

5. RECOMENDACIONES

13. *Influencia de los factores económicos en la aparición de caries dental*

Estudios han demostrado que la caries dental es más prevalente en niños de familias provenientes de niveles socioeconómicos bajos. Estos niños presentan alta prevalencia de caries, se encuentran en boca pocos dientes sanos, menos dientes con aplicación de sellante y ningún tipo de tratamiento a los dientes con procesos cariosos. **(Evidencia Nivel III) 11 .8.**

Pacientes de niveles socioculturales bajos presentan alta prevalencia de caries dental. 11 .8

El ingreso familiar definitivamente si es una variable que influye en el acceso a educación, servicios públicos, elementos de aseo personal (cepillo dental), salud etc. Razón por la que este factor debe tenerse en cuenta no solo como coadyuvantes en la aparición de caries sino de cualquier enfermedad.

14. *Importancia del criterio odontológico dentro de los factores de riesgo*

Esta variable le ofrece al odontólogo la detección de riesgos fuera del instrumento de valoración individual, posterior al análisis de la información de los otros hallazgos generados por la aplicación de la herramienta en la cual le permite al profesional enfocar el plan de tratamiento a seguir.

Para cada paciente en particular, el criterio del odontólogo al evaluar la habilidad junto con los factores de riesgo y conocimiento de cada individuo, ha demostrado ser una de las herramientas más efectivas en la clasificación del riesgo de pacientes. 10

FACTORES BIOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA APARICION DENTAL

- Rasgos Genéticos: la presencia discapacidades complica la posibilidad de realizar un buen cuidado de los dientes, como retrasos mentales, problemas músculo esqueléticos, etc.
- Enfermedades sistémicas que implican toma de medicamentos azucarados, disminuyen la salivación, la radioterapia, etc.
- Estado nutricional: el exceso o el defecto producen influencia grande en nuestro paciente para el desarrollo de enfermedad, el desarrollo de los tejidos dentales incluye la formación de una matriz proteica orgánica, que se continua por su mineralización y maduración, tipo de mecanismos que se pueden encontrar alterados en estados de desnutrición, ocasionando defectos en la estructura, forma posición y erupción de los dientes.
- Estrés: Los cambios de ritmos de vida llevan al paciente a estar sometidos a tensiones lo que afecta auto cuidado y al igual al desarrollo de enfermedad periodontal.
- Enfermedades intercurrentes: que tienen periodos exacerbación en distintos momentos de la vida del paciente, van dejando sus secuelas por todas las acciones que se toman o se dejan de hacer en estos momentos.
- Edad: se ha demostrado que hay momentos en los que el individuo es más susceptible a la caries no como factor único, pero si en las épocas de 4 los 6 años, adolescencia.

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	8 de 29		

5. RECOMENDACIONES

FACTORES DE RIESGO							
	EVIDENCIAS CLINICAS	HABITOS ALIMENTICIOS	NIVEL SOCIOECONOMICO	USO DE FLUORURO S	CONTROL PLACA B.	ANTECEDENTES MEDICOS	SALIVA
ALTO RIESGO	Lesiones recientes. * Exodoncias prematuras. * Caries en dientes anteriores o con restauraciones. * Múltiples obturaciones * Aparatología ortodóntica. * Prótesis desadaptadas.	Alta frecuencia de consumo de azúcares.	* Bajo nivel socio-cultural. * Falta de conocimientos relacionados con la caries. * Poca frecuencia de visitas al odontólogo. * Alto consumo de golosinas. * Bajo grado de valoración dental del paciente	*Ingesta de agua no fluorizada *Bajo consumo de productos sin flúor. *Uso de crema dental sin flúor	*Baja frecuencia de cepillado. *Cepillado deficiente. * Alto índice de placa bacteriana	Paciente con compromiso sistémico. * Discapacidad física. * Xerostomía. * Uso prolongado de medicamentos que favorecen la aparición de caries	* Baja capacidad Buffer. * Flujo salivar aumentado. * Recuento de más de 5 Estreptococos Mutans y Lacto bacilos.
RIESGO MODERADO	PACIENTE QUE NO SE CLASIFICAN EN LAS CATEGORIAS DE ALTO O BAJO RIESGO , SE CLAFIFICAN COMO RIESGO MODERADO						
BAJO RIESGO	* Ausencia de nuevas lesiones. * Segmento anterior sano.	Baja consumo de azúcares	Alto nivel socio cultural. * Baja experiencia de caries.	Consumo de agua fluorizada. * Uso de	Alta frecuencia de cepillado. * Cepillado	Paciente sin compromisos sistémicos. * Sin discapacidad física.	Alta capacidad Buffer. * Viscosidad normal de la saliva.

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	9 de 29		

5. RECOMENDACIONES

		* Pocas o ninguna obturación. * Obturaciones adaptadas		* Cuidados dentales con controles periódicos. * Bajo consumo de golosinas.	suplementos con flúor. * Uso de crema dental con flúor.	adecuado.	* Cantidad normal de saliva. * Pacientes sin medicaciones.	* Recuento de menos de 5 Estreptococos y Lacto bacilos	
--	--	---	--	---	--	-----------	---	--	--

15. DEFINICION CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad prevenible que consiste en la desmineralización del esmalte dentario debido a la interacción de múltiples agentes etiológicos que interactúan durante un tiempo sobre la placa bacteriana del diente producida por ciertos microorganismos en presencia de carbohidratos. [1](#)La formación de placa bacteriana no se puede prevenir completamente, ni siquiera con el cepillado dental. Estos depósitos son metabólicamente activos, por esto la formación de placa bacteriana es un fenómeno fisiológicamente activo en cualquier medio oral.

El proceso de la caries es conducido por la actividad de la placa y por lo tanto la modificación de ésta, modifica directamente el proceso, que puede ser activo, de progreso rápido, lento o detenido.[2](#)

La caries dental es un proceso o enfermedad dinámica, localizada y crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros[2](#).

16. Etiopatogenia de la caries

La lesión se inicia cuando se establece un desequilibrio entre la estructura dental y la placa cariogénica circundante, después de la primera semana las reacciones del esmalte a la placa bacteriana no son visibles clínicamente, bajo microscopia electrónica se observa aumento del tamaño de los espacios intercristalinos y pérdida del mineral superficial. Con luz polarizada se observa porosidad subsuperficial. Después de 14 días se observan cambios macroscópicos: disolución externa con aumento subsuperficial de la porosidad. La lesión de esmalte es clínicamente visible al secar con aire. Después de 3 o 4 semanas se observa lesión de mancha blanca activa con mayor disolución irregular de periquimatis (aparición de tiza blanca). Si se interrumpe este desequilibrio se puede obtener regresión clínica después de una semana.

Una lesión activa de caries puede detenerse en cualquier estado de progresión al interrumpir el desequilibrio, con la remoción y control de placa bacteriana. La formación de micro cavidad acelera la desmineralización y destrucción con la progresión de la destrucción del esmalte se forma una cavidad que refleja la disposición prismática, el agrandamiento gradual de la cavidad resulta en la invasión tubular.[1](#).

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	10 de 29		

5. RECOMENDACIONES

17. Clasificación de la caries según el sistema ICDAS

El comité de ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) se ha conformado para desarrollar un sistema de detección y valoración de caries dental internacionalmente aceptable y estandarizado. Para lesiones de caries coronal primaria, la clasificación de la severidad del sistema ICDAS es:

Tabla 3 .Sistema de Clasificación diagnostica de caries dental ICDAS¹³

ITEM	ICDAS
Cavidad extensa, dentina claramente visible	6
Cavidad detectable exponiendo dentina	5
Sombra subyacente de dentina /sin pérdida de integridad estructural	4
Pérdida de integridad superficial	3
Opacidad blanca sin secado de aire	2w
Opacidad blanca con secado de aire	1w
Decoración café más allá de la fisura/amplia en la superficie lisa	2B
Decoración café más allá de la fisura/ angosta la superficie lisa	1B
Confinada a la fisura y generalizada/decoloración en la superficie lisa	0
Confinada a la fisura y generalizada/decoloración sin cambios visuales	0

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	11 de 29		

5. RECOMENDACIONES

ICDAS Y SU CLASIFICACION HISTOLOGICA 13

Código	Descripción	Clasificación histológica
0	Sin cambios visuales	No desmineralización
1	Decoloración café confinada / ≤ 1 mm en superficie lisa / opacidad blanca con secado de aire a la fisura	Desmineralización limitada a $\frac{1}{2}$ externa de esmalte
2	Decoloración café más allá de la fisura / > 1 mm en la superficie lisa / Opacidad blanca sin secado de aire	Entre la mitad interna de esmalte y $\frac{1}{3}$ externo de dentina
3	Pérdida de integridad superficial (microcavidad)	Desmineralización en $\frac{1}{3}$ $\frac{1}{2}$ de dentina
4	Sombra subyacente de dentina	Desmineralización en $\frac{1}{3}$ $\frac{1}{2}$ de dentina
5	Cavidad detectable exponiendo dentina	Desmineralización en $\frac{1}{3}$ interno
6	Cavidad extensa, dentina claramente visible	Desmineralización en $\frac{1}{3}$ interno

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	12 de 29		

5. RECOMENDACIONES

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: DETECCIÓN		APARIENCIA CLÍNICA
Sin cambios visuales (no se sigue registrando)		Ningún o leve cambio en la translucidez del esmalte después de secado prolongado con aire (por más de 5 segundos)
Opacidad café	confinada a la fisura y en aislamiento /angosta en superficie lisa	Opacidad café cariosa visiblemente distinguible confinada a la fisura /angosta, no consistente con la apariencia clínica de esmalte sano.
	más allá de la fisura / amplia en la superficie lisa	Opacidad café cariosa visiblemente distinguible más allá de la fisura /amplia, no consistente con la apariencia clínica de esmalte sano.
Opacidad blanca	con secado de aire	Cuando la superficie se ve húmeda, no hay evidencia de ningún cambio en el color atribuible a caries, pero después de secar con aire por 5 segundos, se hace visible una opacidad blanca que no es consistente con la apariencia clínica de esmalte sano.
	sin secado de aire	Opacidad (blanca) cariosa visiblemente distinguible sin secado de aire, no consistente con la apariencia clínica de esmalte sano. (Nota: la lesión sigue siendo visible cuando se seca la superficie).
Pérdida de integridad superficial		Después de secar por 5 segundos existe una pérdida cariosa de integridad superficial sin exposición de dentina, a juicio del examinador. Si existe duda o para confirmar la valoración visual, el explorador puede ser pasado suavemente a través de la superficie para confirmar la pérdida de integridad superficial.
Sombra subyacente de dentina (sin pérdida de integridad estructural)		Esta lesión aparece como una sombra de dentina decolorada visible a través de una superficie de esmalte aparentemente intacta, más allá de la lesión de mancha blanca o café. Esta apariencia usualmente se ve más fácil en el diente húmedo. El área oscurecida es una sombra intrínseca que puede aparecer gris, azul o café.
Cavidad detectable exponiendo dentina		Cavidad en esmalte opaco o decolorado con dentina expuesta a juicio del examinador. En caso de duda o para confirmar la valoración visual, se puede usar explorador para confirmar presencia de cavidad aparentemente en dentina. Esto se logra pasando el explorador a lo largo de la superficie; se detecta una cavidad en dentina cuando el explorador entra en la apertura de la

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	13 de 29		

5. RECOMENDACIONES

	cavidad y en opinión del examinador la base está en dentina.
Cavidad extensa, dentina claramente visible	Pérdida obvia de estructura dental, la cavidad extensa puede ser profunda o amplia y la dentina es claramente visible tanto en las paredes como en la base. Si es en superficie lisa, puede o no estar presente el reborde marginal. Una cavidad extensa involucra por lo menos la mitad de la superficie dental y posiblemente llega a la pulpa.

FACTORES QUE INCREMENTAN LA ACTIVIDAD CARIOGENICA

PROBLEMAS SALIVARES	ALTERACION COMPOSICION SALIVAR	ALTERACION TASA FLUJO SALIVAR	DISCAPACIDADES FISICAS O MENTALES
• Paciente con xerostomía o hiposalivación: • Síndrome de Sjögren, - diabetes, • VIH Sida. • esclerodermia, - Sarcoidosis. • Lupus. • enfermedad de alzheimer, • Paciente adulto mayor • enfermedad injerto vs huésped,	• Pacientes gestantes • Paciente con patologías sistémicas cuyos signos incluyan: *Desnutrición, *Problemas hormonales, *Uso de sustancias psicoactivas.	• Pacientes fumadores • Pacientes con patologías sistémicas cuyos signos incluyan: - vomito o reflejo nauseabundo .	• Discapacidad física o mental

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	14 de 29		

5. RECOMENDACIONES

La clasificación ICDAS se basa en previos sistemas de registro clínico, aún cuando mucha de la evidencia base está en el área de caries coronal primaria. El sistema se divide en tres componentes: Caries Coronal Primaria; Caries Secundaria o Asociada a Restauraciones (CAR) y Caries Radicular. 13

18. Realización diagnóstico Integral en Caries Dental

El propósito del diagnóstico es discriminar entre dientes o superficies dentales que presentan patología de caries y aquellos que no la presentan, así como también determinar el estadio específico de la lesión que se presente, implica entonces decidir si la desmineralización está presente, la profundidad de la lesión y si está progresando rápida o lentamente (activa) o si se detuvo (detenida). **3**

El diagnóstico integral del estado de la dentición comprende: Diagnóstico Radiográfico, Visual, Diferencial, el Estado de las Restauraciones, la Valoración de Riesgo de Caries y el Índice ceo-d / COP-D. Este diagnóstico integral permitirá tomar la decisión adecuada para la atención del paciente. **3**

Los procedimientos de diagnóstico deben encaminarse hacia el conocimiento de los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la caries dental con el objeto de detectar el desequilibrio entre la superficie dental y la placa bacteriana en sus fases subclínicas y así realizar una intervención preventiva individual con mejor balance costo-beneficio biológico y económico. **3El diagnóstico de caries dental debe definir la lesión y considerar su actividad.**

19. Criterios que se deben tener en cuenta durante el examen odontológico

Para realizar un examen visual con el sistema ICDAS se sugiere:

- Valorar superficies dentales limpias (libres de placa bacteriana).
- Cada superficie dental debe valorarse inicialmente húmeda; luego se seca con la jeringa triple por 5 segundos:

Se deben examinar de manera sistemática, primero la superficie oclusal, seguida de la Mesial, vestibular, distal, lingual y radicular de cada diente y, en las superficies oclusales de los 1os, 2os y 3os molares se deben codificar separadamente las fosas/fisuras mesial y distal, así como se debe registrar separadamente las diferencias de fisuras y fosas de las superficies lisas (equivalente para dientes primarios).

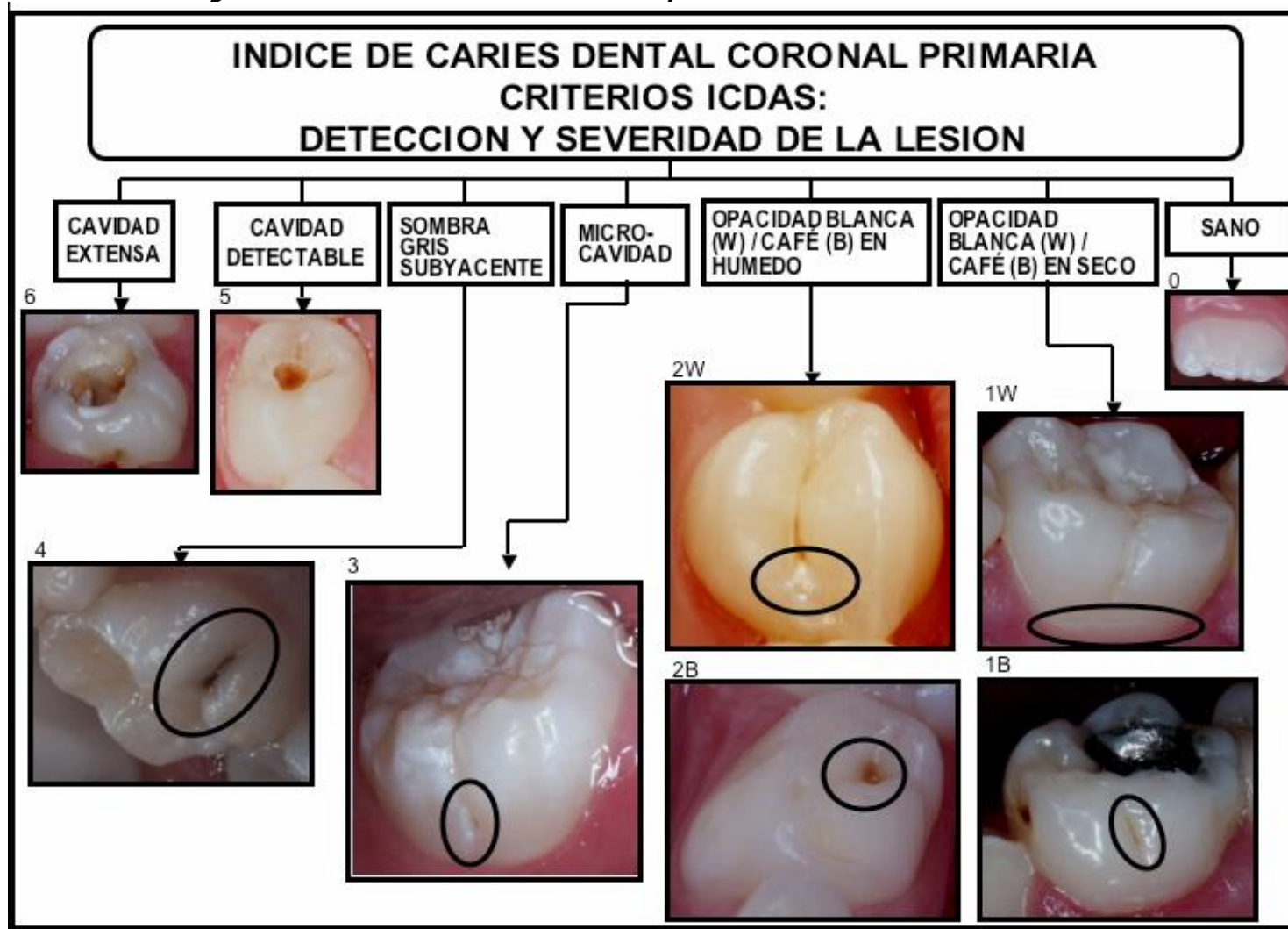
Para realizar un examen visual con el sistema ICDAS se sugiere

- Registrar lo que ve y NO asociar con consideraciones de tratamiento.
- En caso de duda, asignar el código menos severo.
- No intentar en ningún momento obtener una sensación "pegajosa" o retentiva del uso del explorador.
- Usar un explorador de punta redonda suavemente a lo largo de la superficie dental y solamente para adicionar información en la apreciación visual del diente.

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	15 de 29		

5. RECOMENDACIONES

Figura 1. Índice de caries dental coronal primaria – Criterios ICDAS modificado.¹⁶



Índice de caries dental coronal primaria – Criterios ICDAS modificado.¹⁶Diagd

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	16 de 29		

5. RECOMENDACIONES

20. Diagnostico radiográfico

Para el diagnostico de caries se utilizan diferentes métodos, incluyendo el visual, táctil, radiográfico entre otros. El uso de radiografías coronales o de aleta de mordida están indicadas para el diagnostico de caries, y se recomienda iniciarse desde que el niño completa la dentición decidua y colabore con la toma de radiografías, esto dependerá del riesgo de caries individual o poblacional (**Recomendación D**). **17**

La solicitud de radiografías dentales, se recomienda en casos de sospecha de caries interproximal, o la utilización de separadores interproximales por unos días para lograr ligera separación.

21. Diagnóstico visual

Para realizar el diagnostico visual se requiere como primera medida la toma de control de placa bacteriana de Silness & Loe modificado y posteriormente una profilaxis diagnostica profesional que remueva adecuadamente la placa bacteriana de las superficies dentales pudiendo así, acceder al examen visual de las superficies y el consecuente buen diagnóstico.

22. Como realizar el control de placa bacteriana de Silness & Loe modificado

Este índice pretende valorar la presencia de placa bacteriana, está basado en el grosor de la placa bacteriana y no se utiliza revelador de placa.

23. Realización la profilaxis diagnostica profesional

Para poder acceder al diagnóstico visual de la dentición las superficies deben estar libres de placa bacteriana debe ser de alta calidad para ser efectiva. Recuerde que los sitios que tienen mayor dificultad de acceso para usted son los mismos donde el paciente seguramente no está removiendo bien su placa bacteriana. **2.**

La profilaxis profesional, además de ayudar en el diagnóstico de caries, sirve para ayudar a detener las lesiones presentes y cumple una función educativa².

24. Diagnostico la caries coronal primaria

Una vez valorada la severidad de la/s lesión/es de caries coronal primaria, valore el estado de progresión de la/s lesión y consígnelas en la historia clínica, estableciendo si está/n activa/s o detenida/s. (Tabla 1)**2.**

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	17 de 29		

5. RECOMENDACIONES

Tabla 1. Sistema de clasificación de caries dental coronal primaria – criterios ICDAS modificado y hallazgos de actividad/detención.

CARIES CORONAL PRIMARIA			
DIAGNOSTICO CLINICA: DETECCION	APARIENCIA CLINICA	HALLAZGOS COMPATIBLES CON ACTIVIDAD	HALLAZGOS COMPATIBLES CON LA DETECCION
SANO Z711	Sin cambio de translucidez del esmalte despues de secado con aire por mas de 5 segundos	No aplica	No aplica
OPACIDAD CAFÉ/BLANCA K020	Opacidad del esmalte(mancha blanca/café) visible en superficie oclusal (entrada de fosas y fisuras) en superficie vestibular (en tercio cervical) o interproximal (en punto de contacto hacia gingival)	<u>PLACA:</u> Oclusal, el diente en erupción, en la entrada de fosa y fisura amplia con cierta profundidad, en todas las cavidades cerradas; en todas las cavidades abiertas en sitio de retención; vestibular en contacto con el margen gingival. * interproximal: Bajo el punto de contacto.	*En sitio no retentivo de <u>placa:</u> Oclusal en fosa/ fisura plana, en cavidades abiertas o en sitio de no retención; en interproximal cuando hay diastema o ausencia de diente vecino.
MICROCAVIDAD/ SOMBRA SUBYACENTE DE DENTINA K020	la integridad superficial sin exposicion de dentina, sin socavado. //sombra subyacente: Sombra de dentina decolorada visible a través del esmalte, gris ,azul , café.aparentemente inactiva, más allá de la lesión de mancha blanca o café. Usualmente se ve más facilmente cuando el diente esta humedo.	<u>Apariencia visual:</u> blancuzca, amarillenta y con perdida de lustre (opaca); en microcavidad + perdida de estructura superficial; en cavidad + perdida de estructura. <u>Sensacion tactil</u> : Rugosa en lesion no cavitacionales; en microcavidad o sombra subyacente:blanda en lesion cavitacional.	<u>APARIENCIA VISUAL:</u> BLANCUZCA, CAFÉ O NEGRA y puede estar brillante, en microcavidad: + perdida de estructura superficial, en cavidad :+ perdida de estructura.
CAVIDAD DETECTABLE K029	Cavidad en esmalte opaco o decolorado con la base en dentina		
CAVIDAD EXTENSA K021	Perdida obvia de estructura dental,la cavidad puede ser profunda o amplia y a la dentina es claramente visible tanto en paredes como en en la base. Si es en superficie lisa puede o no estar presente el reborde marginal. Una cavidad extensa involucra por lo menos la mitad de la superficie dental y posiblemente llega a la pulpa.		<u>Sensacion táctil:</u> Suave/lisa en lesion no cavitacional/ sombra subyacente: dura en lesion cavitacional.

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	18 de 29		

5. RECOMENDACIONES

Diagnóstico diferencial / Otras Patologías

Sistema de clasificación de defectos del desarrollo del esmalte¹⁶

DEFECTOS DEL DESARROLLO DEL ESMALTE			
Clasificación	HIPOPLASIA K004	HIPOMINERALIZACIÓN LOCALIZADA K044	HIPOMINERALIZACIÓN GENERALIZADA K044
Definición	Defecto estructural del desarrollo del esmalte producido en periodo intrauterino hasta los 5 años de vida (excepto en 3os molares permanentes)		
	Defecto de tipo cuantitativo	Defecto de tipo cualitativo localizado en uno o más dientes, generalmente permanentes	Defecto de tipo cualitativo generalizado con patrón en espejo que se da en grupos de dientes del mismo periodo de formación; en dientes primarios y/o permanentes
Etiología	Asociado a un impacto más temprano y severo en el desarrollo del esmalte. Sistémico o localizado (amelo génesis imperfecta, malformaciones congénitas y otros síndromes, desnutrición).	Origen localizado, asociado con trauma en el germen dental permanente de tipo: - trauma dentoalveolar en diente primario, - por secuela de infección pulpar del diente primario, - por iatrogenia durante procesos quirúrgicos	Origen sistémico por: - Flúor - Tetraciclina - Desnutrición - Sarampión - Avitaminosis D
Aspecto clínico	Invaginación del esmalte con o sin cambio de color	Mancha blanca/crema/amarilla/café en el esmalte localizada generalmente en uno o más dientes anteriores en la superficie vestibular, casi siempre delimitada	Mancha/s blanca/crema/amarilla/café en el esmalte visibles en grupos pares de dientes. - Fluorosis: defecto difuso blanco o café (por pigmentación extrínseca) que afecta toda la extensión superficial; en cualquier superficie dental; presenta diferentes grados de severidad (-leves líneas blancas horizontales, -líneas marcadas -"motas de nieve", -toda la extensión superficial blanca, -+ presencia de fosas -destrucción adamantina en toda la corona) - Tetraciclina: defecto delimitado como una banda horizontal blanco/crema/amarillo/café

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	19 de 29		

5. RECOMENDACIONES

Sistema de clasificación de defectos de la Caries Radicular

CARIES DENTAL RADICULAR		
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: DETECCIÓN	HALLAZGOS COMPATIBLES CON ACTIVIDAD	HALLAZGOS COMPATIBLES CON DETENCIÓN
CARIES RADICULAR NO CAVITACIONAL K022	<u>Textura:</u> - Blanda - Semi-dura (cuero)	<u>Textura:</u> - Dura
CARIES RADICULAR CAVITACIONAL K022	<u>Cavidad:</u> Presencia de cavidad <u>Localización:</u> A menos de 1mm del margen gingival <u>Color:</u> - Amarillo/café claro	<u>Cavidad:</u> - Ausencia de cavidad o cavidad suave <u>Localización:</u> A más de 1mm del margen gingival <u>Color:</u> - Negro/café oscuro

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	20 de 29		

5. RECOMENDACIONES

Diagnóstico diferencial de Caries no cavitacional y otras

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE CARIES DENTAL				
	Lesión de caries no cavitacional	Fluorosis (hipomineralización generalizada difusa)	Hipomineralización localizada delimitada	Erosión
Placa bacteriana	Siempre asociada	Puede o no estar en áreas de retención de placa	Generalmente no en áreas de retención	No asociada
Localización	En retención de placa (vestibular: 1/3 cervical; oclusal: entrada de fosas/fisuras; interproximal: debajo del área de contacto)	En oclusal: en cúspides y puede cubrir lomos; -en superficie lisa: en toda la superficie, variando de aspecto según severidad, desde líneas blancas horizontales delgadas a "motas" y cubrimiento total	En dientes posteriores: en cúspides; en dientes anteriores en la superficie vestibular, tercios medio o incisal	Puede ocurrir en cualquier superficie; más frecuentemente en palatino, oclusal y tercio cervical de vestibular
Pérdida de estructura	Clínicamente ausente	Pueden presentarse fosas	Clínicamente ausente	Siempre presente, variando en grado
Área comprometida	Localizada	Toda la superficie, según severidad	Localizada	Según severidad y el tiempo de exposición
Decoloración	Blanca / café	Blanca; puede pigmentarse de café	Blanca / crema / amarilla / café	Posible decoloración según pérdida estructural; (en severos - translucidez dentinal y/o borde incisal /cuspídeo transparente; posible pigmentación
Límites de decoloración	Difuso	Difuso	Claramente delimitado	Si presente, bien demarcada
Forma	Sigue el área de retención de placa (borde gingival, paredes de fosas y fisuras, contorno	Según severidad: - en superficies lisas: -leve: líneas blancas horizontales delgadas, -moderada: líneas gruesas que pueden confluir en "motas de algodón", -	Oval o redonda	El ancho excede la profundidad; sigue la forma del diente

patologías

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	21 de 29		

5. RECOMENDACIONES

		interproximal)	severa: toda la superficie blanca y posibles fosas; - en oclusal: -leve: en las cúspides, - moderada: también en lomos cuspidéos, -severa: se unen manchas y pueden presentarse fosas		
Patrón		Puede o no ser simétrico	Simétrico; en grupos de dientes del mismo período de formación	No simétrico	Según exposición (localizada por grupos de dientes; generalizada)
Apariencia visual		Opacidad / brillo, blanco / café	Al secar se observa opacidad	Brillante	Al secar se ve liso y opaco
Examen visual		Bajo luz; mejor detectada perpendicular al diente	Bajo luz; mejor detectada en una línea de visión tangencial al diente	Bajo luz; mejor detectada perpendicular al diente	Bajo luz; detectada desde todos los ángulos

25. Manejo para una lesión de mancha blanca o café?

- **Detenida:** Todas las lesiones detenidas requieren de control cada año.
- **. Activa:** La progresión de las lesiones de caries no cavitacionales activas pueden detenerse mediante tratamientos preventivos, destinados a la interrupción del desequilibrio existente entre la superficie dental y el fluido de placa bacteriana circundante. 2 Estas medidas preventivas tenemos entre otros:

Enseñanza de cepillado

• Uso de sellante

• Aplicación tópica de flúor en barniz

26. Toma de decisiones según diagnósticos específicos del estado de dentición del paciente

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	22 de 29		

5. RECOMENDACIONES

Las decisiones de tratamiento según diagnósticos específicos se dividen en dos: •Para lesiones de caries coronal y secundaria (Flujogramas 3,4,5,6 y 7) y, Para caries radicular y lesiones no cariosas del tercio cervical (Flujograma 8).

Las restauraciones retentivas requieren de pulimento de la restauración y/o ameloplastía para recuperar compatibilidad con salud y restauraciones defectuosas requieren de recambio y pasan a esquema de manejo equivalente a lesiones cavitacionales detenidas (Flujogramas 7 u 8). 2.

Previo a la realización del tratamiento, el profesional debe diligenciar el consentimiento informado, como requisito para la iniciación del tratamiento.

27. Tratamiento Preventivo para Lesiones de Caries Primaria y Secundaria Activas según Superficie Dental 2.

La progresión de las lesiones de caries no cavitacionales activas puede ser detenida por tratamientos preventivos, enfocados en la interrupción del desequilibrio existente entre la superficie dental y el fluido de placa bacteriana circundante. Estas medidas preventivas incluyen, entre otros:

- Educación en salud oral específica.
- Uso de sellantes.
- Uso de flúor tópico.

28. Tratamiento Operatorio para Lesiones de Caries Primaria y Secundaria en Dientes Primarios

- Lesiones que requieren sólo tratamiento operatorio:
- Cavitacionales detectables y extensas **detenidas**
- Sombra subyacente y microcavidad **detenidas** con radiolucidez en dentina.
 - Lesiones para tratamiento operatorio más preventivo (ESO específica):
- Cavitacionales detectables y extensas **activas**
- Sombra subyacente y microcavidad **activas** con radiolucidez en dentina

29. Tratamiento Operatorio para Lesiones de Caries Primaria y Secundaria en Dientes Permanentes

Las lesiones de caries coronal primaria y secundaria para tratamiento operatorio en dentición permanente son las mismas que para dentición primaria; los tratamientos varían en ciertas consideraciones.

30. Tratamiento de Lesiones de Caries Radicular, Lesiones No Cariosas en el Tercio Cervical, Defectos del Desarrollo del Esmalte y Fracturas Dentales?

Las lesiones de caries radicular y de las lesiones diferentes a caries tienen un esquema de tratamiento operatorio específico. El flujograma resume los procedimientos de tratamiento preventivo/operatorio a llevarse a cabo en caries radicular, lesiones no cariosas en el tercio cervical, defectos del desarrollo del esmalte y fracturas dentales. **Flujograma.** Tratamiento de lesiones de caries radicular y otras lesiones.

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	23 de 29		

5. RECOMENDACIONES

31. Técnicas para realizar Sándwich abierto o cerrado? Técnica de Sandwich abierto:

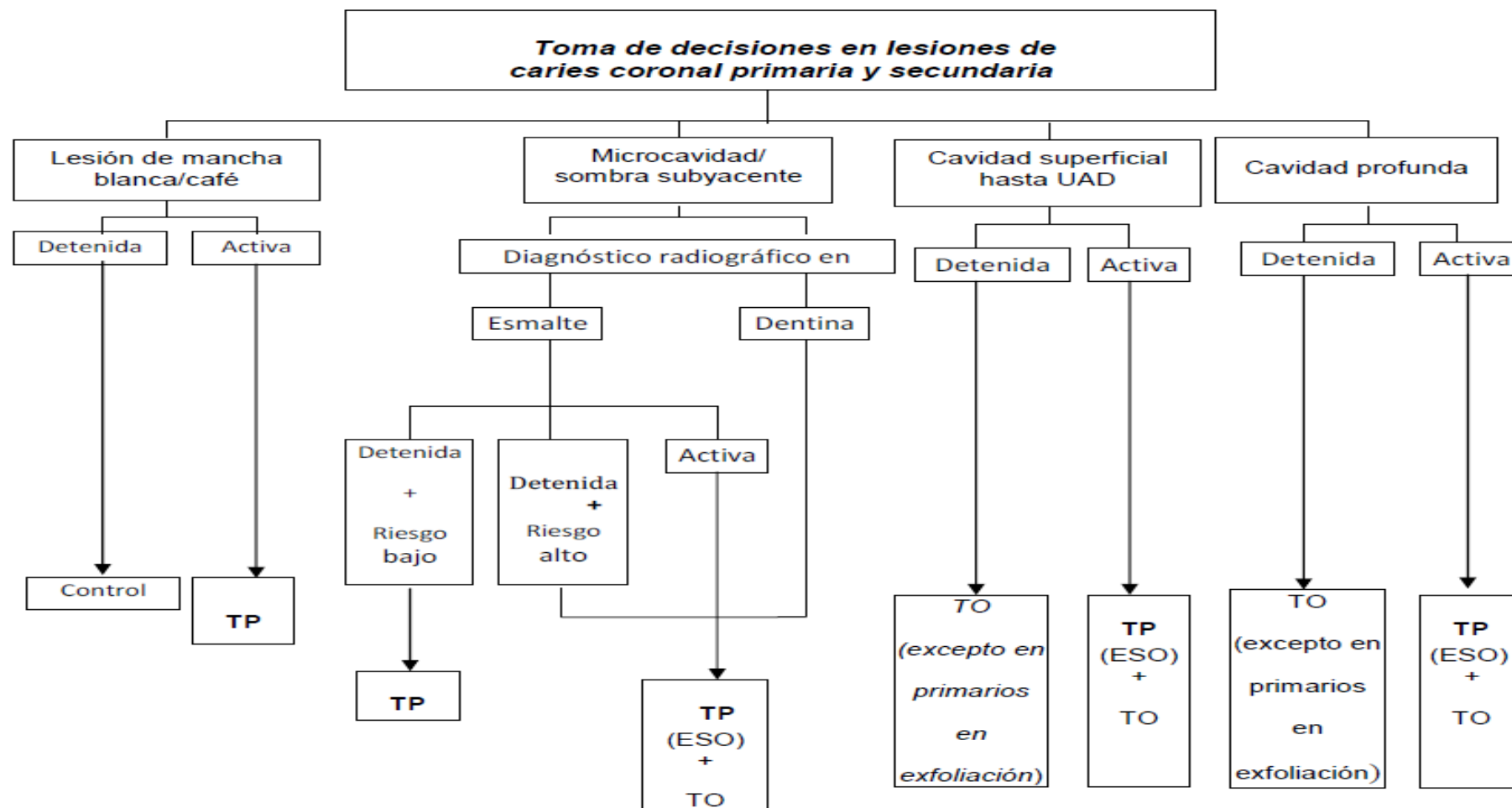
- Acondicionar tejido dentinal con ácido poliacrilico al 10% (en gel: lavarlo; en sistema de primer: fotopolimerizar 20 ``) - Ionómero de vidrio hasta ángulo cavo-superficial o en dentina radicular de una cavidad clase V
- Material obturante: resina compuesta.

• **Técnica de Sandwich cerrado:**

- Acondicionar tejido dentinal con ácido poliacrilico al 10% (en gel: lavarlo; en sistema de primer: fotopolimerizar 20 ``)
- Ionómero de vidrio de base intermedia
- Material obturante hasta ángulo cavo-superficial:
 - Resina compuesta
 - Amalgama.
- El odontólogo puede definir la actividad actual de caries del paciente y planear el tratamiento preventivo no operatorio u operatorio incluyendo instrucción en higiene oral, análisis y consejería, así mismo el seguimiento se realizara para menores y mayores de edad.

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	24 de 29		

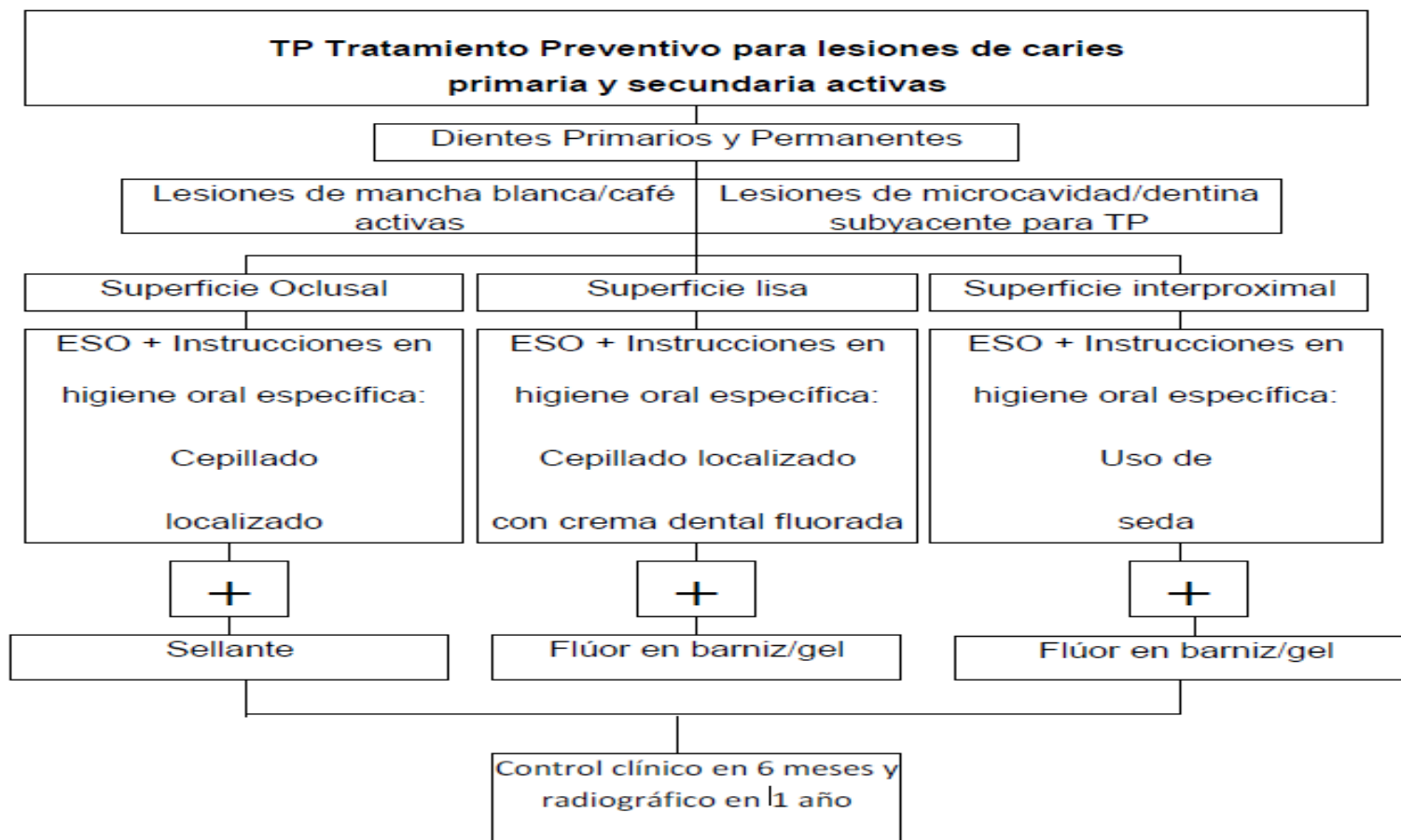
5. RECOMENDACIONES



TP: TRATAMIENTO PREVENTIVO **ESO:** EDUCACION EN SALUD ORAL

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	25 de 29		

5. RECOMENDACIONES

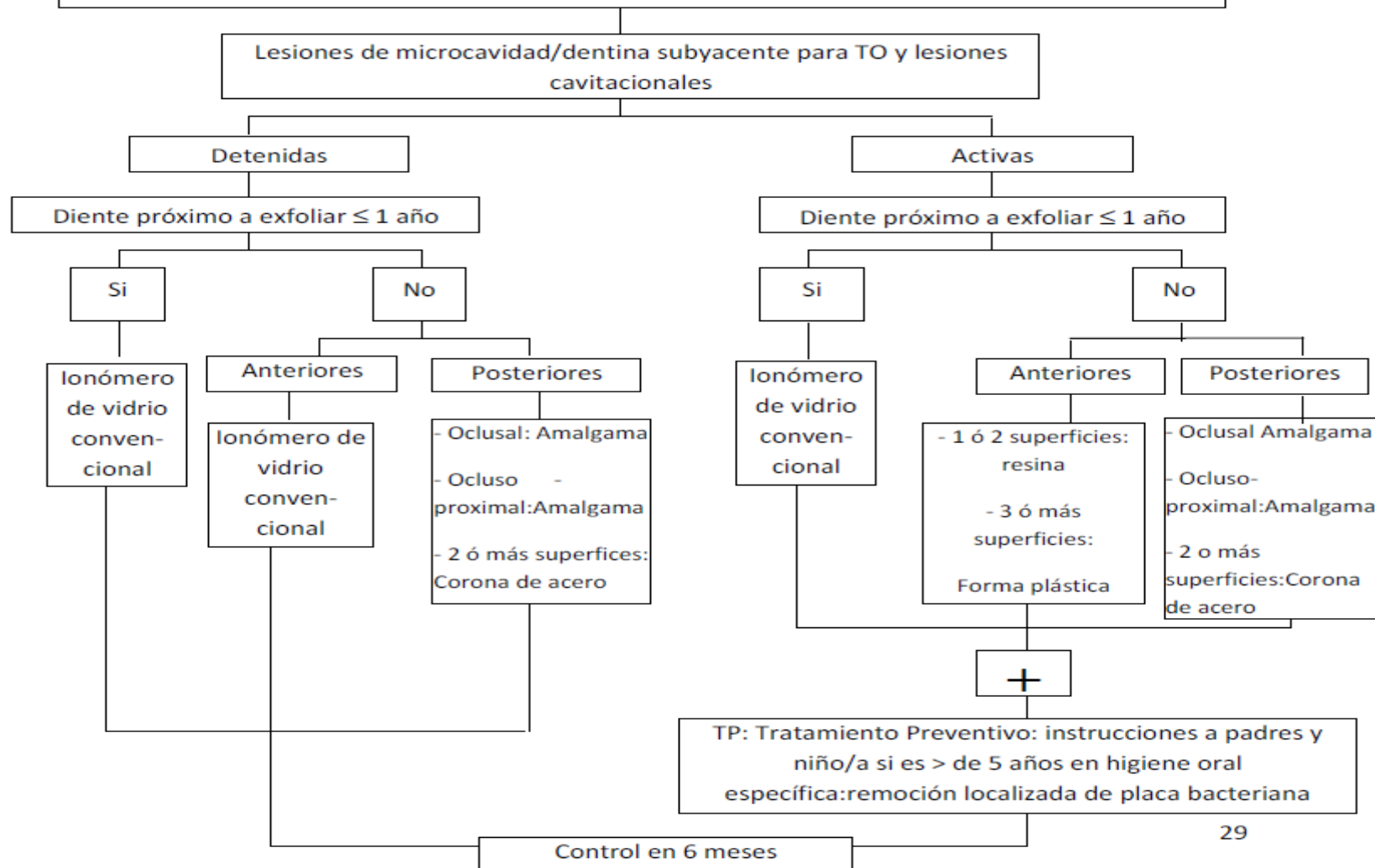


ESO = educación en salud oral TP = tratamiento preventivo |

GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	26 de 29		

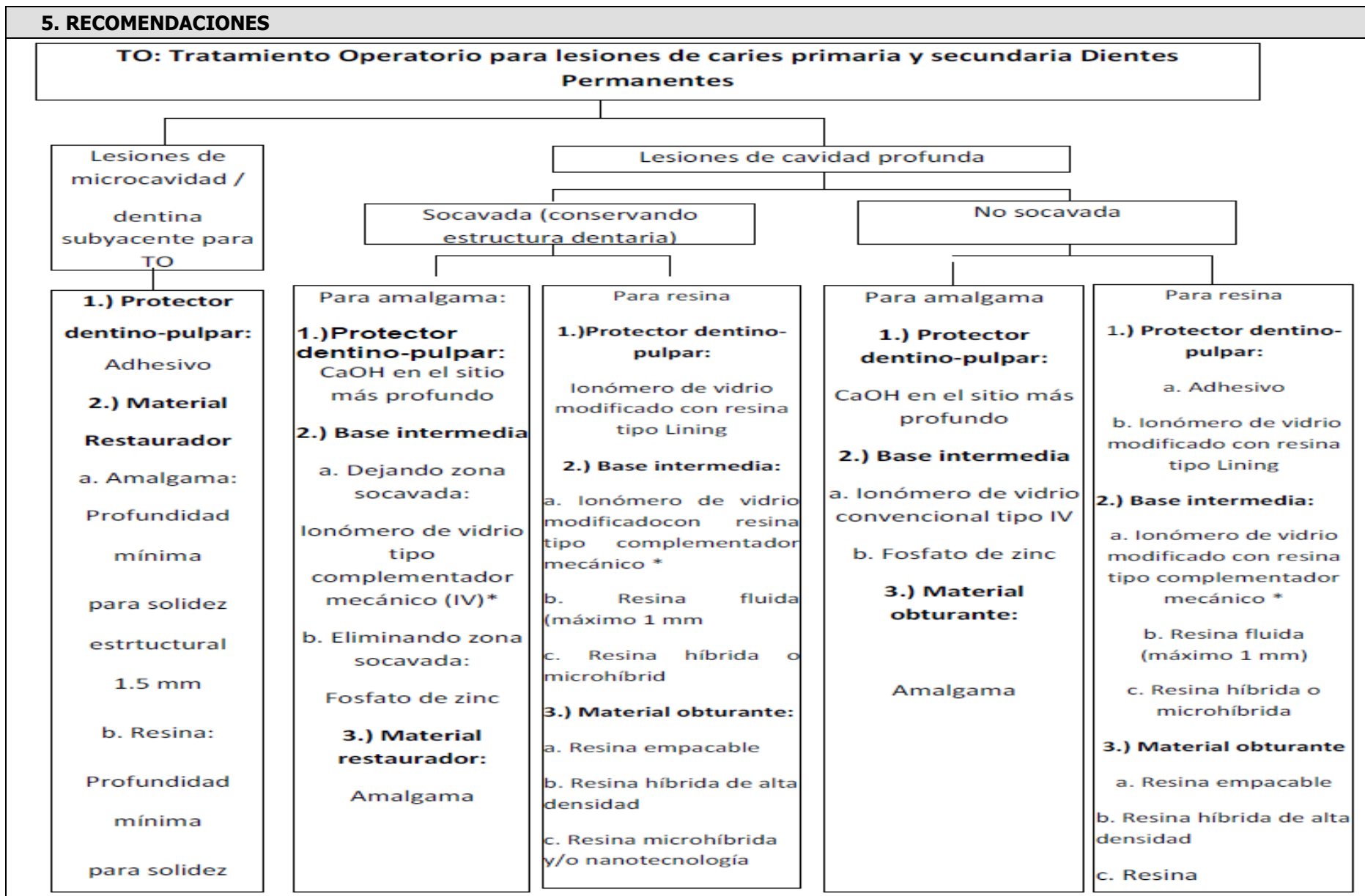
5. RECOMENDACIONES

TO: Tratamiento Operatorio para lesiones de caries primaria y secundaria: Dientes Primarios



GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	27 de 29		

5. RECOMENDACIONES



GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	28 de 29		

6. ALGORITMO

N/A

7. CONTROL DE CAMBIOS

ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	Clasificación Caries	Clasificación ICDAS	Actualización A Partir De La Evidencia	Enero de 2014

8. ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaria distrital de Salud Bogota. **Guía de práctica clínica en salud oral. Enfermedad gingival.** 2007. ISBN: 978-958-8313-07-08. [www. Saludcapital.gov.co](http://www.Saludcapital.gov.co).
2. Guías de práctica clínica en Salud Oral. **Guía de diagnostico, prevención y tratamiento de la caries dental.** Secretaria Distrital de Salud – S.D.S.Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Odontología – A.C.F.O. Agosto de 2006.
3. Faculty of General Dental Practitioners (UK) Working Party. Selection Criteria for Dental Radiography. London:Faculty of General Dental Practitioners (UK) The Royal College of Surgeons of England, 1998.
4. Nunn JH The dental health of mentally and physically handicapped children: a review of the literature. Community Dental Health 1987; 4: 157-68.
5. NCC-AC. **Dental Recall interval between routine dental examinations.** 2004. RCSENG - NCC-AC. http://www.rcseng.ac.uk/publications/docs/dental_recall.html.
6. Chesters RK, Huntington E, Burchell CK, Stephen KW. Effect of oral care habits on caries in adolescents. Caries Res 1992; 26: 299-304.
7. Soria H, María Alejandra. Molina F, Nelly. Rodríguez P, Raúl. **Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental.** Acta pediátrica de México. Volumen 29, Numero 1. Enero-febrero, 2008. Preventing dental caries in children at high caries risk. Target prevention of dental caries in the permanent teeth of 6 -18 years old presenting for dental care. SIGN publication number 47.
8. Jones CM, Woods K, Taylor GO. Social deprivation and tooth decay in Scottish schoolchildren. Health Bull 1997;55: 11-5.
9. Triana, Francia; Rivera, Sandra; Soto, Libia. **Estudio de morbilidad oral en niños escolares de una población de indígenas amazónicos.** Revista Colombia Médica. Volumen 36. Numero 4 (Suplemento 3). Octubre- diciembre 2005.
10. Review of methods of identification of high caries risk groups and individuals. Federation Dentaire Internationale Technical Report No 31. Int Dent J 1988; 38:177-89.
11. MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Salud Oral Integral en Niños de 6 años.* 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
12. Stephen KW, Creanor SL, Russell JI, Burchell CK, Huntington E, Downie CF. A 3-year oral health dose-response study of sodium monofluorophosphate dentifrices with and without zinc citrate: anti-caries results. Community Dent Oral Epidemiol 1988; 16: 321-5.
13. Faculty of General Dental Practitioners (UK) Working Party. Selection Criteria for Dental Radiography. London:Faculty of General Dental Practitioners

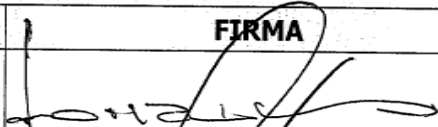
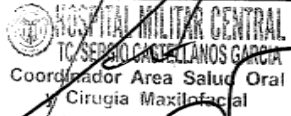
GUIA DE MANEJO	CARIES DENTINA	CODIGO	QX-SOCM-GM-03	VERSION	03
		Página:	29 de 29		

8. ANEXOS

(UK) The Royal College of Surgeons of England, 1998.

14. Chesters RK, Huntington E, Burchell CK, Stephen KW. Effect of oral care habits on caries in adolescents. Caries Res 1992; 26: 299-304.

15. Chestnutt IG, Jones PR, Jacobson AP, Schafer F, Stephen KW. Prevalence of clinically apparent recurrent caries in Scottish adolescents, and the influence of oral hygiene practices. Caries Res 1995; 29: 266-71.

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ACTUALIZÓ	Lorna Cárdenas Sotelo	Odontóloga General	Marzo de 2014	
REVISÓ	TC. Sergio Castellanos Garcia	Coordinador Área de Salud Oral y Cirugía Maxilofacial	Marzo de 2014	
APROBÓ	CO. (RA)MED. Guillermo Vega Torres	Unidad Clínico Quirúrgica	Marzo de 2014	
PLANEACIÓN –CALIDAD Asesoría Técnica del Formato	SMSD. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Marzo de 2014	