

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
LA CLÍNICA DE
ESPECIALIZACIÓN DE PERIODONCIA
E IMPLANTOLOGÍA**

TOMO II

ÍNDICE

35.	Injerto gingival libre para aumento de encía adherida o mucosa periimplantar	3
36.	Injerto gingival libre para cobertura radicular	12
37.	Injerto de tejido conectivo subepitelial con desplazado coronal	21
38.	Injerto de tejido conectivo subepitelial con técnica bilaminar reconstructivo	34
39.	Injerto de tejido conectivo subepitelial con doble papila	44
40.	Injerto de tejido conectivo subepitelial con técnica de sobre	54
41.	Injerto de tejido conectivo subepitelial con técnica de túnel	64
42.	Injerto de tejido conectivo subepitelial con proteínas derivadas de la matriz del esmalte	74
43.	Aloinjerto de matriz dérmica acelular para aumento de encía adherida o mucosa periimplantar	82
44.	Aloinjerto de matriz dérmica acelular con desplazado coronal	90
45.	Aloinjerto de matriz dérmica acelular con técnica de túnel	99
46.	Regeneración tisular guiada para cobertura radicular	109
47.	Fibrotomía supracrestal circunferencial	117
48.	Injerto desplazado apical para descubrimiento de dientes impactados	123
49.	Corticotomía	130
50.	Corticotomía por medio de piezocisión	137
51.	Preservación del reborde alveolar	144
52.	Injerto pediculado de tejido conectivo desepitelizado con técnica de rollo	151
53.	Injerto de tejido conectivo subepitelial para aumento de reborde	158
54.	Aumento de reborde de tejido blando con técnica de injerto combinado onlay-interposicional	167
55.	Regeneración ósea guiada con barreras	176
56.	Regeneración ósea con bloque óseo	185
57.	Aumento de reborde alveolar con tunelización	196
58.	Elevación de piso de seno maxilar por ventana lateral	203
59.	Elaboración de expediente clínico para la colocación y rehabilitación de implantes	212
60.	Plan de tratamiento quirúrgico para la colocación de implantes dentales	222

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 35	INJERTO GINGIVAL LIBRE PARA AUMENTO DE ENCÍA ADHERIDA O MUCOSA PERIIMPLANTAR
Propósito	Aumentar la cantidad de encía adherida o mucosa periimplantar en sitios donde no exista la cantidad suficiente para conservar dimensiones adecuadas de tejido blando alrededor de los dientes o implantes.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía Plástica Periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009: 966-968
	Glover M. Periodontal Plastic and Reconstructive Surgery. En: Rose L, Mealey B. Genco R, Cohen D. Periodontics Medicine, Surgery and Implants; 2ª ed. Elsevier Mosby; 2004: 452-457
	Otoni J, Fardin L.; Cirugía Plástica Periodontal y Periimplantar. Sao Pablo, Brasil: ed. Artes Médicas Latinoamérica; 2006:149-153
	Sato N. Cirugía Periodontal: Atlas clínico. Chicago, IL: Quintessence; 2000: 101-106
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3, Bisturí Kirkland		Gasas
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Riñonera
	Retractor Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Pinza de Adson		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Pinza de Corn		Eyector de saliva
	Porta agujas		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril
	Tijeras para sutura		Apósito quirúrgico
	Loseta		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Espátula para cemento		Modelo de yeso del maxilar superior
	Manguera de succión		Protector prefabricado de acrílico para el paladar

Indicaciones	Poca cantidad de encía insertada o adherida.
	Eliminación de inserción de frenillos.
	Profundización del vestíbulo bucal.
	Aumento de tejido queratinizado en zona del reborde.
	Aumento de mucosa periimplantar.
Contraindicaciones	Cuando en la zona pueda realizarse un injerto desplazado o injerto desplazado coronal.
	Grosor inadecuado en la zona donadora palatina.
	En zona estética.
	Enfermedad periodontal presente.
Desventajas	Requiere dos áreas quirúrgicas.
	Deja una zona cruenta en el paladar donde se toma el injerto.
	Contracción posoperatoria del injerto.
	Deficiente armonía del color con los tejidos circundantes.
Complicaciones	Molestias y dificultad de hemostasia en el sitio donador.
	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología
	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 infiltrativa en la zona receptora y en la zona donadora (paladar).	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión horizontal de aproximadamente 1mm de profundidad sobre la línea mucogingival (LMG) extendiéndola en sentido mesio-distal un diente más allá que la longitud a incrementar.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Desepiteliza el sitio receptor 3 mm más allá que la anchura necesaria, dejando un lecho receptor de periostio-tejido-conectivo.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla con las dimensiones del lecho receptor.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la plantilla sobre el paladar, zona donadora , en el área de premolares a distal del primer molar y a 2mm apical de la encía marginal.	

8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisiones contorneando la plantilla.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Retira la plantilla y remarca las incisiones a una profundidad no mayor de 2 mm.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Levanta una orilla mesial del injerto y pasa una sutura sobre esta orilla.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Diseca el injerto traccionando con la sutura e incidiendo con el bisturí o con bisturí Kirkland a una profundidad no mayor de 2 mm.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto sobre la mesa de Mayo en una gasa humedecida con solución fisiológica.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Realiza presión en la zona cruenta del paladar con una gasa por varios minutos para favorecer la hemostasia.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Revisa el injerto y remueve el tejido adiposo y/o cualquier irregularidad.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto en la zona receptora y adaptar haciendo ligera presión sobre éste con una gasa humedecida con solución fisiológica.	

16	Estudiante supervisado por el docente	Estabiliza el injerto colocando puntos de sutura aislados a cada lado del injerto.	
17	Estudiante supervisado por el docente	Cubre la zona receptora con apósito quirúrgico.	
18	Estudiante supervisado por el docente	Cubre la zona donadora con apósito quirúrgico y coloca el protector de acrílico.	
19	Estudiante supervisado por el docente	Retira el apósito quirúrgico y las suturas 10-15 días después.	
20	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
21	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
22	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
23	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
24	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

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

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiarse con técnica infiltrativa
en las zonas receptora y
donadora.

3

Realizar incisión horizontal sobre la
LMG extendiéndola un diente más
allá de la longitud a incrementar.

4

Desepitelizar el sitio receptor 3 mm
más de la anchura necesaria.

5

6

Fabricar plantilla con las dimensiones
del lecho receptor.

6

Colocar la plantilla sobre el paladar
en el área de premolares-molar y 2
mm apical a la encía marginal.

7

Realizar incisiones contorneando
la plantilla a una
profundidad de 2 mm.

8

Levantarse una orilla mesial del
injerto y pasar sutura sobre ésta
orilla.

9

Disecar uniformemente el injerto a un
grosor de 2 mm.

10

11



Dar cita de revisión.

22



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 36	INJERTO GINGIVAL LIBRE PARA COBERTURA RADICULAR
Propósito	Cubrir con tejido blando recesión(es) gingival(es) mediante un injerto del paladar para incrementar la cantidad de encía adherida en sitios donde no exista cantidad suficiente y así mejorar la estética.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía Plástica Periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo dos: 972-973
	Miller PD. Root coverage using a free soft tissue autograft following citric acid application. I. Technique. Int J Periodontics Restorative Dent. 1982; 2(1): 65-70
	Takei H, Azzi R, Han TJ. Cirugía plástica y cosmética periodontal. En: Carranza FA, Newman MG, Takei HH. Periodontología clínica. 10ª. ed. México, D. F.: McGraw-Hill/Interamericana; 2010: 1016
	Sato N. Cirugía Periodontal: Atlas clínico. Chicago, IL: Quintessence; 2000: 356-363
	Glover M. Periodontal Plastic and Reconstructive Surgery. En: Rose L, Mealey B. Genco R, Cohen D. Periodontics Medicine, Surgery and Implants; 2th. ed. Elsevier Mosby; 2004: 452-457
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de periodoncia e implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		4 ceros
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Gasas
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3, Bisturí Kirkland		Riñonera
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Retractor Minnesota		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Pinza de Adson		Eyector de saliva
	Pinza de Corn		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril
	Porta agujas		Apósito quirúrgico
	Tijeras para sutura		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Loseta		Modelo de yeso del maxilar superior
	Espátula para cemento		Protector prefabricado de acrílico del paladar
	Manguera de succión		
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Cuando en los dientes adyacentes no exista suficiente encía adherida como lecho donante para realizar un colgajo pediculado.
	Cobertura de recesión(es) gingival(es) Clase I, II y III y aumento de encía insertada o adherida simultáneamente.
	Progresión de la recesión.
	Demanda estética.
Contraindicaciones	Cuando no exista tejido donador aceptable presente adyacente a la recesión.
	Grosor inadecuado en la zona donadora palatina.
	En zona estética.
	Recesiones extensas y amplias.
	Enfermedad periodontal presente.
Desventajas	Requiere dos áreas quirúrgicas.
	Deja una zona cruenta en la zona donante del paladar.
	Contracción posoperatoria del injerto.
	Deficiente armonía del color con los tejidos circundantes.
Complicaciones	Molestias y dificultad de hemostasia en el sitio donador.
	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología
	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 infiltrativa en la zona receptora y en la zona donadora (paladar).	
4	Estudiante supervisado por el docente	Alisa la(s) superficie(s) radicular(es) expuestas.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión horizontal de aproximadamente 1mm de profundidad sobre la línea mucogingival y con una extensión en sentido mesio-distal de un diente adicional a cada lado.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza en ambos extremos de la incisión horizontal incisiones liberatrices que sobrepasen la línea mucogingival, (LMG) y por lo menos 5 mm apical al margen de la raíz (es) denudada (s).	
7	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo de espesor parcial a partir de la incisión horizontal dejando periostio en el lecho.	

8	Estudiante supervisado por el docente	Desepiteliza el sitio receptor 3 mm más allá que la anchura necesaria.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla con las dimensiones del lecho receptor .	
10	Estudiante supervisado por el docente	Obtiene el injerto del paladar.	Ver procedimiento de injerto gingival libre
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto sobre la mesa de Mayo en una gasa humedecida con solución fisiológica.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Realiza presión en la zona cruenta del paladar con una gasa por varios minutos para favorecer la hemostasia.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Revisa sobre la gasa humedecida el injerto y remueve el tejido adiposo y cualquier irregularidad.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto sobre el lecho receptor y las raíces; y adáptalo haciendo ligera presión sobre éste con una gasa humedecida con solución fisiológica.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Estabiliza el injerto colocando puntos de sutura simples en cada papila y en los extremos.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Coloca un punto suspensorio en cruz rodeando el cuello del diente.	

17	Estudiante supervisado por el docente	Cubre la zona receptora con apósito quirúrgico.	
18	Estudiante supervisado por el docente	Cubre la zona donadora del paladar con apósito quirúrgico y coloca el protector de acrílico prefabricado.	
19	Estudiante supervisado por el docente	Retira apósito quirúrgico y suturas 10 a 15 días después.	
20	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
21	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
22	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
23	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
24	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento de injerto gingival libre
	Receta
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Carnet de citas



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa en las zonas receptora y donadora.

3

Alisar las superficies radiculares expuestas.

4

Realizar incisión horizontal sobre la LMG en sentido mesio-distal que se extienda un diente adicional a cada lado.

5

6

Levantar colgajo de espesor parcial dejando periostio en el lecho.

6

Desepitelizar el sitio receptor 3 mm más allá de la anchura necesaria.

7

Fabricar plantilla con las dimensiones del sitio receptor.

8

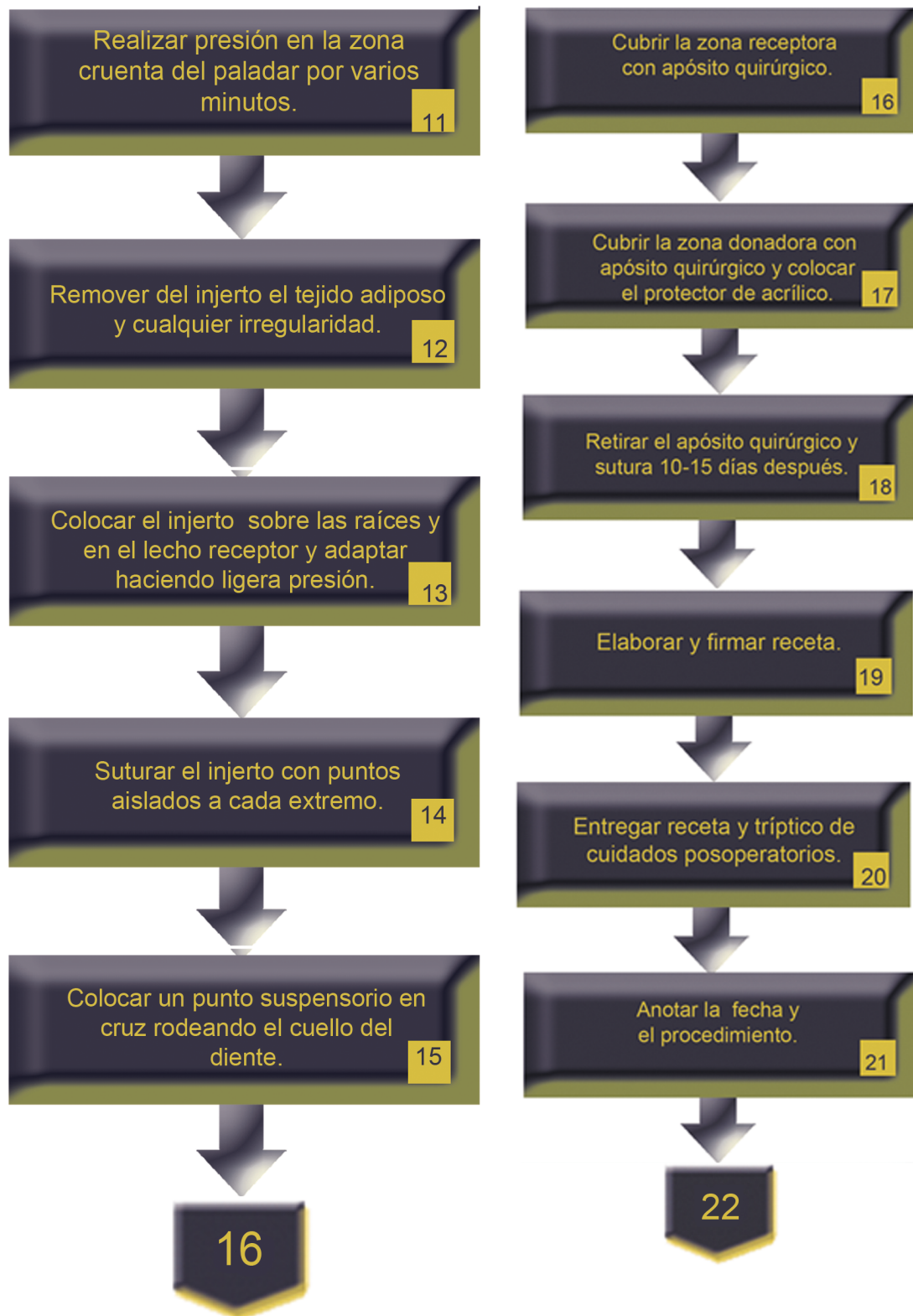
Obtener el injerto del paladar.

9

Colocar el injerto sobre la mesa de Mayo en una gasa humedecida con solución fisiológica.

10

11





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 37	INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL CON DESPLAZADO CORONAL
Propósito	Cubrir recesión(es) gingival(es) con la utilización de un injerto de tejido conectivo subepitelial obtenido del paladar para detener el progreso de la recesión, eliminar la hipersensibilidad radicular y mejorar la estética.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- cirugía plástica periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo dos: 985-987
	Takei H, Azzi R, Han TJ. Cirugía plástica y cosmética periodontal. En: Carranza FA, Newman MG, Takei HH. Periodontología clínica. 10ª. ed. México, D. F.: McGraw-Hill/Interamericana; 2010: 1019-1021
	Bouchard P, Etienne D, Ouhayoun JP, Nilvéus R. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions. A comparative study of 2 procedures. J Periodontol. 1994; 65 (10): 929-36
	Bruno JF. Connective tissue graft technique assuring wide root coverage. Int J Periodontics Restorative Dent. 1994; 14 (2):126-37

	Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol. 1985; 56 (12): 715-20
	Sato N. Cirugía Periodontal: Atlas clínico. Chicago, IL: Quintessence; 2000: 364-374
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros absorbible y no absorbible
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Elevadores de Periostio: P20, Hopkins P1		Riñonera
	Retractore de Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Fresas de baja velocidad de diamante, forma de balón		Eyector de saliva
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril
	Pinza de Adson		Apósito quirúrgico
	Pinza de Corn		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Porta agujas		Modelo de yeso del maxilar superior
	Tijeras para sutura		Protector prefabricado de acrílico del paladar
	Loseta		
	Espátula para cemento		
	Manguera de succión		
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Cuando no exista tejido donador aceptable presente adyacente a la(s) recesión(es).
	Cobertura de recesión(es) gingival(es) Clase I, II y III con gran demanda estética.
	Cobertura de recesiones gingivales con hipersensibilidad radicular.
	Progresión de la recesión.
	Recesiones extensas y amplias.
	Cobertura de cuerdas del implante expuestas.
	Preservación del reborde.
	Aumento de anchura en reborde colapsado.
	Aumento de anchura de la mucosa periimplantar.
Contraindicaciones	Grosor inadecuado en la zona donadora palatina.
	Enfermedad periodontal presente.
Desventajas	Requiere dos áreas quirúrgicas.
	Puede requerirse de una gingivectomía postoperatoria para obtener mejor morfología.
	Poca cantidad de injerto subepitelial para múltiples recesiones.
	Técnica difícil.
Complicaciones	Dificultad de hemostasia en el sitio donador.
	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica se puede llevar a cabo con bisturíes o microcirugía.			
Descripción del procedimiento según Bouchard:			
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 en la zona receptora y en la zona donadora (paladar).	
4	Estudiante supervisado por el docente	Alisa la(s) superficie(s) radicular(es) expuesta(s).	
5	Estudiante supervisado por el docente	Aplana las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión horizontal parcial en la base de las papilas adyacentes a la recesión(es).	

7	Estudiante supervisado por el docente	Desepiteliza las papilas adyacentes a la(s) recesión(es) por arriba de la incisión horizontal creando un lecho de tejido conectivo.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión intrasurcal alrededor de la(s) recesión(es) conectándola con las incisiones horizontales.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Realiza dos incisiones verticales divergentes mesial y distal del sitio terminando a 3 o 4 mm por debajo de la línea mucogingival (LMG).	
10	Estudiante supervisado por el docente	Levanta el colgajo de espesor total hasta la línea mucogingival y continúa con disección de espesor parcial.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Libera el colgajo realizando incisión subperióstica.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Desplaza el colgajo coronalmente sobre la(s) recesión(es) gingival(es) verificando que esté libre de tensión.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla con las dimensiones de la zona receptora .	

14	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la plantilla en la zona donadora , sobre el paladar en el área de premolares hasta distal del primer molar y a 2 mm apical de la encía marginal.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisiones con mínima profundidad contorneando la plantilla excepto en la zona apical de ésta.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo de espesor parcial de manera de contrapuerta.	
17	Estudiante supervisado por el docente	Diseca el injerto de tejido conectivo a una profundidad no mayor de 1.5 mm.	
18	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto sobre la mesa de Mayo en una gasa humedecida con solución fisiológica.	
19	Estudiante supervisado por el docente	Reposiciona la contrapuerta del paladar y ejerce presión con una gasa por varios minutos para favorecer la hemostasia.	
20	Estudiante supervisado por el docente	Sutura la contrapuerta con puntos suspensorios de cruz.	.
21	Estudiante supervisado por el docente	Sobre la gasa humedecida, revisa el injerto y remueve el tejido adiposo y cualquier irregularidad.	

22	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto dentro del colgajo a nivel del la unión cemento esmalte adaptándolo sobre las superficies radiculares expuestas y áreas interproximales.	
23	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el injerto en las papilas desepitelizadas con puntos aislados o continuos.	
24	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo coronalmente con puntos suspensorios continuos sobre el injerto y las papilas 2 mm. por arriba de la unión cemento esmalte (UCE).	
25	Estudiante supervisado por el docente	Sutura las incisiones verticales.	
26	Estudiante supervisado por el docente	Cubre la zona donadora del paladar con apósito quirúrgico y coloca el protector de acrílico prefabricado.	
27	Estudiante supervisado por el docente	Retira el apósito quirúrgico y suturas siete a diez días después.	
28	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
29	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico

30	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
31	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
32	Estudiante	Da cita para retiro de sutura y revisión.	Carnet

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



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa en la zona donadora y receptora.

3

Alisar las superficies radiculares expuestas.

4

Aplanar las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.

5

6

Realizar incisión horizontal poco profunda en la base de las papilas adyacentes a la(s) recesión(es).

6

Desepitelizar las papilas por arriba de la incisión horizontal creando lechos de tejido conectivo.

7

Realizar incisión intrasural alrededor de la(s) recesión(es) conectándola con las incisiones horizontales.

8

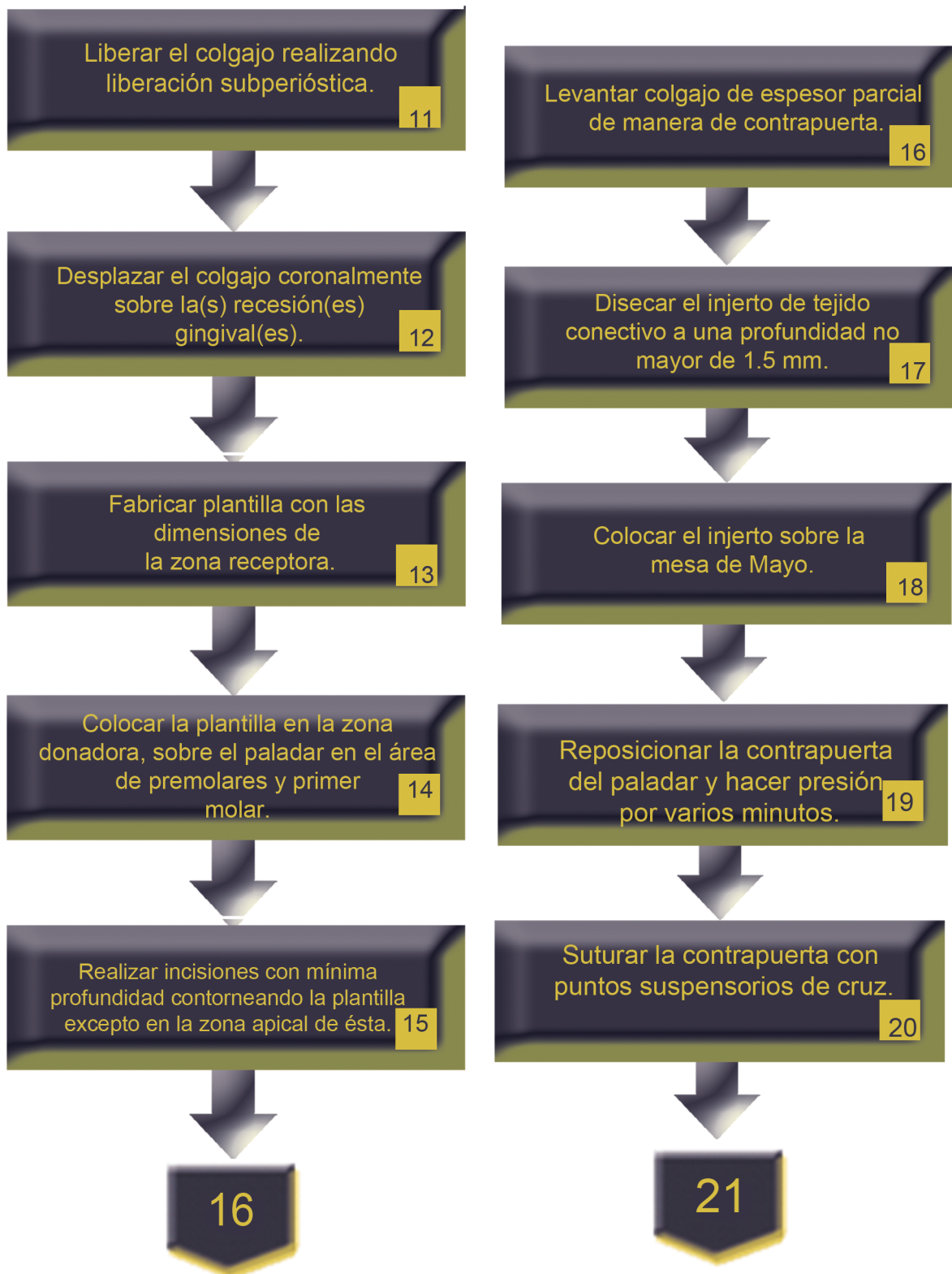
Realizar incisiones verticales divergentes a cada extremo terminando 3 a 4 mm por debajo de la LMG.

9

Levantar colgajo de espesor total hasta la LMG y continúa con disección de espesor parcial.

10

11



Remover el tejido adiposo y cualquier irregularidad del injerto. 21

Colocar el injerto dentro del colgajo adaptándolo sobre las recesiones y áreas interproximales. 22

Suturar el injerto en las papilas desepitelizadas con puntos aislados o continuos. 23

Suturar el colgajo coronalmente con puntos suspensorios sobre el injerto y las papilas 2 mm. por arriba de la UCE. 24

Suturar las incisiones verticales. 25

26

Colocar apósito quirúrgico en la zona donadora y colocar el protector de acrílico. 26

Retirar apósito quirúrgico y suturas 7-10 días después. 27

Elaborar y firmar receta. 28

Entregar receta y tríptico de cuidados posoperatorios. 29

Anotar la fecha y el procedimiento. 30

31

Firmar validando
el procedimiento.

31



Dar cita de revisión.

32



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 38	INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL CON TÉCNICA BILAMINAR RECONSTRUCTIVO
Propósito	Cubrir recesión(es) gingival(es) con la utilización de un injerto de tejido blando subepitelial cubierto con dos lechos sanguíneos para la cobertura radicular, detener el progreso de la recesión, eliminar la hipersensibilidad y mejorar la estética con alta predictibilidad.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surface. J Periodontol. 1987; 58(2): 95-102
	Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. J Periodontol. 1992; 63(5): 477-86
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de periodoncia e implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiarse
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros absorbible y no absorbible
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Elevadores de Periostio: P20, Hopkins P1		Riñonera
	Retractor de Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Fresa de baja velocidad de diamante en forma de bola		Eyector de saliva
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril
	Pinza de Adson		Apósito quirúrgico
	Pinzas de Corn		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Porta agujas		Modelo de yeso del maxilar superior
	Tijeras para sutura		Protector palatino prefabricado de acrílico
	Loseta		
	Espátula para cemento		
	Manguera de succión		
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Cobertura de recesión(es) gingival(es) Clase I, II y III y aumento de tejido queratinizado en el mismo procedimiento.
	Cuando exista tejido donador aceptable presente adyacente a la(s) recesión(es).
	Papilas interproximales gruesas y anchas. (Biotipo grueso)
	Cobertura de recesiones gingivales con hipersensibilidad radicular.
	Progresión de la recesión.
	Cobertura de cuerdas expuestas del implante.
Contraindicaciones	Grosor inadecuado en la zona donadora palatina.
	Enfermedad periodontal presente.
Desventajas	Requiere dos áreas quirúrgicas.
	Poca cantidad de injerto subepitelial para múltiples recesiones.
	Técnica difícil.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

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

Descripción del procedimiento según Nelson:

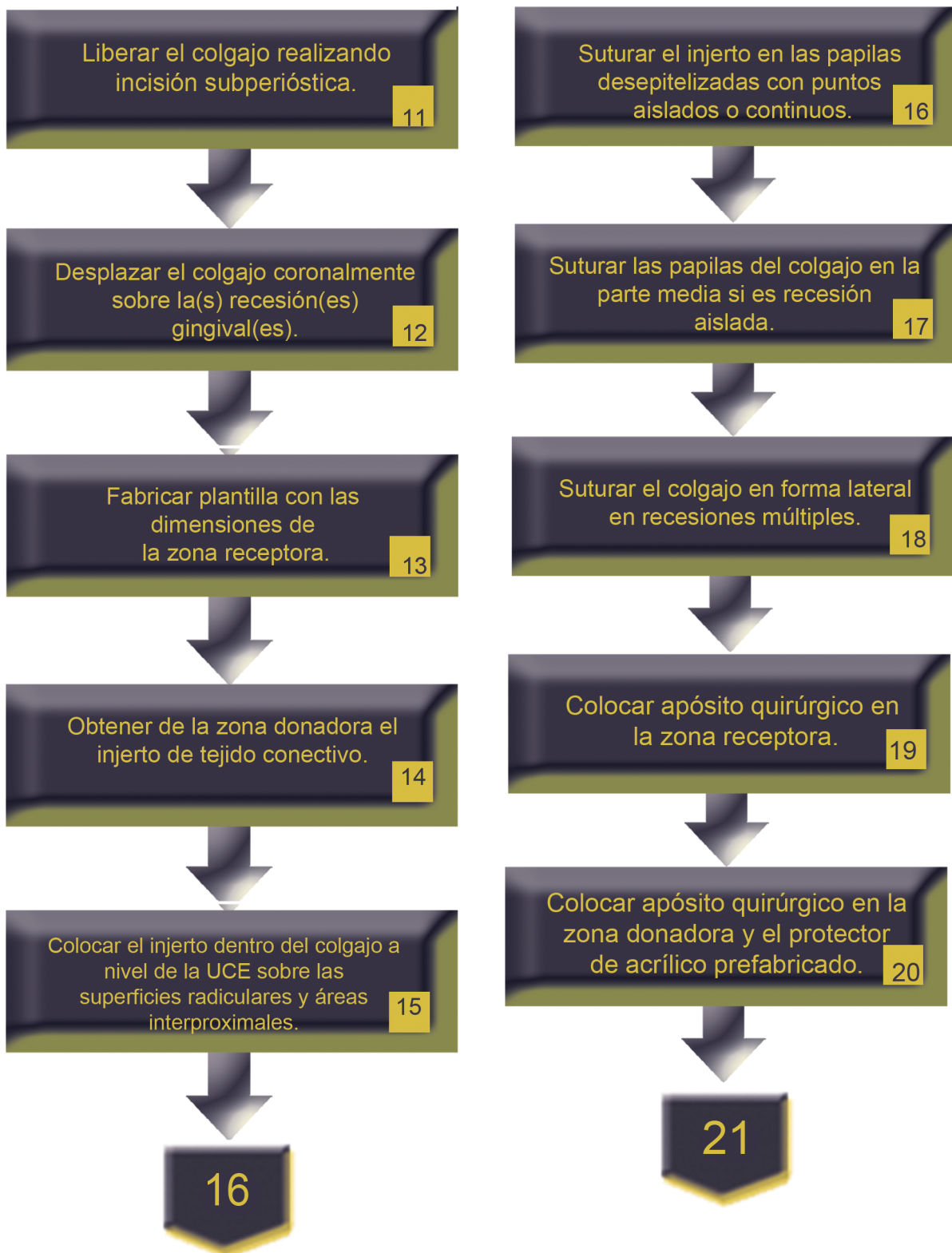
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa en la zona receptora y en la zona donadora (paladar).	
4	Estudiante supervisado por el docente	Alisa la(s) superficie(s) radicular(es) expuestas.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Aplana las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión horizontal parcial en la base de las papilas adyacentes a la(s) recesión(es).	
7	Estudiante supervisado por el docente	Desepiteliza las papilas adyacentes a la(s) recesión(es) por arriba de la incisión horizontal creando lechos de tejido conectivo.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión intrasurcal alrededor de la(s) recesión(es) conectándola con las incisiones horizontales.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Realiza dos incisiones verticales divergentes mesial y distal del sitio terminando a 3 o 4 mm por debajo de la línea mucogingival (LMG).	
10	Estudiante supervisado por el docente	Levanta el colgajo de espesor total hasta la línea mucogingival y continúa con disección de espesor parcial.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Libera el colgajo realizando incisión subperióstica.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Desplaza el colgajo coronalmente sobre la(s) recesión(es) gingival(es) verificando que esté libre de tensión.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla con las dimensiones de la zona receptora .	
15	Estudiante supervisado por el docente	Obtén de la zona donadora el injerto de tejido conectivo.	Ver procedimiento de injerto subepitelial de tejido conectivo.
16	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto dentro del colgajo a nivel de la unión cemento esmalte (UCE) adaptándolo sobre las superficies radiculares expuestas y áreas interproximales.	
17	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el injerto en las papilas desepitelizadas con puntos aislados o continuos.	

18	Estudiante supervisado por el docente	Sutura las papilas del colgajo en la parte media si es recesión asilada.	
19	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo en forma lateral en recesiones múltiples cubriendo con las papilas las superficies radiculares.	
20	Estudiante supervisado por el docente	Coloca apósito quirúrgico en las zona receptora.	
21	Estudiante supervisado por el docente	Coloca apósito quirúrgico en las zona donadora y coloca el protector de acrílico prefabricado.	
22	Estudiante supervisado por el docente	Retira el apósito quirúrgico y suturas siete a diez días después.	
23	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
24	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
25	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
26	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
27	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento de injerto subepitelial de tejido conectivo
	Receta
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Carnet de citas





Retirar el apósito quirúrgico y
suturas siete a diez días después. 21

Elaborar y firmar receta. 22

Entregar receta y tríptico de
cuidados posoperatorios. 23

Anotar la fecha y
el procedimiento. 24

25

Firmar validando
el procedimiento. 25

Dar cita de revisión. 26

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 39	INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL CON DOBLE PAPILA
Propósito	Cubrir recesión(es) gingival(es) con mayor cantidad de encía queratinizada y mínimo trauma quirúrgico para detener el progreso de la recesión, eliminar la hipersensibilidad radicular y mejorar la estética.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Harris RJ. The connective tissue and partial-thickness double pedicle graft. A predictable method of obtaining root coverage. J. Periodontol.1992: 63 (5): 477-486
	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía Plástica Periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T.Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo dos p. 986
	Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surface. J Periodontol. 1987; 58(2): 95-102
	Sato N. Cirugía Periodontal: Atlas clínico. Chicago, IL: Quintessence; 2000: 386-389
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Suturas 4 ceros absorbible y no absorbible
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		
	Elevadores de Periostio: P20, Hopkins P1		Gasas
	Retractor Minnesota		Riñonera
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Fresa de diamante, forma de balón, de baja velocidad		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Tijeras para encía Goldman Fox		Eyector de saliva
	No. 16, tijeras LaGranje		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril
	Pinza de Adson,		Apósito quirúrgico
	Pinza de Corn		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Porta agujas		Modelo de yeso del maxilar superior
	Tijeras para sutura		Protector palatino prefabricado de acrílico

	Loseta	
	Espátula para cemento	
	Manguera de succión	
	Cánula quirúrgica de succión	

Indicaciones	Cobertura de recesión aislada Clase I o II y aumento de tejido queratinizado en el mismo procedimiento.
	Papilas interdentes adyacentes a la recesión con grosor y altura adecuados.
	Cobertura de recesiones gingivales con hipersensibilidad radicular.
	Progresión de la recesión.
	Cobertura de cuerdas del implante expuestas.
Contraindicaciones	Papilas adyacentes a la recesión con insuficiente grosor y altura.
	Enfermedad periodontal presente.
Desventajas	Requiere dos áreas quirúrgicas.
	Técnica difícil
Complicaciones	Hematoma en la zona quirúrgica
	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

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

Descripción del procedimiento según Harris:

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 en la zona receptora y en la zona donadora (paladar).	
4	Estudiante supervisado por el docente	Alisa la(s) superficie(s) radicular(es) expuestas.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Aplana las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión a bisel interno alrededor de la recesión y terminar apicalmente en vértice.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión horizontal poco profunda en la base de las papilas adyacentes a la recesión.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Desepiteliza las papilas adyacentes a la recesión por arriba de la incisión horizontal creando un lecho de tejido conectivo.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión vertical divergente a cada lado de las papilas mesial y distal desde su base hasta la mucosa alveolar.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Levanta el colgajo de espesor total hasta la línea mucogingival (LMG) y continúa con una disección de espesor parcial.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Sutura las papilas en la parte media creando un solo colgajo.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión horizontal subperióstica para eliminar la tensión y permitir el desplazamiento coronal del colgajo.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Desplaza el colgajo coronalmente sobre la(s) recesión(es) gingival(es) verificando que esté libre de tensión.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla con las dimensiones de la zona donadora .	
15	Estudiante supervisado por el docente	Obtiene de la zona donadora , un injerto de tejido conectivo.	Ver procedimiento de injerto subepitelial de tejido conectivo
16	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto dentro del colgajo a nivel del la unión cemento esmalte (UCE) adaptándolo sobre las	

		superficies radiculares expuestas y áreas interproximales.	
17	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el injerto sobre los lechos de tejido conectivo creados interproximalmente con puntos aislados o continuos.	
18	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo de doble papila coronalmente a 2 mm. por arriba de la unión cemento esmalte cubriendo el injerto en la parte media y dejándolo expuesto en las zonas laterales.	
19	Estudiante supervisado por el docente	Coloca apósito quirúrgico sobre el colgajo y en la parte del injerto expuesto.	
20	Estudiante supervisado por el docente	Cubre la zona donadora del paladar con apósito quirúrgico y coloca el protector de acrílico prefabricado.	
21	Estudiante supervisado por el docente	Retira la sutura siete a diez días después.	
22	Estudiante	Elabora y firma la receta.	Receta
23	Estudiante supervisado por el docente	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
24	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución

25	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
26	Estudiante	Da cita para revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento de injerto subepitelial de tejido conectivo
	Receta
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Carnet de citas



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesar con técnica infiltrativa en la zona donadora y receptora.

3

Alisar las superficies radiculares expuestas.

4

Aplanar las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.

5

6

Realizar incisión a bisel interno alrededor de la recesión y terminar apicalmente en vértice.

6

Realizar incisión horizontal poco profunda en la base de las papilas adyacentes a la recesión.

7

Desepitelizar las papilas adyacentes por arriba de la incisión horizontal.

8

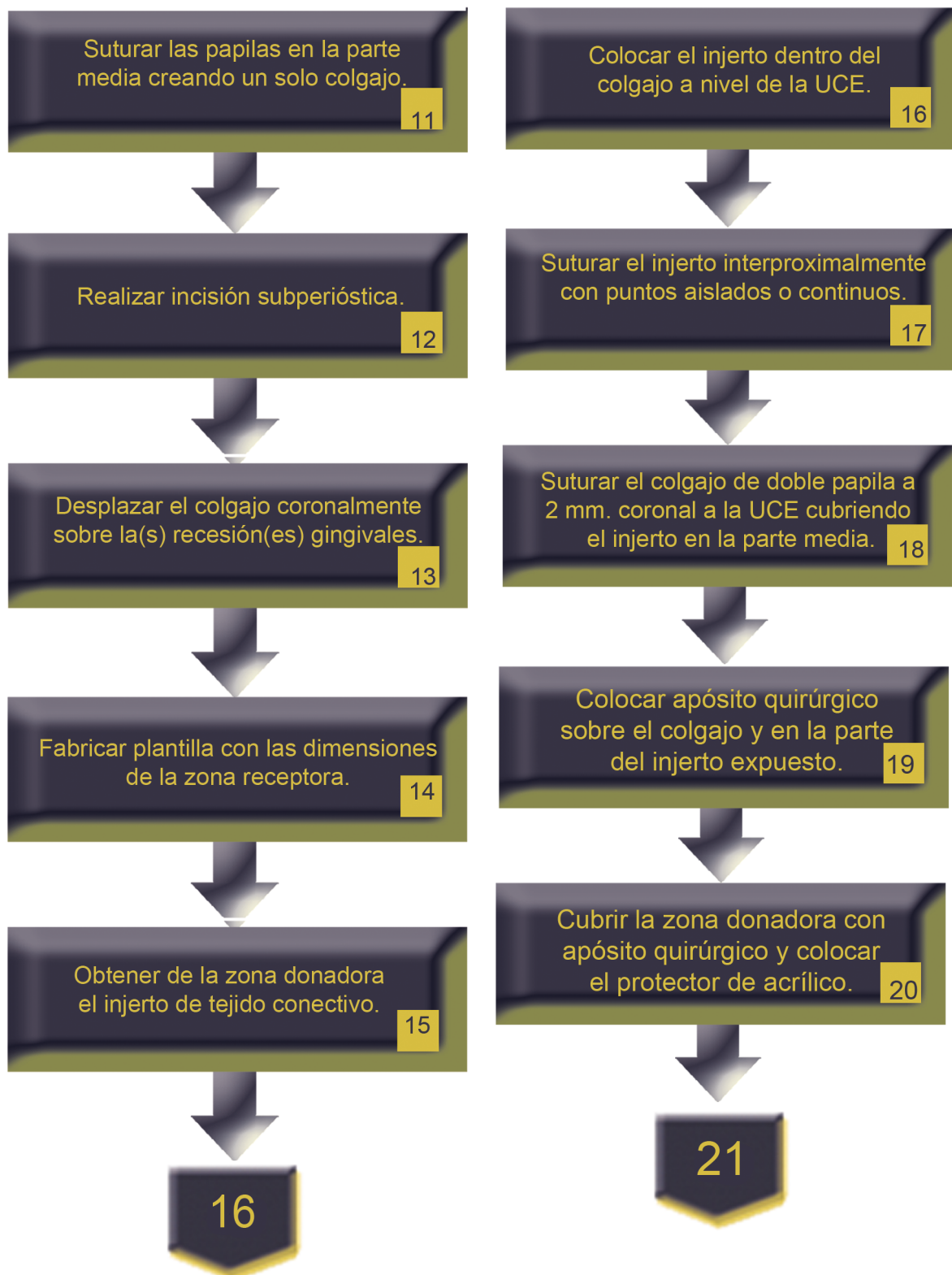
Realizar incisión vertical divergente a cada lado de las papilas mesial y distal hasta la mucosa alveolar.

9

Levantar el colgajo de espesor total hasta la LMG y continuar con espesor parcial.

10

11





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 40	INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL CON TÉCNICA DE SOBRE
Propósito	Cubrir recesión(es) gingival(es) con la utilización de un injerto de tejido blando subepitelial, sin realizar incisiones liberatrices para detener el progreso de la recesión, eliminar la hipersensibilidad y mejorar la estética.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the envelope technique. J Periodontol. 1985; 56(7): 397-402
	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía Plástica Periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T .Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo dos: 987-989
	Takei H, Azzi R, Han TJ. Cirugía plástica y cosmética periodontal. En: Carranza FA, Newman MG, Takei HH. Periodontología clínica. 10ª. ed. México, D. F.: McGraw-Hill/Interamericana; 2010:1021-1022
	Sato N. Cirugía Periodontal: Atlas clínico. Chicago, IL: Quintessence; 2000. p. 381-385
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros absorbible y no absorbible
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Elevadores de Periostio: P20, Hopkins P1		Riñonera
	Retractor Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Fresa de diamante, forma de balón, de baja velocidad		Apósito quirúrgico
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Eyector de saliva
	Pinza de Adson,		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril.
	Pinza de Corn		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Porta agujas		Modelo de yeso del maxilar superior
	Tijeras para sutura		Protector palatino prefabricado de acrílico
	Loseta, espátula para cemento		
	Manguera de succión		
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Cobertura de recesión(es) gingival(es) Clase I, II y III.
	Cuando no hay suficiente encía queratinizada.
	Papilas anchas.
	Cobertura de recesiones gingivales con hipersensibilidad radicular.
	Progresión de la recesión.
Contraindicaciones	Grosor inadecuado en la zona donadora palatina.
	Enfermedad periodontal presente.
Desventajas	Requiere dos áreas quirúrgicas.
	Recesión única o unos cuantas recesiones limitadas al sitio donador de tejido conectivo subepitelial.
	Técnica difícil.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

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

Descripción del procedimiento según Raetzke:

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 en la zona receptora y en la zona donadora (paladar).	
4	Estudiante supervisado por el docente	Alisa la(s) superficie(s) radicular(es) expuestas.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Aplana las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión intrasural formando un collar de tejido alrededor del diente del espesor que corresponda a la profundidad del surco gingival.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión de espesor parcial a través de la incisión intrasural llegando hasta la línea mucogingival, creando un sobre.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla con las dimensiones de la zona receptora .	

9	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la plantilla en la zona donadora , sobre el paladar, en la zona de premolares y primer molar.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión horizontal a 3 o 4 mm del margen gingival siguiendo el tamaño de la plantilla.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo de espesor parcial.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Diseca el injerto de tejido conectivo a través de la incisión horizontal a una profundidad no mayor de 2 mm.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto sobre la mesa de Mayo en una gasa humedecida con solución fisiológica.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Reposiciona el colgajo del paladar y realiza presión con una gasa por varios minutos para favorecer la hemostasia.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Sutura la incisión del paladar con puntos suspensorios en cruz.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Revisa sobre la gasa humedecida el injerto y remueve el tejido adiposo y cualquier irregularidad.	
17	Estudiante supervisado por el docente	Introduce el injerto dentro del sobre, adaptándolo sobre las superficies radiculares expuestas.	

18	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una ligera presión con una gasa, hasta que pare el sangrado y el injerto esté firmemente colocado.	
19	Estudiante supervisado por el docente	Deja sin suturar o solo coloca cianocrilato médico por seguridad.	
20	Estudiante supervisado por el docente	Verifica que no se mueva el injerto.	
21	Estudiante supervisado por el docente	Cubre la zona receptora con apósito quirúrgico.	
22	Estudiante supervisado por el docente	Cubre la zona donadora con apósito quirúrgico y coloca el protector de acrílico prefabricado.	
23	Estudiante supervisado por el docente	Retira el apósito quirúrgico y suturas siete días después.	
24	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
25	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
26	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
27	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
28	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

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



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa en la zona donadora y receptora.

3

Alisar las superficies radiculares expuestas.

4

Aplanar las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.

5

6

Realizar incisión intrasural a la profundidad del surco gingival.

6

Realizar incisión de espesor parcial a través de la incisión intrasural llegando hasta la LMG creando un sobre.

7

Fabricar plantilla con las dimensiones del lecho receptor.

8

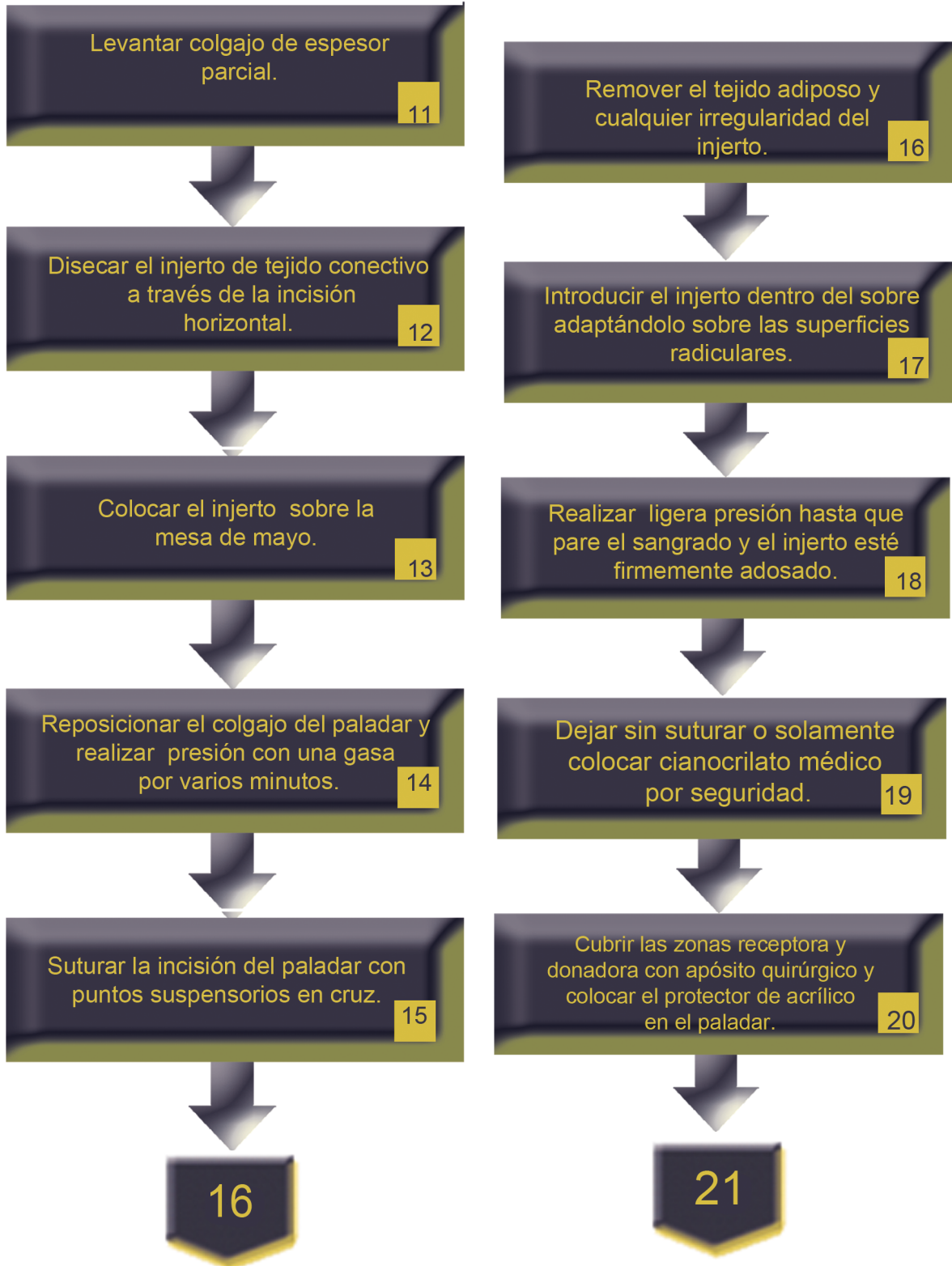
Colocar plantilla en la zona donadora, sobre el paladar en la zona de premolares y primer molar.

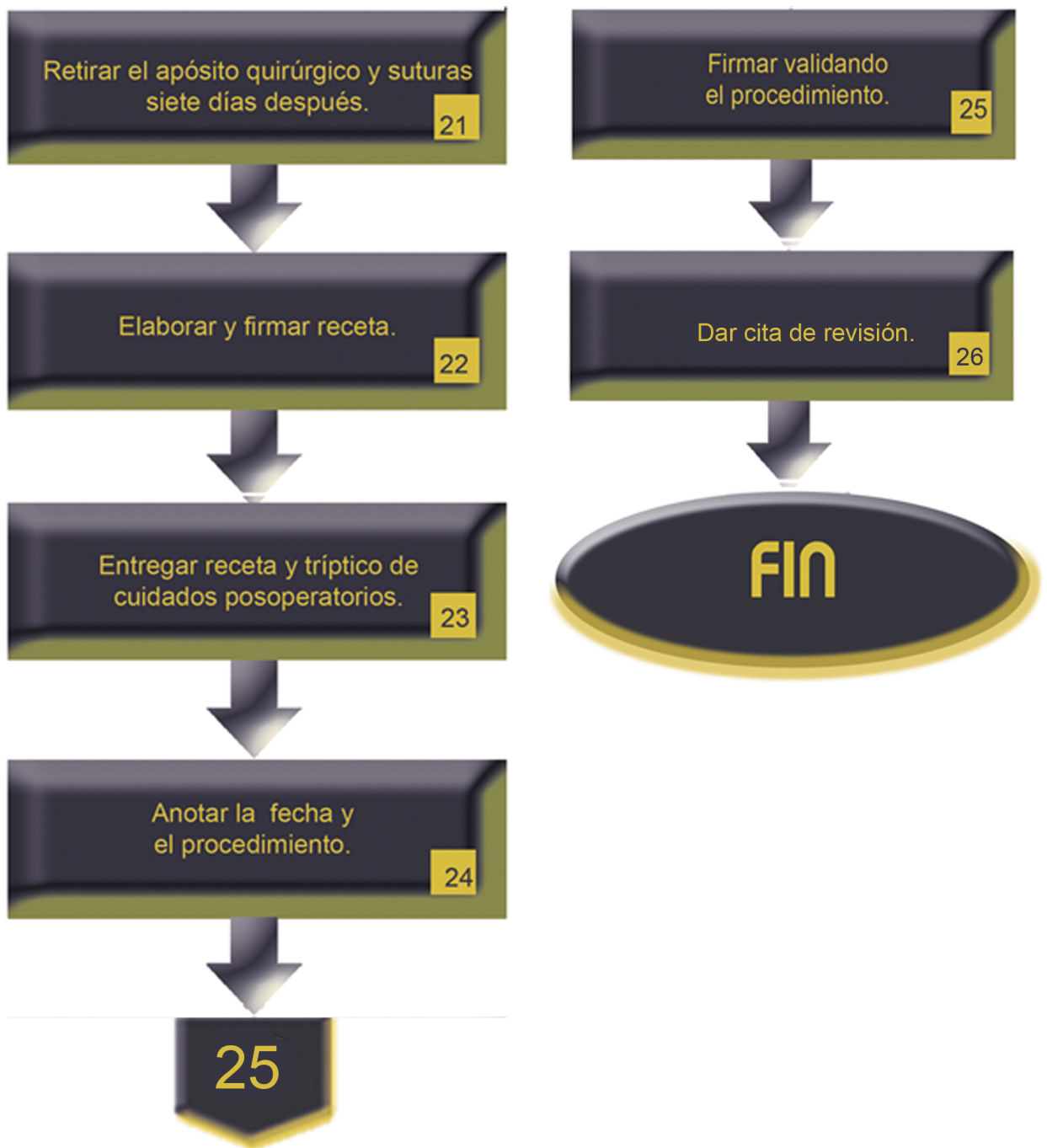
9

Realizar incisión horizontal a 3 o 4 mm del margen gingival siguiendo el tamaño de la plantilla.

10

11





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 41	INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL CON TÉCNICA DE TÚNEL
Propósito	Cubrir múltiples recesiones gingivales adyacentes y ganar encía insertada en un solo procedimiento mínimamente invasivo para detener el progreso de la recesión, eliminar la hipersensibilidad radicular, evitar la caries radicular y mejorar la estética con una apariencia gingival natural.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Santarelli G.A. Connective tissue grafting employing the tunnel technique: a case report of complete root coverage in the anterior maxilla. Int J Periodontics Restorative Dent. 2001; 21(1): 77-83
	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía Plástica Periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo dos: 987-990
	Zabalegui I, Sicilia A, Cambra J, Gil J, Sanz M. Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft: a clinical report. Int J Periodontics Restorative Dent. 1999; 19 (2): 199-206
	Ribeiro F.S. Tunnel technique with a surgical maneuver to increase the graft extension: Case report with a 3-year follow-up. J Periodontol. 2008; 79(4): 753-758
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros absorbible y no absorbible.
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Elevadores de Periostio: P20, Hopkins P1		Riñonera
	Retractor Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Fresa de diamante, forma de balón, de baja velocidad		Apósito quirúrgico
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Eyector de saliva
	Pinza de Adson, de Corn		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril.
	Porta agujas		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril.
	Tijeras para sutura		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Loseta, espátula para cemento		Modelo de yeso del maxilar superior
	Manguera de succión		Protector palatino prefabricado de acrílico
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Cobertura de recesiones gingivales múltiples adyacentes Clase I, II de Miller.
	Aumento de tejido queratinizado y cobertura radicular en el mismo procedimiento.
	Papilas interproximales gruesas y anchas (biotipo grueso).
	Cobertura de recesiones gingivales con hipersensibilidad radicular.
	Progresión de la recesión.
Contraindicaciones	Recesiones gingivales clase III y IV de Miller.
	Recesiones gingivales anchas.
	Biotipo delgado: papilas interproximales angostas y delgadas.
	Grosor inadecuado en la zona donadora palatina, que comprometa la obtención del injerto de tejido conectivo subepitelial.
	Enfermedad periodontal presente.
Desventajas	Requiere dos áreas quirúrgicas.
	Dificultad en preparar el sitio receptor. Evitar perforar el colgajo y evitar perforar o desgarrar las papilas.
	Dificultad en colocar y fijar el injerto de tejido conectivo subepitelial en el sitio receptor.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

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

Descripción del procedimiento Santarelli:

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 en la zona receptora y en la zona donadora (paladar).	
4	Estudiante supervisado por el docente	Alisa las superficies radicales expuestas.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Aplana las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión intrasurcal de espesor parcial alrededor de cada recesión.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza disección parcial extendiéndose lateralmente a través de la papila; esta incisión debe extenderse de 3 a 5 mm tanto por mesial como por distal a las recesiones.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Levanta el colgajo en forma de túnel por debajo de las papilas hasta la línea mucogingival (LMG).	

9	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla con las dimensiones de la zona receptora .	
10	Estudiante supervisado por el docente	Obtiene de la zona donadora el injerto de tejido conectivo siguiendo la técnica de sobre.	Ver procedimiento de injerto de tejido conectivo subepitelial con técnica de sobre.
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto sobre la mesa de Mayo en una gasa humedecida con solución fisiológica.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Reposiciona el colgajo del paladar y realiza presión con una gasa por varios minutos para favorecer la hemostasia.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo del paladar con puntos suspensorios de cruz logrando cierre primario de la herida.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Revisa el injerto y remueve el tejido adiposo o cualquier irregularidad.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Pasa una sutura en extremo mesial y la otra en el extremo distal del injerto.	
17	Estudiante supervisado por el docente	Introduce las suturas a través de los extremos del túnel sacándolas por la recesión gingival mas céntrica y grande.	
18	Estudiante supervisado por el docente	Introduce el injerto dentro del túnel tirando las suturas en los dos sentidos.	

19	Estudiante supervisado por el docente	Acomoda el injerto dentro del túnel y sobre las superficies radiculares expuestas a nivel del la unión cemento esmalte (UCE) .	
20	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el injerto con puntos simples en los extremos del túnel.	
21	Estudiante supervisado por el docente	Cubre la zona donadora del paladar con apósito quirúrgico y coloca el protector de acrílico prefabricado.	
22	Estudiante supervisado por el docente	Retira el apósito quirúrgico y suturas siete días después.	
23	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
24	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
25	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
26	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
27	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento de injerto de tejido conectivo subepitelial con técnica de sobre
	Receta
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Carnet de citas



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa en la zona donadora y receptora.

3

Alisar las superficies radiculares expuestas.

4

Aplanar las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.

5

6

Realizar incisión intrasural de espesor parcial alrededor de cada recesión.

6

Realizar disección parcial extendiéndose lateralmente a través de la papila.

7

Levantar colgajo en forma de túnel por debajo de las papilas hasta la LMG.

8

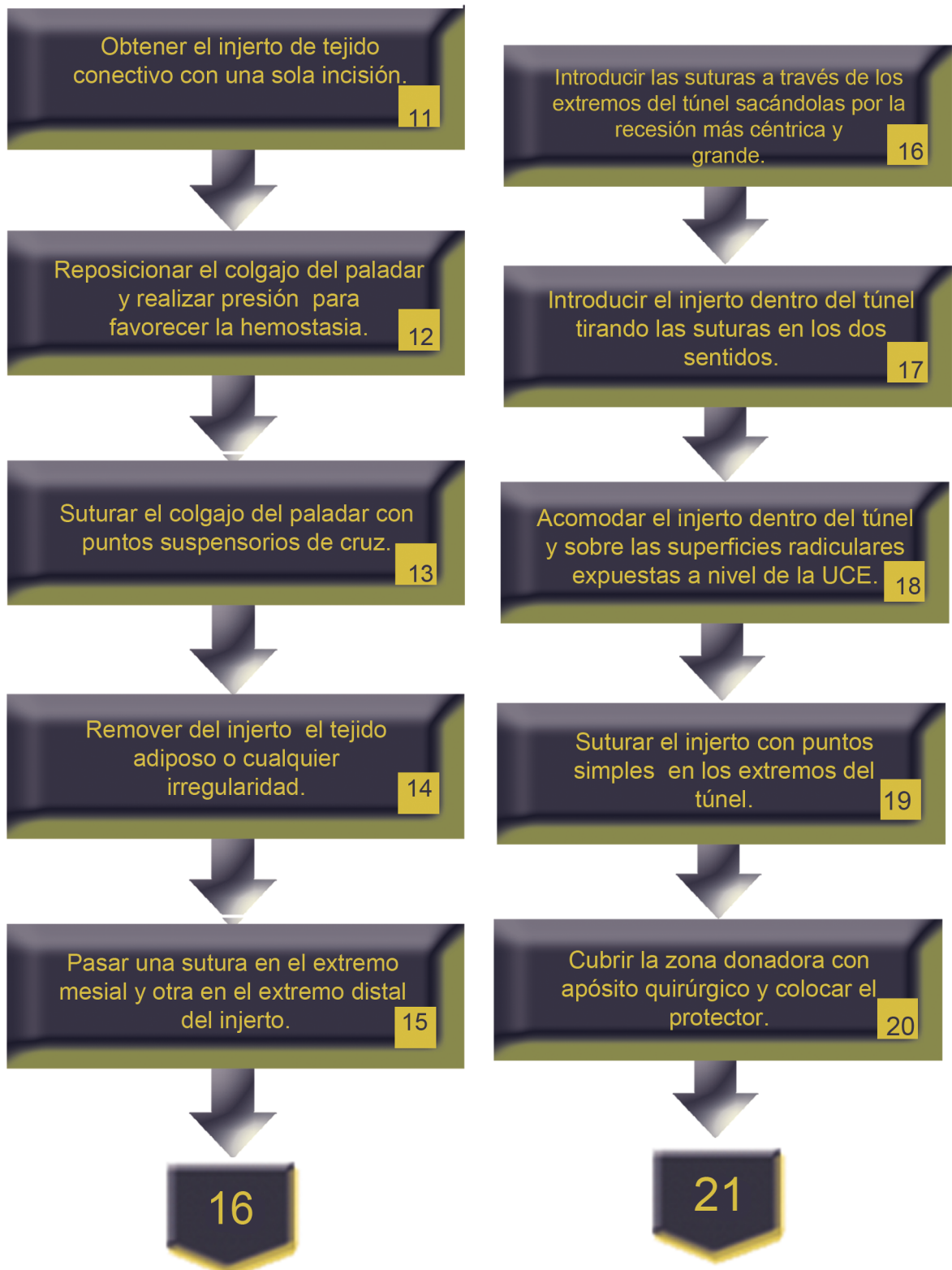
Fabricar plantilla con las dimensiones del lecho receptor.

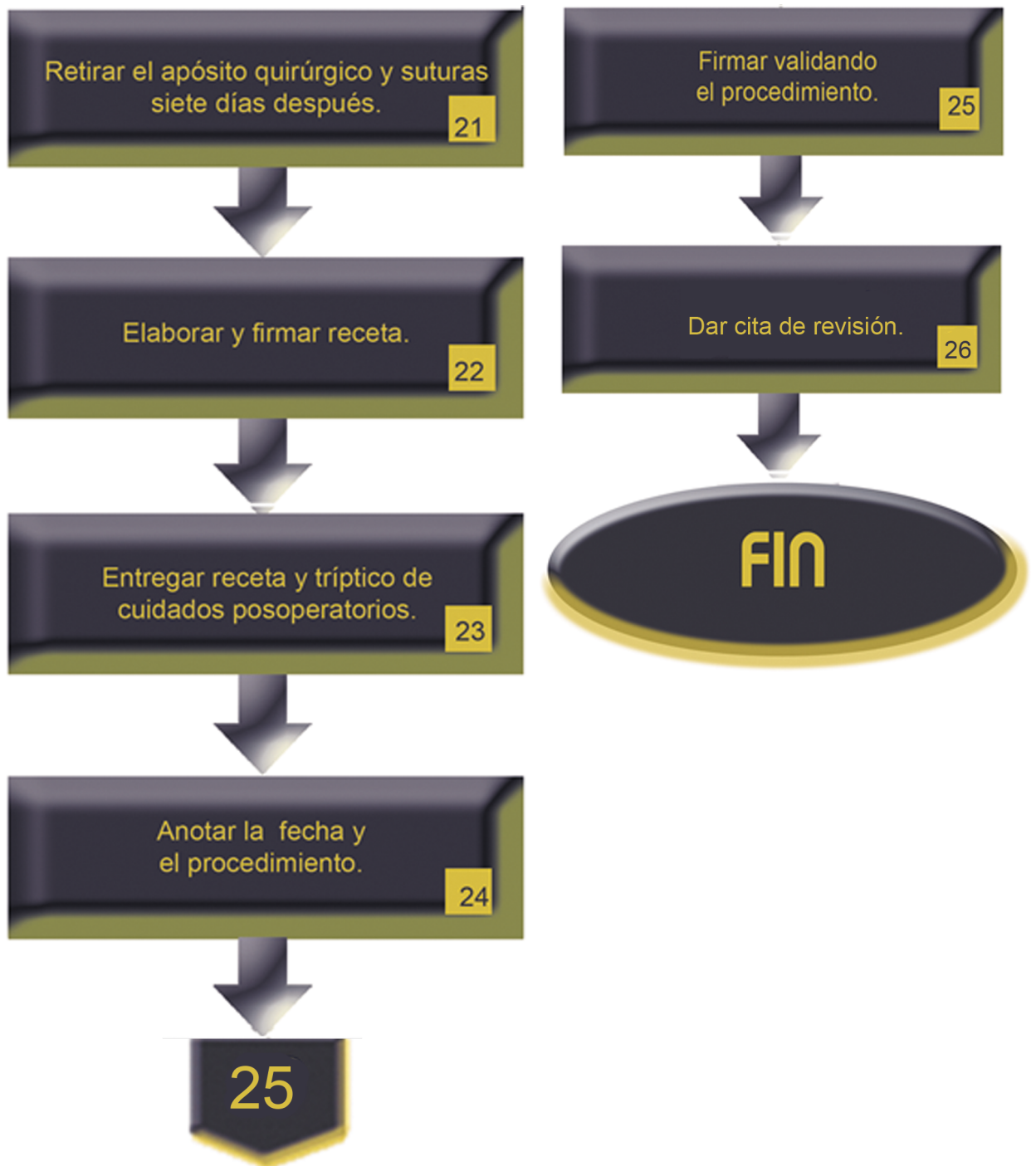
9

Colocar la plantilla sobre el paladar en la zona de premolares y primer molar.

10

11





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 42	INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL CON PROTEÍNAS DERIVADAS DE LA MATRIZ DEL ESMALTE
Propósito	Cubrir múltiples recesiones gingivales adyacentes y ganar encía insertada en un solo procedimiento con la utilización de un injerto de tejido blando junto con proteínas derivadas de la matriz del esmalte, para obtener ganancia de inserción, eliminar la hipersensibilidad radicular y mejorar la estética logrando una apariencia gingival natural.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Jaiswal Gagan; Kumar Rejesh; Khatri Parag. The effectiveness of enamel matrix protein (Emdogain) in combination with coronally advanced flap in the treatment of multiple marginal tissue recession. A clínica study. J Indian Soc Periodontol 2012; 16(2): 224-230
	Mc Guire Michael; Nunn Martha. Evaluation of human recession defects treated with coronally advanced flaps and either enamel matrix derivative or connective tissue. Part I: comparison of clinical parameters. J Periodontol 2003; 74 (8):1110-1125
	Rasperini Giulio; Roccuzzo Mario; Francetti Luca. Subepitelial connective tissue graft for treatment of gingival recessions with and without enamel matrix derivative: A multicenter, randomized controlled clinical trail. Int J Periodontics Restorative Dent 2011; 31(2):133-139
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros absorbible y no absorbible
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Elevadores de Periostio: P20, Hopkins P1		Riñonera
	Retractor Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Fresa de diamante, forma de balón, de baja velocidad		Prefgel de Ácido etilendiaminotetraacético (AEDT) al 24 %.
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Proteínas derivadas de la matriz del esmalte (PDME)
	Pinza de Adson sin dientes		Eyector de saliva
	Pinza de Corn		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Porta agujas, tijeras para sutura		
	Manguera de succión		
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Cobertura de recesiones gingivales múltiples adyacentes Clase I, II de Miller.
	Aumento de encía queratinizada.
	Aumentar el nivel de inserción.
	Regeneración ósea de la cresta vestibular.
	Progresión de la recesión.
Contraindicaciones	Recesiones gingivales clase III y IV de Miller.
	Enfermedad periodontal presente.
Desventajas	Costo del biomaterial a utilizar.
	Resultado comprobable hasta después de 6 meses.
	Técnica compleja
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

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

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 infiltrativa en la zona receptora y en la zona donadora (paladar).	
4	Estudiante supervisado por el docente	Alisa las superficies radiculares expuestas.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Aplana las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza el procedimiento de injerto de tejido conectivo subepitelial con técnica de sobre y antes de colocar el injerto sobre la superficie radicular.	Ver procedimiento de injerto de tejido conectivo subepitelial con técnica de sobre.
7	Estudiante supervisado por el docente	Acondiciona las superficies radiculares con AEDT por dos minutos.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Irriga abundantemente con suero fisiológico durante 20 segundos.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto dentro del colgajo a nivel del la unión cemento esmalte (UCE) y sobre las superficies radiculares expuestas y áreas interproximales.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Fija sobre la papila quirúrgica creada el injerto con punto aislado en uno de sus extremos con sutura absorbible.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Aplica las proteínas derivadas de la matriz del esmalte empezando por la zona más apical, cubriendo toda la superficie radicular.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Termina de suturar el injerto de tejido conectivo subepitelial.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo con puntos suspensorios a 2 mm coronal a la UCE.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Cubre la zona donadora del paladar con apósito quirúrgico y coloca el protector de acrílico prefabricado.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Retira la sutura siete a diez días después.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta	Receta

17	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
18	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
19	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
20	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento de injerto de tejido conectivo subepitelial con técnica de sobre.
	Receta
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Carnet de citas



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa en la zona donadora y receptora.

3

Alisar las superficies radiculares expuestas.

4

Aplanar las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.

5

6

Realizar el procedimiento de injerto de tejido conectivo subepitelial con técnica de sobre y antes de colocar el injerto sobre la superficie radicular.

6

Acondicionar las superficies radiculares con AEDT por 2 min.

7

Irigar abundantemente con suero fisiológico durante 20 segundos.

8

Colocar el injerto dentro del colgajo a nivel del la UCE y sobre las superficies radiculares expuestas y áreas interproximales.

9

Fijar sobre la papila quirúrgica creada el injerto, con punto aislado en uno de sus extremos con sutura absorbible.

10

11

Aplicar las proteínas derivadas de la matriz del esmalte sobre la superficie radicular. 11



Terminar de suturar el injerto. 12



Suturar el colgajo con sutura suspensoria 2 mm coronal a la UCE. 13



Cubrir la zona donadora del paladar con apósito quirúrgico y colocar el protector de acrílico. 14



Retirar sutura siete a diez días después. 15



16

Elaborar y firmar receta. 16



Entregar receta y tríptico de cuidados posoperatorios. 17



Anotar la fecha y el procedimiento. 18



Firmar validando el procedimiento. 19



Dar cita de revisión. 20



FIA

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 43	ALOINJERTO DE MATRIZ DÉRMICA ACELULAR PARA AUMENTO DE ENCÍA ADHERIDA O MUCOSA PERIIMPLANTAR
Propósito	Aumentar la cantidad de encía adherida o mucosa periimplantar con aloinjerto de matriz dérmica acelular en sitios donde no exista cantidad suficiente para conservar dimensiones adecuadas de tejido blando alrededor de los dientes o implantes.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Mucogingival Therapy Periodontal Plastic Surgery; en: Lindhe J., Karring T., Lang N. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 5th ed. Médica Panamericana; Tomo Dos. 2009: 966-967
	Duarte CA, Pereira AL, Moreira de Castro MV, Cirugía Mucogingival en: Duarte CA, Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Colombia Livraria Santos Editora Ltda; 2004:182-187
	Otoni J, Fardin L, Borges E. Recubrimiento radicular por medio de injerto de tejido conjuntivo y de injerto alógeno. En: Otoni J. Cirugía Plástica Periodontal y Periimplantar; ed. Artes Médicas Latinoamérica; 2006: 244-258
	Wei PC, Laurell L, Geivelis M, Lingen MW, Maddalozzo D. Acellular dermal matrix allografts to achieve increased attached gingiva. Part 1. A clinical study. J Periodontol 2000; 71 (8) :1297-1305
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Retractor Minnesota		Dos riñoneras
	Bisturí Kirkland		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Pinza de Adson		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril
	Pinza de Corn		Aloinjerto de matriz dérmica acelular
	Portaagujas		Apósito quirúrgico
	Tijeras para sutura		Eyector de saliva
	Loseta		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Espátula para cemento		
	Manguera de succión		
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Poca cantidad de encía insertada o adherida.
	Eliminación de inserción de frenillos.
	Aumento de tejido blando en zona del reborde.
	Aumento de mucosa periimplantar.
Contraindicaciones	Cuando en la zona pueda realizarse un injerto desplazado lateral.
	En zona estética.
	Área con poca vascularización.
	Enfermedad periodontal presente.
	Alergia a los antibióticos utilizados en el producto.
	En pacientes con enfermedades autoinmunes.
Desventajas	Mayor tiempo de cicatrización.
	Considerable contracción posoperatoria del aloinjerto de matriz dérmica acelular.
	Deficiente armonía del color con los tejidos circundantes.
	Costo.
Complicaciones	Necrosis e infección del aloinjerto.
	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	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	Coloca en solución fisiológica por cinco minutos el aloinjerto para obtener hidratación estéril.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Desprende el revestimiento protector del aloinjerto.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Cambia el aloinjerto a otra riñonera con solución fisiológica nueva por otros cinco minutos.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa la zona receptora.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la preparación de la zona receptora siguiendo el procedimiento del injerto gingival libre para aumento de encía adherida.	Ver procedimiento injerto gingival libre para aumento de encía insertada
8	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla con las dimensiones de la zona receptora .	
9	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el aloinjerto sobre la mesa de Mayo en una gasa humedecida con solución fisiológica.	

10	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la plantilla sobre el aloinjerto.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Recorta el aloinjerto de matriz dérmica acelular contorneando la plantilla.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Lo coloca en la zona receptora con el lado del tejido conjuntivo hacia el periostio y realiza ligera presión sobre éste con una gasa humedecida con solución fisiológica.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Estabiliza el aloinjerto colocando puntos de sutura simples a cada lado de éste y suspensorias en cruz alrededor de los dientes.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Coloca apósito quirúrgico en la zona receptora.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Retira el apósito quirúrgico y las suturas 10-15 días después.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
17	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
18	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución

19	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
20	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Ver procedimiento injerto gingival libre
	Receta
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Carnet de citas

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Hidratar con solución fisiológica
el aloinjerto por 5 minutos.

3

Desprender el revestimiento
protector del aloinjerto.

4

Cambiar el aloinjerto a otra
riñonera con solución fisiológica
por otros 5 minutos.

5

6

Anestesiar con técnica infiltrativa la
zona receptora.

6

Realizar la preparación de la zona
receptora siguiendo el procedimiento
del injerto gingival libre.

7

Fabricar plantilla con las
dimensiones de la zona
receptora.

8

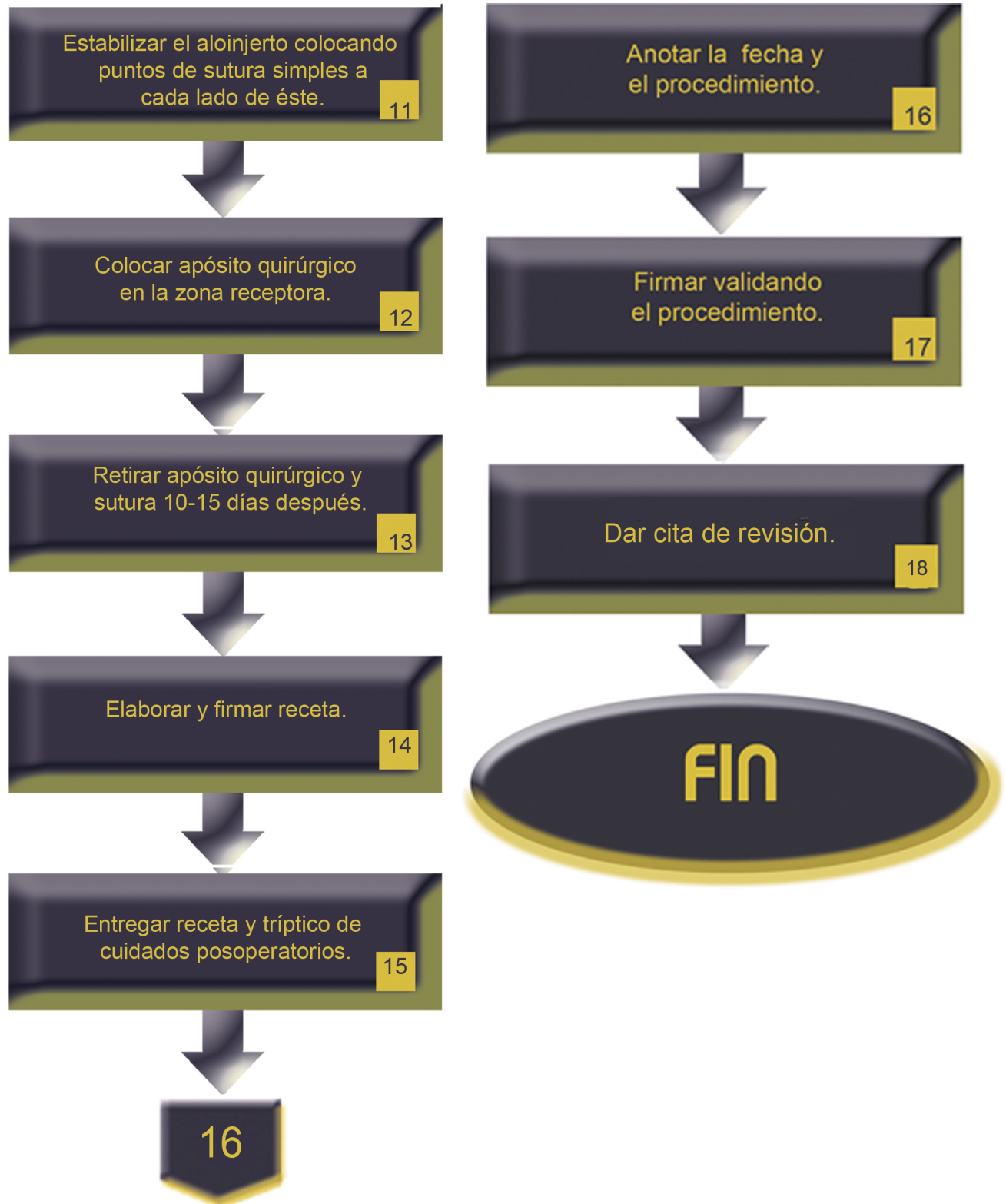
Recortar el aloinjerto contorneando
la plantilla.

9

Colocar el aloinjerto en la zona
receptora con el lado del tejido
conjuntivo hacia el periostio.

10

11



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 44	ALOINJERTO DE MATRIZ DÉRMICA ACELULAR CON DESPLAZADO CORONAL
Propósito	Cubrir recesiones gingivales con la utilización de un aloinjerto de matriz dérmica acelular evitando otro sitio quirúrgico para mejorar la estética, evitar caries y eliminar la hipersensibilidad de la raíz.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía Plástica Periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo dos: 966-967
	Duarte CA, Pereira AL, Moreira de Castro MV, Cirugía Mucogingival en: Duarte CA, Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Livraria Santos Editora Ltda; 2004. p.182-187
	Otoni J, Fardin L, Borges E. Recubrimiento radicular por medio de injerto de tejido conjuntivo y de injerto alógeno; en: Otoni J, Cirugía Plástica Periodontal y Periimplantar; ed. Artes Médicas Latinoamérica; 2006: 244-258
	Harris RJ. A comparative study of root coverage obtained with an acellular dermal matrix versus a connective tissue graft: results of 107 recession defects in 50 consecutively treated patients. Int J Periodontics Restorative Dent. 2000; 20 (1):51-59
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros absorbible y no absorbible
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Elevadores de Periostio: P20, Hopkins P1		Dos Riñoneras
	Retractor Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Pieza de baja velocidad		Eyector de saliva
	Fresa de diamante en forma de balón, de baja velocidad		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Aloinjerto de matriz dérmica acelular
	Pinza de Adson		Bolsa roja para desechos
	Pinzas de Corn		
	Porta agujas, tijeras para sutura		
	Manguera de succión		
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Cuando no exista tejido donador aceptable presente adyacente a la(s) recesión(es) y no se pueda o desee obtener un autoinjerto del paladar.
	Cobertura de recesión(es) gingival(es) Clase I, II y III de Miller con gran demanda estética.
	Cobertura de recesiones gingivales con hipersensibilidad radicular.
	Progresión de la recesión.
	Recesiones extensas y amplias.
	Cobertura de cuerdas del implante expuestas.
	Preservación del reborde.
	Aumento de anchura en reborde colapsado.
	Aumento de anchura de la mucosa periimplantar.
Contraindicaciones	Área con poca vascularización.
	Enfermedad periodontal presente.
	Alergia a los antibióticos utilizados en el producto.
	En pacientes con enfermedades autoinmunes.
Desventajas	Mayor tiempo de cicatrización.
	Considerable contracción posoperatoria del aloinjerto de matriz dérmica acelular.
	Puede requerirse de una gingivectomía postoperatoria para obtener mejor morfología.
	Costo.
Complicaciones	Necrosis e infección del aloinjerto.
	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

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

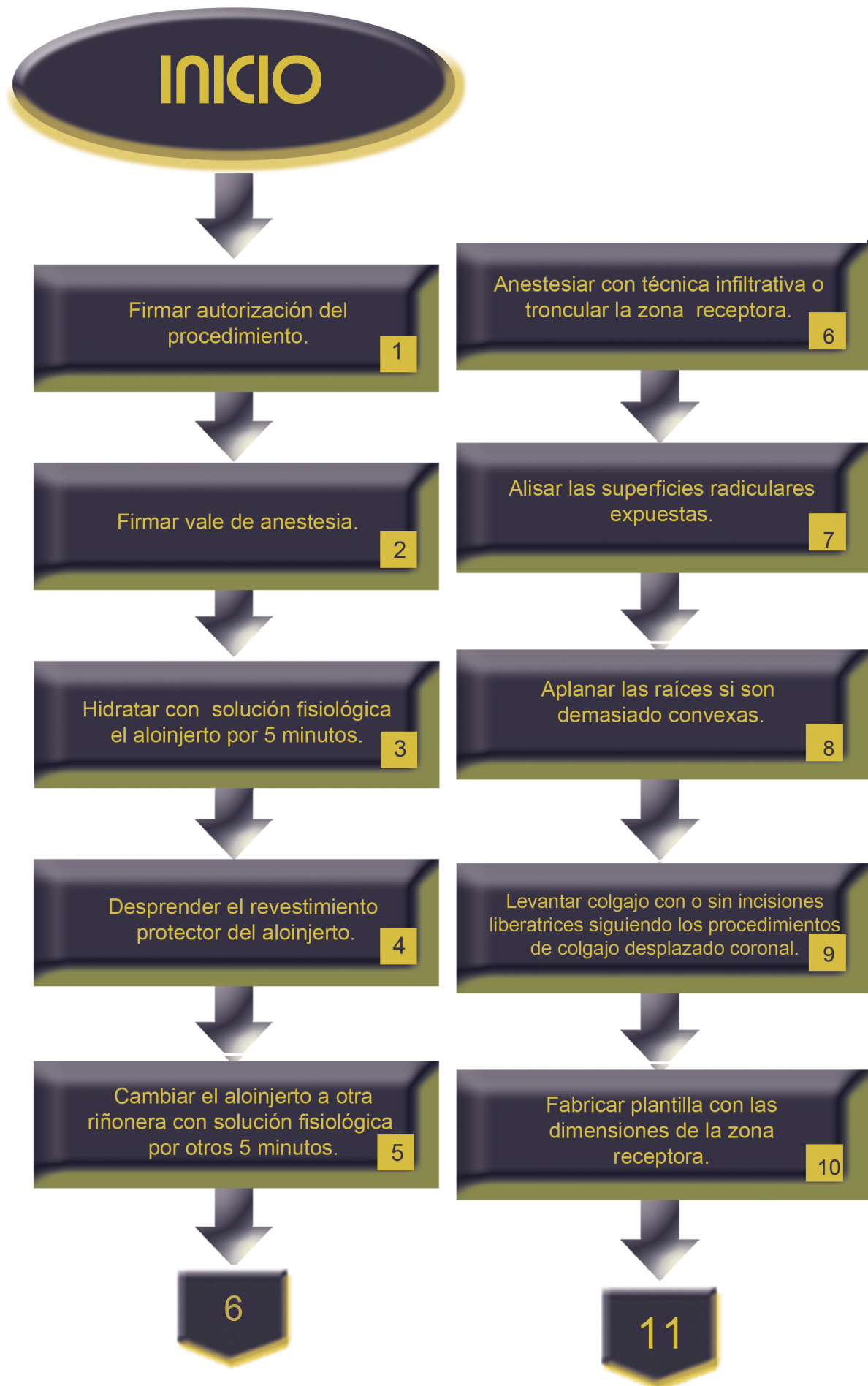
Descripción del procedimiento:

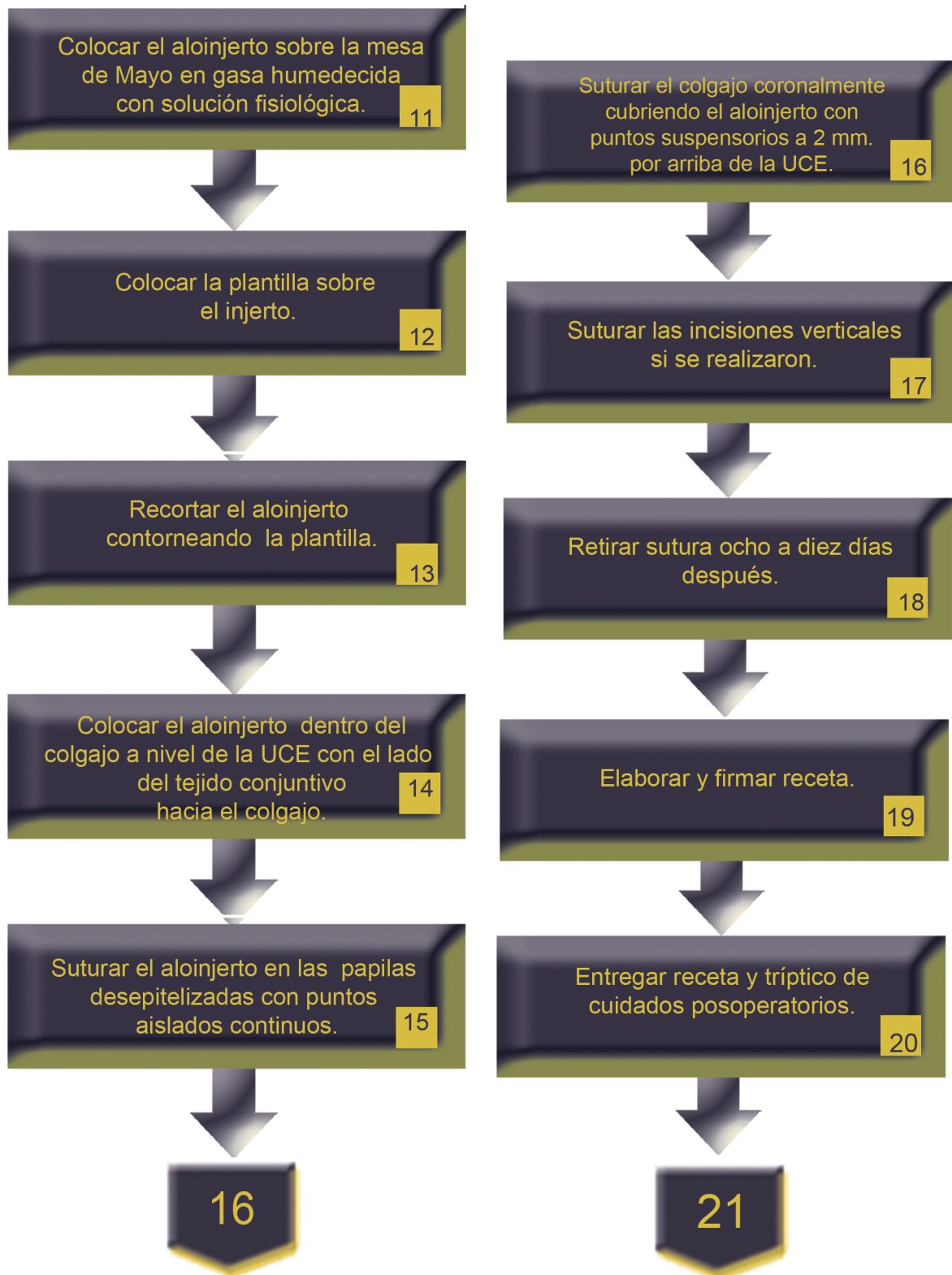
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Firma autorización del procedimiento.	Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Coloca en solución fisiológica por cinco minutos el aloinjerto para obtener hidratación estéril.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Desprende el revestimiento protector del aloinjerto.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Cambia a otra riñonera con solución fisiológica nueva por otros cinco minutos.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular la zona receptora.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Alisa las superficies radicales expuestas.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Aplana las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo desplazado coronal con o sin liberatrices siguiendo el procedimiento del colgajo desplazado coronal.	Ver procedimientos de colgajo desplazado coronal con incisiones liberatrices y para recesiones múltiples.

10	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla con las dimensiones de la zona receptora.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el aloinjerto sobre la mesa de Mayo en una gasa humedecida con solución fisiológica.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la plantilla sobre el aloinjerto.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Recorta el aloinjerto de matriz dérmica acelular contorneando la plantilla.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el aloinjerto dentro del colgajo a nivel de la unión cemento esmalte(UCE) con el lado del tejido conjuntivo hacia el colgajo.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el aloinjerto en las papilas desepitelizadas con puntos aislados o continuos.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo coronalmente cubriendo el aloinjerto con puntos suspensorios a 2 mm. por arriba de la UCE.	
17	Estudiante supervisado por el docente	Sutura las incisiones verticales si se realizaron.	
18	Estudiante supervisado por el docente	Retira las suturas ocho a diez días después.	

19	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
20	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
21	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
22	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
23	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento de colgajo desplazado coronal con incisiones liberatrices
	Procedimiento de colgajo desplazado coronal para recesiones múltiples
	Receta
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Carnet de citas





Anotar la fecha y
el procedimiento.

21

Firmar validando
el procedimiento.

22

Dar cita de revisión.

23

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 45	ALOINJERTO DE MATRIZ DÉRMICA ACELULAR CON TÉCNICA DE TÚNEL
Propósito	Cubrir recesiones gingivales múltiples adyacentes y ganar encía insertada en un solo procedimiento con la utilización de un aloinjerto de matriz dérmica acelular colocado en un colgajo en forma de túnel para detener el progreso de la recesión, eliminar la hipersensibilidad radicular, evitar la caries radicular y mejorar la estética.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía Plástica Periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo dos: 966-967
	Duarte CA, Pereira AL, Moreira de Castro MV, Cirugía Mucogingival en: Duarte CA, Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Livraria Santos Editora Ltda; 2004:182-187
	Otoni J, Fardin L, Borges E. Recubrimiento radicular por medio de injerto de tejido conjuntivo y de injerto alógeno; en: Otoni J, Cirugía Plástica Periodontal y Periimplantar; Sao Pablo Brasil: ed. Artes Médicas Latinoamérica; 2006: 244-258
	Manh DH. Treatment of gingival recession with a modified “tunnel” technique and an acellular dermal connective tissue allograft. Pract Proced Aesthet Dent. 2001;13 (1): 69-74

	Manh D. Esthetic correction of gingival recession using a modified tunnel technique and an acellular dermal connective tissue allograft. J Esthet Restor Dent. 2002; 14 (1): 18.23
	Manh D. Use of the Tunnel Technique and an acellular dermal matriz in the treatment of multiple adjacent teeth with gingival recession in the esthetic zone. Int J Periodontics Restorative Dent. 2010; 30 (6) :593-599
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiarse
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros absorbible y no absorbible.
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Elevadores de Periostio: P20, Hopkins P1		Dos Riñoneras
	Retractor Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Pieza de baja velocidad		Aloinjerto de matriz dérmica acelular
	Fresa de diamante, forma de balón, de baja velocidad		Eyector de saliva
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Pinza de Adson		
	Pinza de Corn		
	Porta agujas, tijeras para sutura		
	Manguera de succión		
Cánula quirúrgica de succión			

Indicaciones	Cobertura de recesiones gingivales múltiples adyacentes Clase I, II de Miller que no pueda o no se desee obtener un autoinjerto del paladar.
	Aumento de tejido queratinizado y cobertura radicular en el mismo procedimiento.
	Papilas interproximales gruesas y anchas. (Biotipo grueso)
	Cobertura de recesiones gingivales con hipersensibilidad radicular.
	Progresión de la recesión.
Contraindicaciones	Recesiones gingivales clase III y IV de Miller.
	Recesiones gingivales anchas.
	Biotipo delgado: papilas interproximales angostas y delgadas.
	Enfermedad periodontal presente.
	Área con poca vascularización.
	Alergia a los antibióticos utilizados en el producto.
	En pacientes con enfermedades autoinmunes.
Desventajas	Considerable contracción posoperatoria del aloinjerto de matriz dérmica acelular.
	Dificultad en colocar y fijar el aloinjerto en el sitio receptor.
	Costo.
Complicaciones	Perforación del colgajo o de las papilas.
	Necrosis e infección del aloinjerto.
	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	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	Coloca en solución fisiológica por cinco minutos el aloinjerto para obtener hidratación estéril.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Desprende el revestimiento protector del aloinjerto.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Cambia el aloinjerto a otra riñonera con solución fisiológica nueva por otros cinco minutos.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa en la zona receptora.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Alisa las superficies radicales expuestas.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Aplana las raíces, si son demasiado convexas para minimizar la curvatura.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo de túnel.	Ver procedimiento injerto de tejido conectivo subepitelial (ITCE) con técnica de túnel

10	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla con las dimensiones del lecho receptor.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el aloinjerto sobre la mesa de Mayo en una gasa humedecida con solución fisiológica.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la plantilla sobre el aloinjerto.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Recorta el aloinjerto de matriz dérmica acelular contorneando la plantilla.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Pasa una sutura en la parte mesial y otra en la parte distal del aloinjerto.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Introduce las dos suturas a través de los extremos del túnel sacándolas por la recesión gingival más céntrica y grande.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la sutura en el aloinjerto e introdúcelo dentro del túnel jalando las suturas en los dos sentidos.	
17	Estudiante supervisado por el docente	Acomoda el aloinjerto dentro del túnel y sobre las superficies radiculares expuestas a nivel de la unión cemento esmalte (UCE).	
18	Estudiante supervisado por el docente	Estabiliza el aloinjerto colocando puntos de sutura simples en los extremos del túnel.	

19	Estudiante supervisado por el docente	Retira las suturas siete días después.	
20	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
21	Estudiante supervisado por el docente	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
22	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
23	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
24	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento injerto de tejido conectivo subepitelial con técnica de túnel
	Receta
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Carnet de citas



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Hidratar con solución fisiológica el aloinjerto por 5 minutos.

3

Desprender el revestimiento protector del aloinjerto.

4

Cambiar el aloinjerto a otra riñonera con solución fisiológica por otros 5 minutos.

5

6

Anestesiar con técnica infiltrativa o troncular la zona receptora.

6

Alisar las superficies radiculares expuestas.

7

Aplanar las raíces si son demasiado convexas.

8

Levantar colgajo en túnel siguiendo el procedimiento del ITCS con técnica de túnel.

9

Fabricar plantilla con las dimensiones de la zona receptora.

10

11





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 46	REGENERACIÓN TISULAR GUIADA PARA COBERTURA RADICULAR
Propósito	Cubrir una recesión gingival con la utilización de un injerto desplazado coronal y membrana absorbible (lenta absorción) o no absorbible para regenerar hueso alveolar, cemento radicular y ligamento periodontal además de eliminar la hipersensibilidad radicular y mejorar la estética.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Pini Prato G, Tinti C, Vincenzi G, Magnani C, Cortellini P, Clauser C. Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal gingival recession. J Periodontol. 1992; 63(11): 919-928
	Wang HL, Modarressi M, Fu JH. Utilizing collagen membranes for guided tissue regeneration-based root coverage. Periodontol 2000. 2012; 59(1):140-157
	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia mucogingival – Cirugía plástica periodontal. En: Lindhe J, Lang N, Karring T Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo Dos: 980-983
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 5 ceros absorbible y 4 ceros no absorbible
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Elevadores de Periostio: Hopkins, P 20		Riñonera
	Retractor Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Curetas para áreas específicas (anteriores/posteriores)		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Pieza de baja velocidad		Membrana absorbible o no absorbible con refuerzo de titanio
	Fresa de diamante, forma de balón, de baja velocidad		Eyector de saliva
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Bolsa roja para desechos infecto- contagiosos
	Pinza de Adson		
	Pinza de Corn		
	Porta agujas, tijeras para sutura		
	Manguera de succión		
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Cobertura de recesión gingival Clase I o II de Miller.
	Recesión que no se extienda mas allá de la línea mucogingival.
	Presencia de por lo menos 1 mm de encía queratinizada apical a la recesión.
	Presencia de 1 a 3 mm de espesor de encía queratinizada por debajo del margen gingival libre.
	Cobertura de recesión gingival con hipersensibilidad radicular.
Contraindicaciones	Recesión gingival clase III y IV de Miller.
	Enfermedad periodontal presente.
Desventajas	Costo elevado del biomaterial.
	Técnica difícil. Requiere de entrenamiento previo.
	Desplazamiento coronal de la línea mucogingival.
	Puede producirse descubrimiento de la parte marginal de la membrana y riesgo de infección.
Complicaciones	Exposición de la membrana requiriendo de supervisión y cuidados postoperatorios estrictos.
	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

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

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 infiltrativa en la zona receptora.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Alisa la superficie radicular expuesta.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Aplana la raíz o desgasta para obtener un perfil cóncavo para proveer un espacio para la formación de tejido periodontal. (No es necesario si se utiliza una membrana no absorbible con refuerzo de titanio).	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza el procedimiento de colgajo desplazado coronal (con incisiones verticales) y antes de suturar.	Ver procedimiento de colgajo desplazado coronal (con incisiones verticales)
7	Estudiante supervisado por el docente	Recorta la membrana de un tamaño 3 mm mas allá del defecto de la recesión.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la membrana sobre la recesión a nivel de la UCE extendiéndose 3 mm más allá de los bordes óseos.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Sutura la membrana con puntos suspensorios o aislados interproximalmente (con sutura 5 ceros absorbible).	
10	Estudiante supervisado por el docente	Adapta el colgajo a 2 mm coronal a la unión cemento- esmalte cubriendo completamente la membrana.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo con puntos aislados o suspensorios en las papilas desepitelizadas y después las incisiones verticales.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Retira las suturas diez a quince días después.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
14	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
15	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
16	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
17	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento de colgajo desplazado coronal (con incisiones verticales)
	Receta
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Carnet de citas



INICIO

Firmar autorización del
procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa
en la zona receptora.

3

Alisar la superficie
radicular expuesta.

4

Aplanar la raíz o degastar para obtener
un perfil cóncavo.
(No necesario si se utiliza
una membrana con refuerzo de titanio).

5

6

Realizar el procedimiento de colgajo
desplazado coronal (con incisiones
verticales) y antes de suturar.

6

Recortar la membrana de un tamaño
3 mm mas allá del defecto de la
recesión.

7

Colocar la membrana sobre la recesión
a nivel de la UCE extendiéndose 3mm
fuera de los bordes óseos.

8

Suturar la membrana con puntos
suspensorios o aislados
interproximalmente.

9

Adaptar el colgajo a 2 mm coronal a
la UCE cubriendo completamente
la membrana.

10

11

Suturar el colgajo con puntos aislados o suspensorios en las papilas y las incisiones verticales. 11



Retirar las suturas 10 a 15 días después. 12



Elaborar y firmar receta. 13



Entregar receta y tríptico de cuidados posoperatorios. 14



Anotar la fecha y el procedimiento. 15



16

Firmar validando el procedimiento. 16



Dar cita de revisión. 17



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 47	FIBROTOMÍA SUPRAPRESTAL CIRCUNFERENCIAL
Propósito	Aliviar la influencia de las fibras periodontales supracrestales que presumiblemente tienen una reincidencia rotacional sobre los dientes rotados ortodóncicamente.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Duarte C. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética.Sao Pablo Brasil: Livraria Santos Editora Ltda; 2004: 216-217
	Zachrisson B. Tooth movement in the periodontally compromised patient. En: Lindhe J, Lang N, Karring T. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo Dos:1224
	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía plástica periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009. Tomo dos: 1005
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1x4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
	Jeringa tipo carpule		Hoja de bisturí No. 15, 12, 11. 15c
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Retractor Minnesota		Riñonera
	Cánula de aspiración de Ferguson		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Manguera de succión		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
			Eyector de saliva
			Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos

Indicaciones	Dientes con rotación que reciben y recibieron tratamiento de ortodoncia.
Contraindicaciones	Dientes que no están o estuvieron rotados.
	Proceso inflamatorio o infeccioso gingival.
Desventajas	Requiere anestesia local
Complicaciones	Alergia al anestésico
	Hemorragia posoperatoria en la zona

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

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

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 infiltrativa.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Delimita con el bisturí toda la zona subgingival del diente(s) desinsertando el tejido supracrestal.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Revisa a los ocho días la condición gingival.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
7	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
8	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de Evolución
9	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
10	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

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



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa.

3

Delimitar con el bisturí toda la zona subgingival del diente(s) desinsertando el tejido supracrestal.

4

Revisar a los ocho días la condición gingival.

5

6

Elaborar y firmar receta.

6

Entregar receta y tríptico de cuidados posoperatorios.

7

Anotar la fecha y el procedimiento.

8

Firmar validando el procedimiento.

9

Dar cita de revisión.

10

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 48	INJERTO DESPLAZADO APICAL PARA DESCUBRIMIENTO DE DIENTES IMPACTADOS
Propósito	Conservar la anchura de la encía queratinizada para preservar la salud periodontal durante el descubrimiento de dientes impactados.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Pini P, Baccetti T, Magnan C et al. Mucogingival interceptive surgery of buccally-erupted premolars en patients scheduled for orthodontic treatment. II Surgical treated versus no surgical treated cases. J. Periodontol 2000; 71(2); 172-81
	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía plástica periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T.Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo dos:1005-1008
	Glover M. Periodontal Plastic and Reconstructive surgery. En :Rose LF, Mealey BL, Genco RJ, Cohen DW. Periodontics: Medicine, Surgery and Implants. St. Louis, MO.: Mosby; 2004: 449-451
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Elevador de Periostio Prichard 3		Riñonera
	Pinzas de Adson		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Porta agujas		Solución isotónica de cloruro de sodio
Tijeras para sutura		Eyector de saliva	
Manguera de succión		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos	
Cánula quirúrgica de succión			

Indicaciones	Cuando la cúspide del diente permanente esté erupcionado en la mucosa alveolar ligeramente apical a la LMG.
	Puede hacerse en varios dientes impactados contiguos.
Contraindicaciones	Suficiente cantidad de encía insertada apical al diente impactado.
	Mala higiene oral.
Complicaciones	Alergia al anestésico o sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

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

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 infiltrativa.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión en el borde incisal del diente impactado.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Realiza dos incisiones liberatrices extendiéndose apicalmente más allá de la línea mucogingival.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo de espesor total que incluya toda la encía correspondiente al diente impactado.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Desplaza el colgajo apicalmente dejando expuesta la corona del diente impactado.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Sutura con puntos aislados a cada lado de las incisiones liberatrices.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Coloca apósito quirúrgico en la zona si queda expuesto tejido conectivo.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Retira el apósito y suturas ocho días después y coloca el botón ortodóncico.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
12	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
13	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
14	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
15	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

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



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa.

3

Realizar incisión en el borde incisal del diente impactado.

4

Realizar dos incisiones liberatrices extendiéndose apicalmente más allá de la línea mucogingival.

5

6

Levantar un colgajo de espesor total que incluya toda la encía del diente impactado.

6

Desplazar el colgajo apicalmente dejando expuesta la corona del diente impactado.

7

Suturar con puntos aislados a cada lado de las incisiones liberatrices.

8

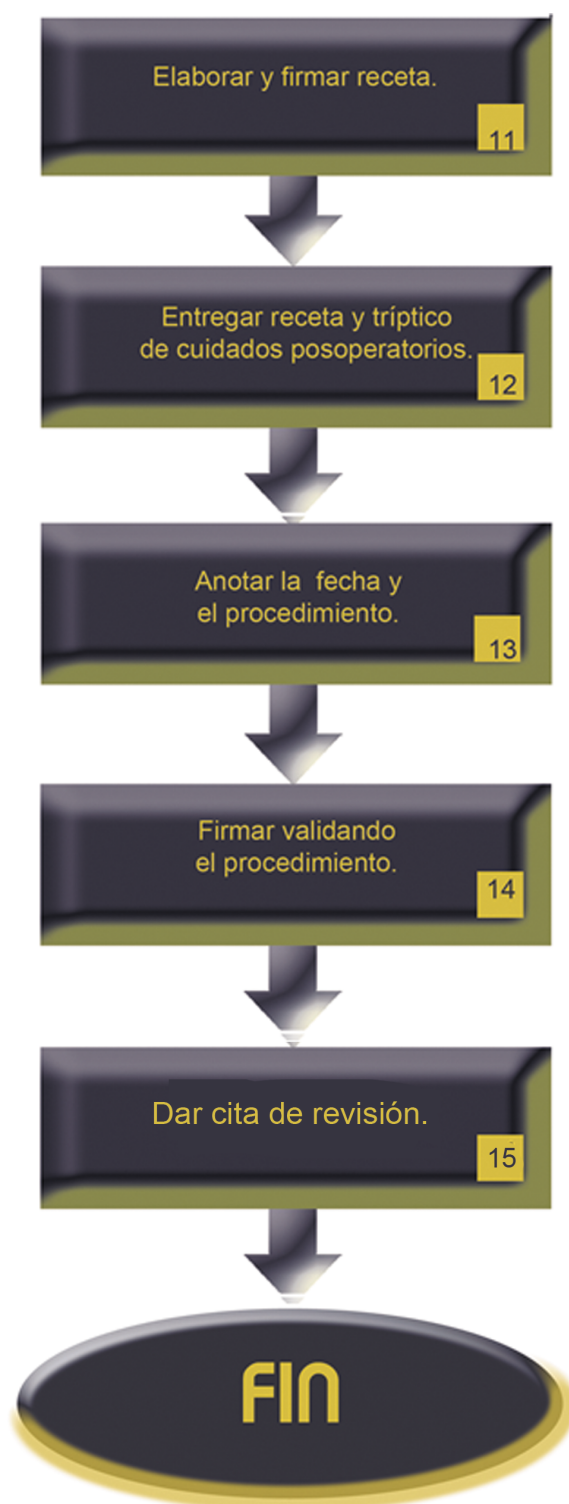
Colocar apósito quirúrgico en la zona si queda expuesto tejido conectivo.

9

Retirar el apósito y suturas ocho días después y colocar el botón ortodóncico.

10

11



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 49	CORTICOTOMÍA
Propósito	Realizar cortes sobre el hueso cortical para acelerar el tratamiento ortodóncico mejorando así los resultados y la estabilidad del periodonto a largo plazo.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencia	Vercellotti T. & Andrea M.: Orthodontic Microsurgery: A New Surgically Guide Technique for Dental Movement. Int J Periodontics Restorative Dent. 2007; 2007 ;27(4):325-31
	Wilcko Th., Wilcko W. & Bissada N. An evidence-based analysis of periodontally accelerated orthodontic and osteogenic techniques: A synthesis of scientific perspectives Semin Orthod 14;2008
	Wilcko MT, Wilcko WM, Pulver JJ, Bissada NF, Bouquot JE. Accelerated osteogenic orthodontics technique: a 1-stage surgically facilitated rapid orthodontic technique with alveolar augmentation. J Oral Maxillofac Surg. 2009; 67(10): 2149-59
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Bisturí de Kirkland 15/16		Riñonera
	Bisturí de Buck 5/6		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Elevadores de periostio Prichard No.3		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Retractores: Minnesota, Columbia y O-ring		Eyector de saliva
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Bisturí piezoeléctrico		
	Puntas para el bisturí piezoeléctrico		
	Pinza de Adson		
	Pinza de Corn		
	Porta agujas		
	Tijeras para sutura		
	Manguera de succión		
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Donde se desee aumentar el volumen alveolar.
	Corrección de dehiscencias y fenestraciones.
	Aceleración del tratamiento (tratamiento ortodóncico de 3 a 4 veces más.
	Dientes retenidos o extruidos.
	Necesidad de mover dientes con soporte periodontal reducido.
Contraindicaciones	Presencia de enfermedad periodontal.
	Si el tratamiento ortodóncico puede llevarse en forma convencional.
	Mala higiene oral.
	Cualquier condición sistémica que contraindique la cirugía.
Desventajas	Técnica complicada que requiere destreza.
	Necesidad de usar instrumental especializado.
Complicaciones	Inflamación postoperatoria severa.
	Alergia a la sutura y anestésico.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica se puede llevar a cabo con fresas quirúrgicas o microcirugía.

Dependiendo de las necesidades del tratamiento ortodóncico la técnica se realiza por vestibular o palatino o ambos.

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 local con técnica infiltrativa o troncular.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión intrasural.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo mucoperióstico de espesor total.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza cortes verticales sobre la cortical ósea entre las raíces de los dientes a tratar.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza cortes horizontales sobre la cortical a 3 mm. por arriba del ápice para unir los dos cortes verticales.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Reposiciona el colgajo.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Realiza sutura suspensoria si sólo se levantó un colgajo o puntos aislados si se levantaron ambos colgajos.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Retira la sutura siete días después.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
12	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
13	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
14	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
15	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

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



INICIO

Firmar autorización del procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiar localmente con técnica infiltrativa o troncular.

3

Realizar incisión intrasural.

4

Levantar colgajo mucoperióstico de espesor total.

5

6

Realizar cortes verticales sobre la cortical ósea entre las raíces de los dientes a tratar.

6

Realizar cortes horizontales sobre la cortical a 3 mm. por arriba del ápice para unir los dos cortes verticales.

7

Reposicionar el colgajo.

8

Realizar sutura suspensoria si sólo se levantó un colgajo o puntos aislados si se levantaron ambos colgajos.

9

Retirar la sutura siete días después.

10

11

Elaborar y firmar receta.

11

Entregar receta y tríptico
de cuidados posoperatorios.

12

Anotar la fecha y
el procedimiento.

13

Firmar validando
el procedimiento.

14

Dar cita de revisión.

15

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 50	CORTICOTOMÍA POR MEDIO DE PIEZOCISIÓN
Propósito	Realizar cortes o perforaciones sobre el hueso cortical por medio de una cirugía mínimamente invasiva para acelerar el tratamiento ortodóncico mejorando así los resultados y la estabilidad del periodonto a largo plazo.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencia	Dibart S, Sebaoun J, Surmenian A. Minimally invasive, periodontally accelerated orthodontic tooth movement procedure. J. Compendium of continuing of education in dentistry. 2009; 30(6): 342-4, 346, 348-50
	Wilcko Th, Wilcko W, Bissada N. An evidence-based analysis of periodontally accelerated orthodontic and osteogenic techniques: A synthesis of scientific perspectives Semin Orthod 14;2008
	Wilcko MT, Wilcko WM, Pulver JJ, Bissada NF, Bouquot JE. Accelerated osteogenic orthodontics technique: a 1-stage surgically facilitated rapid orthodontic technique with alveolar augmentation. J Oral Maxillofac Surg. 2009; 67(10): 2149-59
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 5 ceros
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Bisturí de Kirkland 15/16		Riñonera
	Bisturí de Buck 5/6		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Elevadores de periostio: Prichad 3, P 20		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar.
	Retractores de carrillos Minnesota, O-ringer		Eyector de saliva
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Material regenerativo
	Bisturí piezoeléctrico		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Puntas curvas para el bisturí piezoeléctrico		
	Pinza de Adson		
	Pinza de Corn		
	Porta agujas, tijeras para sutura		
	Manguera de succión		
Cánula quirúrgica de succión			

Indicaciones	Técnica exclusiva para realizarse sobre la superficie vestibular.
	Donde se requiera realizar aceleración del tratamiento ortodóncico con la conservación de la altura de las papilas interproximales.
	Aumento del volumen del hueso alveolar y corrección de dehiscencias y fenestraciones.
	Dientes retenidos o extruídos.
	Necesidad de mover dientes con soporte periodontal reducido.
Contraindicaciones	Presencia de enfermedad periodontal.
	Si el tratamiento ortodóncico puede llevarse en forma convencional.
	Mala higiene oral.
	Cualquier condición sistémica que contraindique la cirugía.
Desventajas	Técnica complicada que requiere destreza.
	Necesidad de usar instrumental especializado.
Complicaciones	Inflamación postoperatoria moderada.
	Alergia a la sutura y anestésico.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

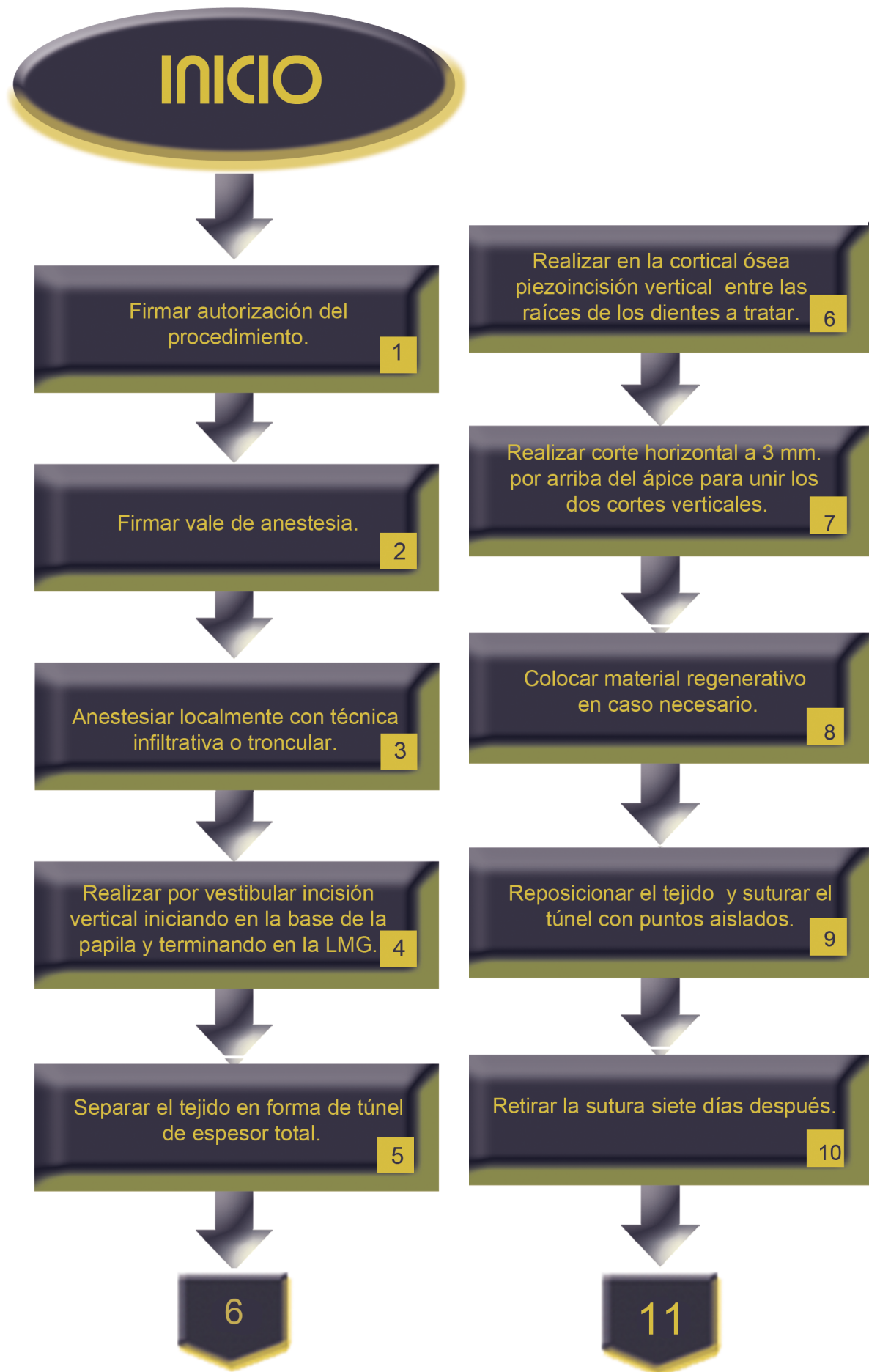
La técnica se puede llevar a cabo con fresas quirúrgicas o microcirugía.

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 local con técnica infiltrativa o troncular.	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza por vestibular una incisión vertical iniciando en la base de la papila y terminando en la línea mucogingival.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Separa el tejido en forma de túnel de espesor total.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza en la cortical ósea una piezoincisión vertical entre las raíces de los dientes a tratar.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza un corte horizontal a 3 mm. por arriba del ápice para unir los dos cortes verticales.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Coloca material regenerativo en caso necesario.	Ver procedimientos de injerto óseo
9	Estudiante supervisado por el docente	Reposiciona el tejido y sutura el túnel con puntos aislados.	

10	Estudiante supervisado por el docente	Retira la sutura siete días después.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
12	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
13	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
14	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
15	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimientos de injerto óseo (Aloinjerto, xenoinjerto y aloplástico).
	Receta
	Tríptico indicaciones posoperatorias Cirugía Periodontal
	Carnet de citas



Elaborar y firmar receta. 11



Entregar receta y tríptico de cuidados posoperatorios. 12



Anotar la fecha y el procedimiento. 13



Firmar validando el procedimiento. 14



Dar cita de revisión. 15



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 51	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 Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Garg, AK; Bone Biology, Harvesting, Grafting for Dental Implants. Rationale and Clinical Applications. Chicago, Quintessence; 2004: 97-117
	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 Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos	Material
	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
	Pinza de curación	Cartuchos de anestesia
	Jeringa tipo carpule	Aguja para anestesiar
	Pinzas de campo	Sutura 4 ceros
	Retractores: Minnesota, Columbia y Orringer	Gasas
	Perióstomos, elevadores	Riñonera
	Fórceps	Solución isotónica de cloruro de sodio
	Tijera de encía Goldman Fox 16	Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Curteta de Lucas ¾	Eyector de saliva
	Godete metálico	Material óseo a emplear con el consentimiento del paciente: Aloinjerto: Hueso liofilizado desmineralizado Xenoinjerto: hidroxipatita bovina, carbonato de calcio. Materiales aloplásticos: fosfato tricálcico.
	Pinza de Adson	Tapón de colágena
	Pinza de Corn	Prótesis provisional
	Portagujas Mayo Hegar 16 cm	Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Tijera de sutura	
	Manguera de succión	
	Cánula de succión	

Indicaciones	Mantener y mejorar la estética en la rehabilitación oral por medio de implantes.
	Preservar y mejorar los contornos gingivales y el alto de la papila interproximal 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 de la Especialización de Periodoncia e Implantología
	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	Docente	Revisa y firma planes de tratamiento protésico y quirúrgico Firma autorización del procedimiento.	Plan de tratamiento protésico 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 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.	
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	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento realizado.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
13	Docente	Firma validando el procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
14	Estudiante	Entrega receta y triptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
15	Estudiante	Da cita para retiro de sutura y revisión.	Carnet

Anexos	Formato plan de tratamiento protésico para implantes
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Receta
	Formato reporte posquirúrgico
	Tríptico indicaciones posoperatorias Aumento de Reborde Alveolar
	Carnet de citas



INICIO

1. Revisar y firmar planes de tratamiento protésico y quirúrgico y firmar autorización del procedimiento.

1

2. Firmar el vale de anestesia.

2

3. Anestesiarse con técnica indicada.

3

4. Realizar extracción de forma atraumática.

4

5. Curetear el alvéolo.

5

6. Lavar la zona quirúrgica con solución fisiológica.

6

7

7. Rellenar el alvéolo con el material de injerto óseo.

7

8. Colocar tapón de colágeno.

8

9. Suturar suspensorio en cruz.

9

10. Colocar prótesis provisional sin que ejerza presión.

10

11. Elaborar la receta.

11

12. Anotar fecha y el procedimiento realizado.

12

13

Firmar validando el
procedimiento.

13

Entregar receta y tríptico de
indicaciones posoperatorias.

14

Dar cita para retiro de sutura
y revisión.

15

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 52	INJERTO PEDICULADO DE TEJIDO CONECTIVO DESEPITELIZADO CON TÉCNICA DE ROLLO
Propósito	Aumentar el volumen de la superficie vestibular con injerto de tejido conjuntivo en rollo, para la reconstrucción del reborde que presente alteraciones morfológicas obteniendo características adecuadas y una rehabilitación protésica favorable en cuestión de función y estética.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Abrams L. Augmentation of the deformed residual edentulous ridge for fixed prosthesis. Compend Contin Educ Gen Dent.1980; 1(3): 205-13
	Henriques PG. Estética en Periodoncia y Cirugía Plástica Periodontal. Cap. 10 Aumento del reborde alveolar con tejido blando. México, D. F.: Amolca; 2006: 177-180
	Duarte C. Cirugía Periodontal Preprotésica y Estética. Livraria Santos Editora Ltda; 2004: 216-217
	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía Plástica Periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T. Periodontología clínica e Implantología Odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo dos: 1011-1013
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 4 ceros absorbible
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3		Gasas
	Elevadores de Periostio: de Hopkins P1, de Seldin		Riñonera
	Retractor Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Pinza de Adson		Eyector de saliva
	Pinza de Corn		Apósito quirúrgico
	Porta agujas		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Tijeras para sutura		
	Loseta		
	Espátula de cemento		
	Manguera de succión		
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Deformidad del reborde Clase I de Seibert (pérdida en dirección vestíbulo lingual, altura normal en sentido apico-coronario).
	Reborde con alteración morfológica de tejido blando y duro, pequeña o moderada (área proporcional a uno o dos dientes).
	Remodelado de tejidos blandos periimplantarios.
	Tejido palatino grueso.
	Manejo con pónticos ovoides.
Contraindicaciones	Defecto Clase II y III de Seibert debido a la limitada cantidad de tejido donante.
	Tejido palatino muy delgado (menor de 2,0 mm).
Desventajas	Queda una zona cruenta en el sitio donador.
	Técnica difícil.
Complicaciones	Infección postoperatoria del tejido óseo o conjuntivo expuesto en la zona donadora.
	Hemorragia postoperatoria en la zona donadora.
	Alergia al anestésico y sutura.

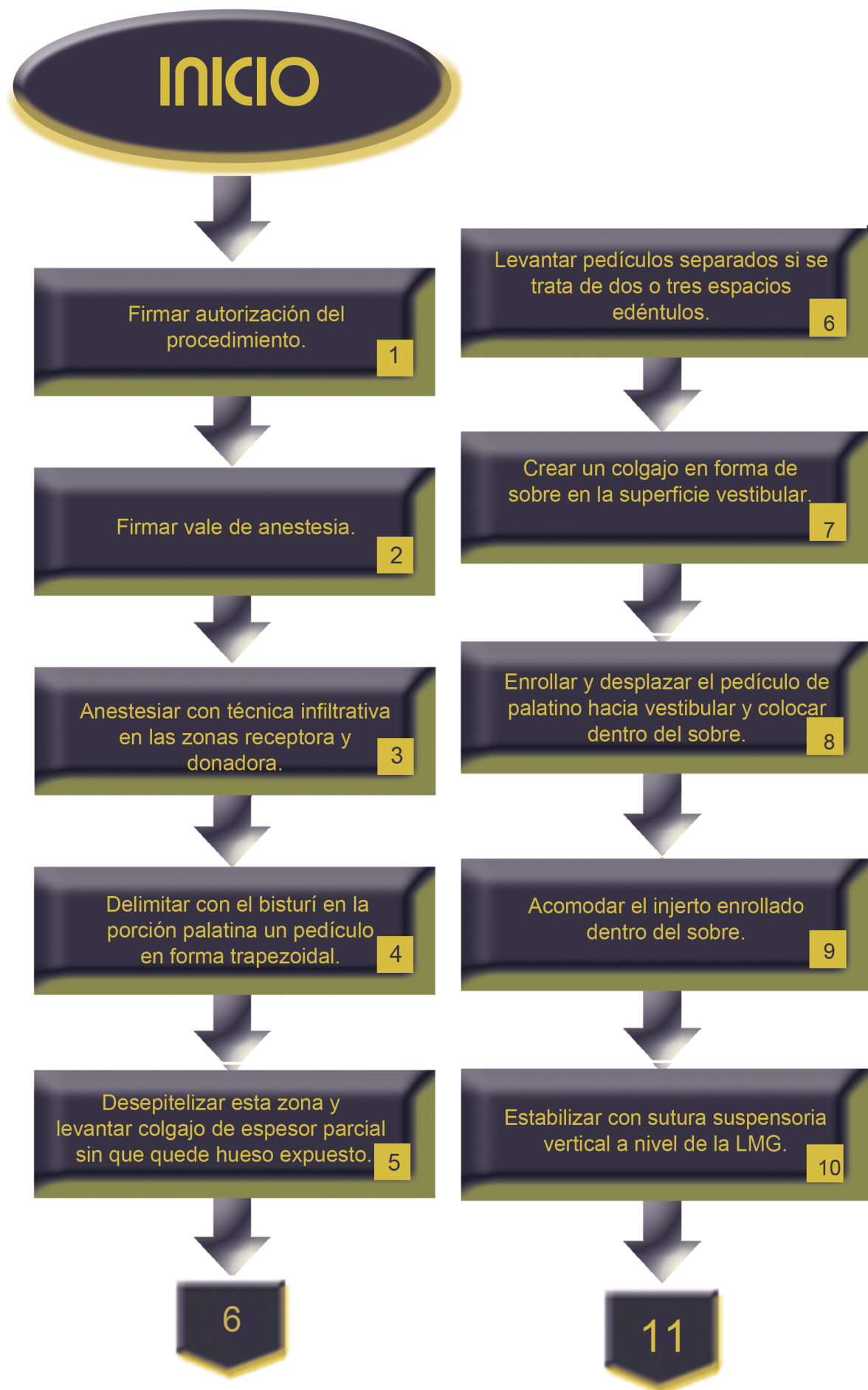
Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

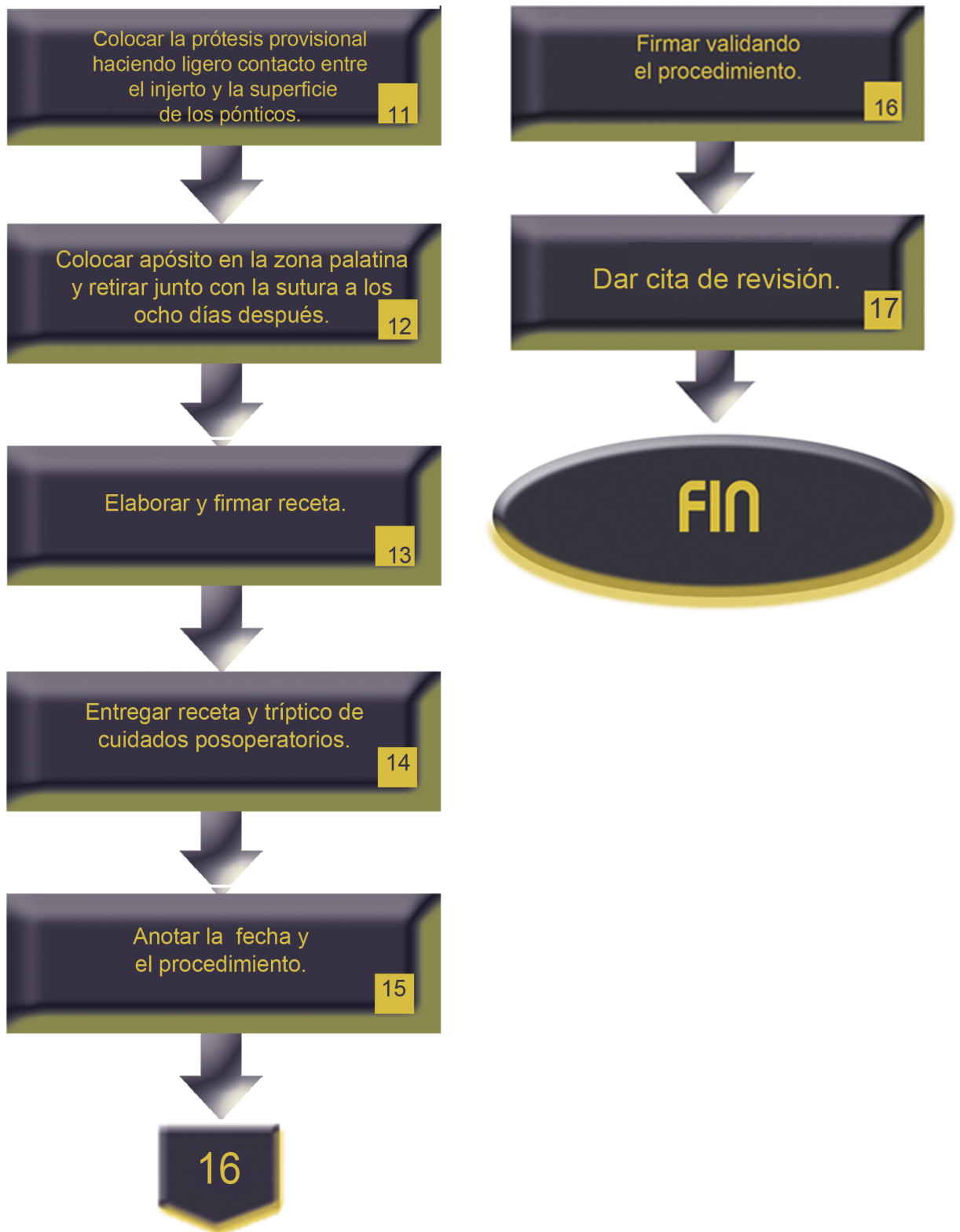
Descripción del procedimiento según Abrams:

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 en la zona receptora y en la zona donadora (paladar).	
4	Estudiante supervisado por el docente	Delimita con el bisturí, en la porción palatina adyacente al defecto un pedículo de forma trapezoidal.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Desepiteliza esta zona y levanta un colgajo de espesor parcial sin que quede expuesto el hueso palatino.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Levanta pedículos separados si se trata de dos o tres espacios edéntulos.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Crea colgajo en forma de sobre en la superficie vestibular por medio de una incisión que separe el tejido conectivo del hueso.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Enrolla y desplaza el pedículo de palatino hacia vestibular para colocarlo dentro del sobre creado.	

9	Estudiante supervisado por el docente	Realiza los ajustes necesarios para acomodar el injerto enrollado dentro del sobre.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Estabiliza con sutura colchonero vertical a nivel de la línea mucogingival (LMG).	
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la prótesis provisional comprobando que solo exista un ligero contacto entre el injerto y la superficie de los pónicos.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Coloca apósito en la zona palatina y retira junto con la sutura a los ocho días.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
14	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
15	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
16	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
17	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Receta
	Tríptico indicaciones Posoperatorias Aumento de Reborde Alveolar
	Carnet de citas





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 53	INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL PARA AUMENTO DE REBORDE
Propósito	Aumento del tejido blando en defectos de reborde utilizando un injerto de tejido conectivo subepitelial obteniendo un reborde alveolar con características adecuadas para una rehabilitación protésica favorable en cuestión de función y estética.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Cohen E. Ridge augmentation utilizing the subepithelial connective tissue graft: Case Reports. The regeneration report. Pract Periodontics Aesthet Dent. 1994; 6(2):47-53
	Langer B, Calagna L. The Subepithelial connective tissue graft. J Prosthet Dent. 1980; 44(4): 363-7
	Thoma D, Benic G I, Hammerle C, Jung R. A systematic review assessing soft tissue augmentation techniques. Clin Oral Implants Res. 2009; 20 Suppl 4:146-65
	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía Plástica Periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T (editores). Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009. Tomo dos:1013-1014
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 3 o 4 ceros no absorbible
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3, Bsturí de Kirkland		Gasas
	Elevadores de Periostio: Hopkins P1, Prichard 3		Riñonera
	Retractor Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Pinza de Adson,		Eyector de saliva
	Pinza de Corn		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril
	Porta agujas, tijeras para sutura		Apósito quirúrgico
	Loseta		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Espátula de cemento		Modelo de yeso del maxilar superior
	Manguera de succión		Protector palatino prefabricado de acrílico
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Defectos del reborde Clase I, II y III de Seibert.
	Donde se desee conservar el mismo el color de los tejidos adyacentes.
	Donde se desee crear papilas facilitando la colocación de p ^o nticos ovoides.
Contraindicaciones	Grosor inadecuado de la zona donadora del paladar.
	Enfermedad periodontal presente en dientes adyacentes al reborde.
Desventajas	Requiere dos <u>áreas quirúrgicas</u> .
	Técnica difícil.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento según Cohen:

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 en la zona receptora y en la zona donadora (paladar).	
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión en la cresta del reborde en un sentido mesio-distal.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión a nivel de los surcos palatinos si existen dientes contiguos al reborde.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Continúa la incisión intrasurcalmente en los dientes contiguos hasta las superficies disto-labial.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisiones verticales a 1 o 2 mm laterales al defecto o en la parte disto-labial de los dientes llegando más allá de la línea mucogingival (LMG) .	
8	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo de espesor parcial por la cara vestibular del defecto.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión horizontal subperióstica en la parte apical del colgajo para eliminar la tensión.	

10	Estudiante supervisado por el docente	Desplaza el colgajo coronalmente sobre el reborde alveolar verificando que esté libre de tensión.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla rectangular del tamaño adecuado para lograr el aumento reborde deseado.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la plantilla en el paladar en la zona de premolares y del primer molar.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Obtiene el injerto subepitelial de tejido conectivo.	Ver procedimiento de injerto de subepitelial de tejido conectivo con técnica de sobre.
14	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el injerto dentro del colgajo y acomoda de acuerdo al aumento de reborde alveolar deseado.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo con puntos suspensorios horizontales para liberar tensión y puntos aislados para lograr un cierre completo del colgajo.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Sutura las incisiones verticales.	
17	Estudiante supervisado por el docente	Sutura la zona donadora y cubre con apósito quirúrgico; coloca el protector de acrílico.	
18	Estudiante supervisado por el docente	Retira suturas siete días después.	

19	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
20	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
21	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
22	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
23	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento de injerto de subepitelial de tejido conectivo con técnica de sobre
	Receta
	Tríptico indicaciones Posoperatorias Aumento de Reborde Alveolar
	Carnet de citas

INICIO

Firmar autorización del
procedimiento.

1

Firmar vale de anestesia.

2

Anestesiar con técnica infiltrativa
en las zonas receptora y
donadora.

3

Realizar una incisión en la cresta
del reborde en un sentido
mesio-distal.

4

Realizar incisión a nivel de los
surcos palatinos si existen
dientes contiguos al reborde.

5

6

Continuar la incisión intrasural en
los dientes contiguos hasta las
superficies disto-labial.

6

Realizar incisiones verticales a 1 o 2 mm
laterales al defecto o en la parte
disto-labial de los dientes llegando
más allá de la LMG.

7

Levantar un colgajo de espesor
parcial por la cara vestibular
del defecto.

8

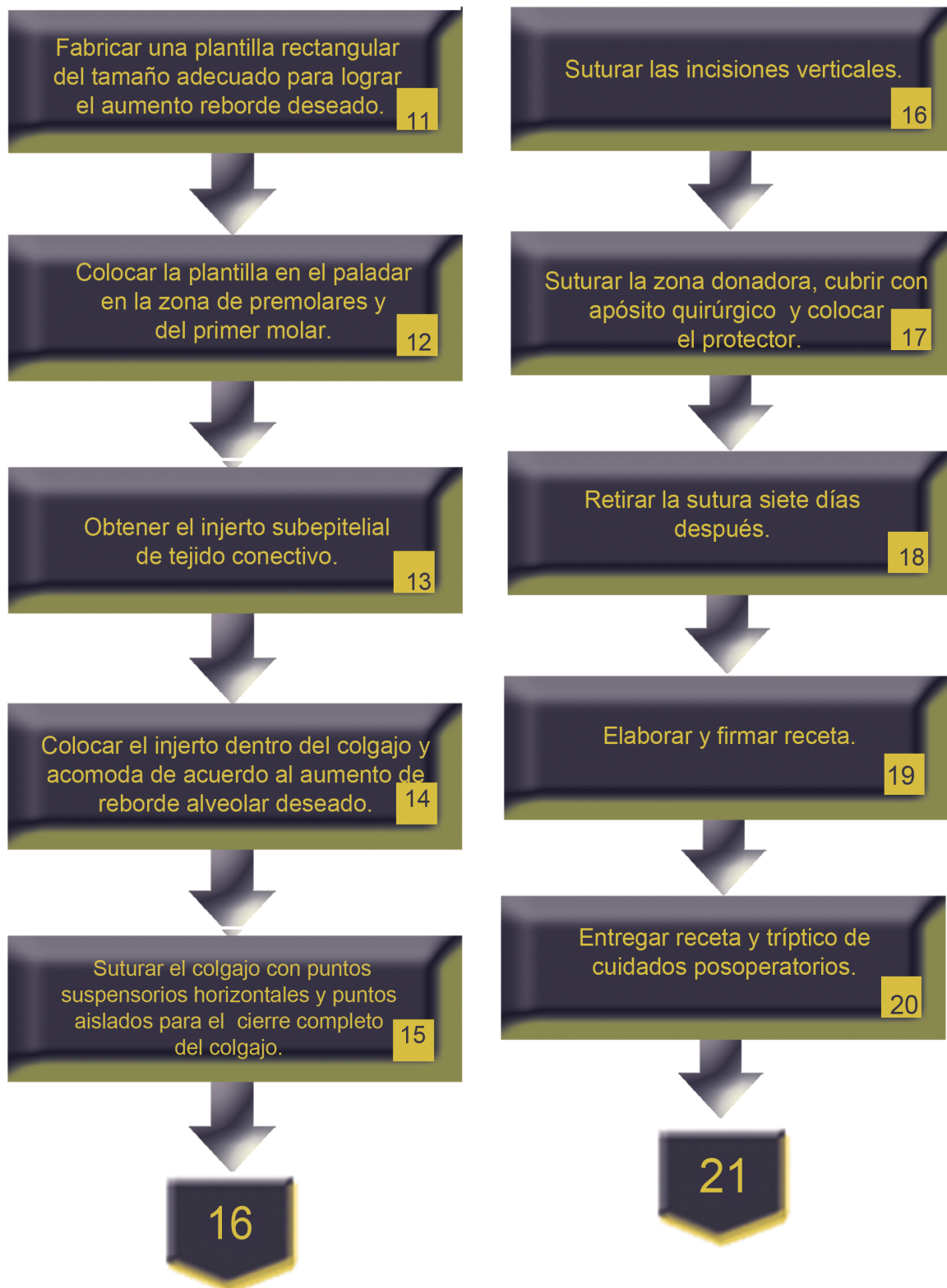
Realizar incisión horizontal
subperióstica en la parte apical
del colgajo.

9

Desplazar el colgajo coronalmente
sobre el reborde alveolar verificando
que esté libre de tensión.

10

11



Anotar la fecha y
el procedimiento.

21



Firmar validando
el procedimiento.

22



Dar cita de revisión.

23



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 54	AUMENTO DE REBORDE DE TEJIDO BLANDO CON TÉCNICA DE INJERTO COMBINADO ONLAY-INTERPOSICIONAL
Propósito	Aumentar el reborde con tejido blando en sentido vertical u horizontal combinando las ventajas del injerto onlay, las del interposicional y del injerto subepitelial de tejido conectivo para obtener un reborde alveolar con características adecuadas para una rehabilitación favorable en cuestión de función y estética.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Seibert J. Louis J. Soft tissue ridge augmentation utilizing a combination onlay-interpositional graft procedure: A case report. Int J Periodontics Restorative Dent. 1996; 16(4): 311-21
	Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part I. Technique and wound healing. Compend Contin Educ Dent. 1983; 4(5): 437-53
	Camargo PM, Melnick PR, Kenney EB. The use of free gingival grafts for aesthetic purposes; Periodontol 2000. 2001; 27: 72-96
	Thoma DS, BeniĆ GI, Zwahlen M, Hämmerle CH, Jung RE. A systematic review assesing soft tissue augmentation techniques. Clin Oral Implants Res. 2009 Sep; 20 Suppl 4:146-65
	Wennström J, Zucchelli, G, Pini Prato G. Terapia Mucogingival- Cirugía Plástica Periodontal; En: Lindhe J, Lang N, Karring T. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª. ed. México, D. F.: Médica Panamericana; 2009.Tomo dos: 1020
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos		Materiales
	1×4	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
		Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
		Pinza de curación	Aguja para anestesiar
		Explorador	Hojas de bisturí No. 15, 15c
	Jeringa tipo carpule		Sutura 3 o 4 ceros no absorbible
	Mango de bisturí Bard Parker No. 3, Bsturí de Kirkland		Gasas
	Elevadores de Periostio: de Hopkins P1, Prichard 3		Riñonera
	Retractor Minnesota		Solución isotónica de cloruro de sodio
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16		Jeringa hipodérmica desechable de 20 ml con aguja para irrigar
	Pinza de Adson,		Eyector de saliva
	Pinza de Corn		Plantilla realizada de lámina de aluminio estéril
	Porta agujas, tijeras para sutura		Apósito quirúrgico
	Loseta		Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Espátula de cemento		Modelo de yeso del maxilar superior
	Manguera de succión		Protector palatino prefabricado de acrílico
	Cánula quirúrgica de succión		

Indicaciones	Defectos del reborde Clase II y III de Seibert.
	Donde se desee conservar el mismo el color de los tejidos adyacentes.
Contraindicaciones	Grosor inadecuado de la zona donadora del paladar.
Desventajas	Requiere dos áreas quirúrgicas.
	Técnica sensible.
Complicaciones	Alergia al anestésico y sutura.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

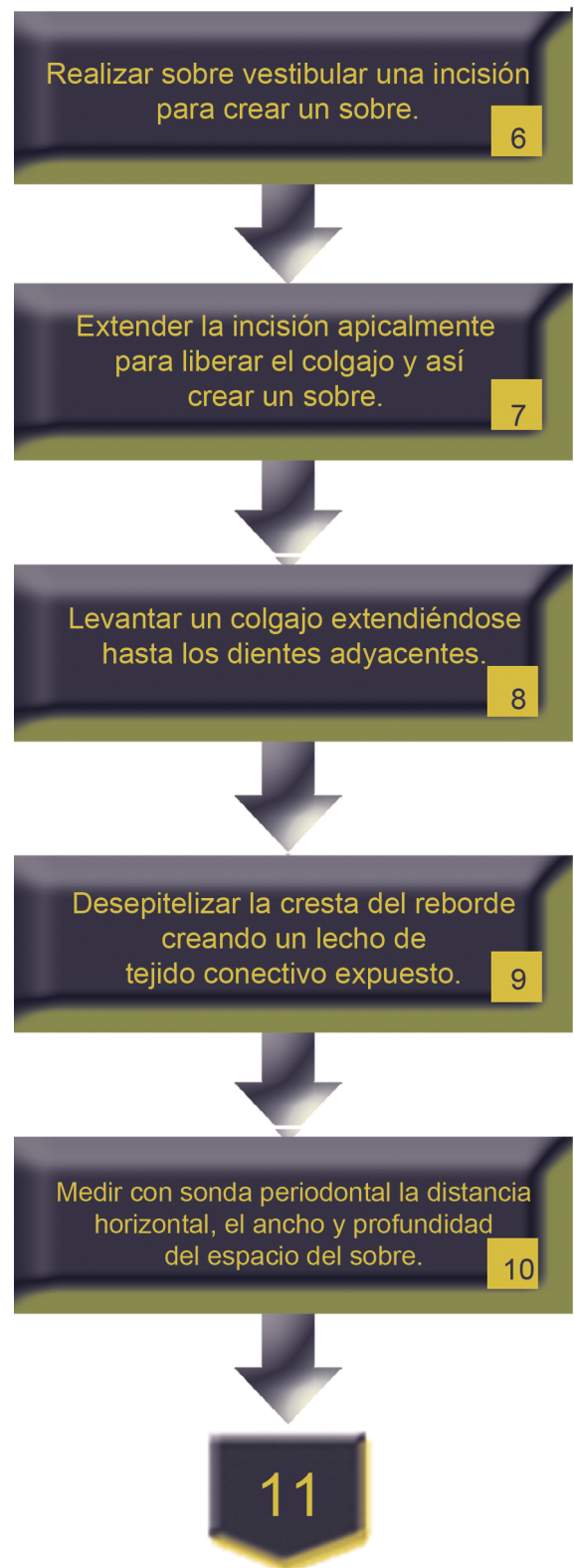
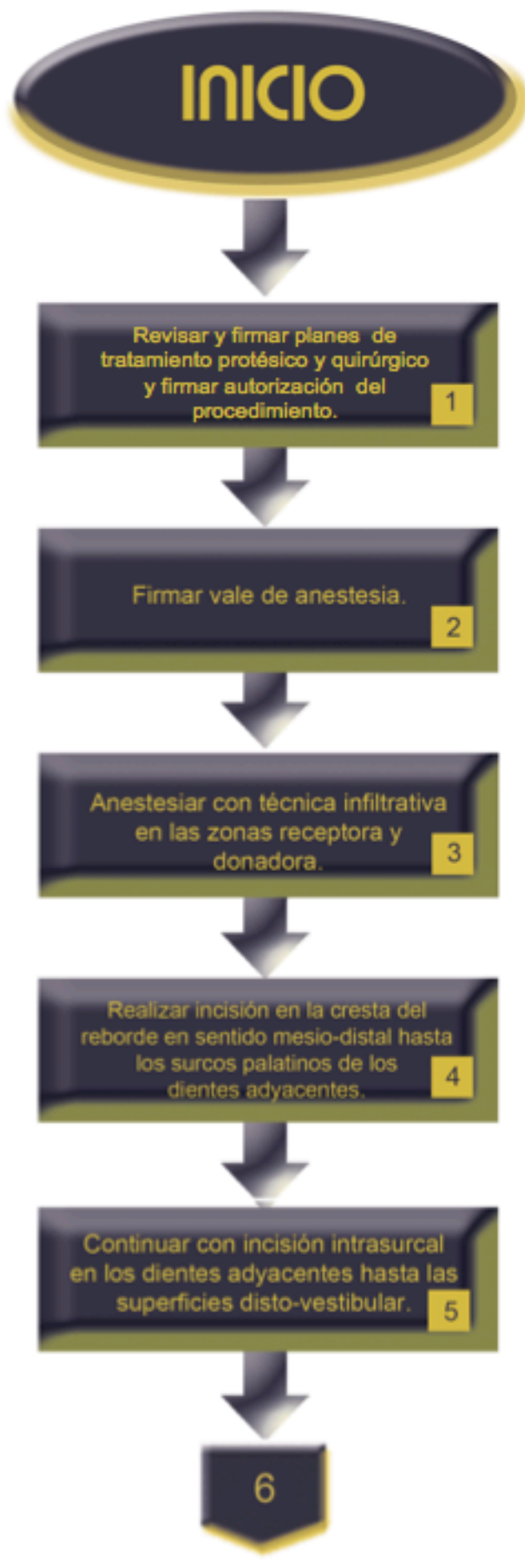
Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Revisa y firma planes de tratamiento protésico y quirúrgico Firma autorización del procedimiento.	Plan de tratamiento protésico Plan de tratamiento quirúrgico Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa en las zonas receptora y en la zona donadora (paladar).	

4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión en la cresta del reborde en sentido mesio-distal hasta los surcos palatinos de los dientes adyacentes.	
5	Estudiante supervisado por el docente	Continúa la incisión intrasurcal en los dientes adyacentes hasta las superficies disto-vestibular.	
6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión sobre vestibular para crear un colgajo de espesor parcial en forma de sobre.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Extiende la incisión apicalmente para liberar el colgajo y así crear un sobre.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo extendiéndote hasta los dientes adyacentes.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Desepiteliza la cresta del reborde creando un lecho de tejido conectivo expuesto sin levantar colgajo por palatino.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Mide con la sonda periodontal la distancia horizontal, el ancho y profundidad del espacio del sobre.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Fabrica una plantilla para obtener el tamaño adecuado del injerto que se colocará dentro del sobre.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Visualiza que el injerto debe de quedar cubierto en sus bordes mesial y distal dentro del sobre dejando la porción de injerto con epitelio sobre la entrada del sobre.	

13	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la plantilla en el sitio donador , en la zona palatina de premolares y del primer molar superior.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Realiza una incisión coronal tomando en cuenta el grosor de un injerto onlay para el sitio receptor deseado.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo de espesor parcial.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Obtiene un injerto con tejido conectivo con una porción de epitelio con un espesor de 1.5 mm.	
17	Estudiante supervisado por el docente	Retira el injerto y colócalo sobre a mesa de mayo sobre una gasa humedecida con solución fisiológica.	
18	Estudiante supervisado por el docente	Ejerce presión en el sitio donador con una gasa por varios minutos para favorecer la hemostasia.	
19	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el sitio donador con puntos aislados o de cruz para dejar la menor superficie descubierta.	
20	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la parte del tejido conectivo del injerto dentro del sobre y el segmento onlay sobre la cresta del reborde.	
21	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el injerto primero a la zona palatina donde no se levantó el colgajo para fijarlo y darle estabilidad.	

22	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el injerto a lo largo del borde vestibular del colgajo que forma el sobre.	
23	Estudiante supervisado por el docente	Sutura hacia vestibular los bordes del injerto que convergen con las papilas de los dientes adyacentes.	
24	Estudiante supervisado por el docente	Cubre la zona donadora con apósito quirúrgico y coloca el protector de acrílico prefabricado.	
25	Estudiante supervisado por el docente	Retira apósito quirúrgico y suturas 7 a 10 días después.	
26	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
27	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
28	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento.	Notas de evolución
29	Docente	Firma validando el procedimiento.	Notas de evolución
30	Estudiante	Da cita de revisión.	Carnet

Anexos	Formato plan de tratamiento protésico para implantes
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Receta
	Tríptico indicaciones Posoperatorias Aumento de Reborde Alveolar
	Carnet de citas



Fabricar una plantilla para obtener el tamaño adecuado del injerto. 11

Visualizar que el injerto quede dentro del sobre dejando la porción de injerto con epitelio sobre la entrada del sobre. 12

Colocar la plantilla en el paladar en la zona del premolares y del primer molar. 13

Realizar incisión coronal tomando en cuenta el grosor de un injerto onlay. 14

Levantar colgajo de espesor parcial. 15

16

Obtener el injerto de tejido conectivo con una porción de epitelio con espesor de 1.5 mm. 16

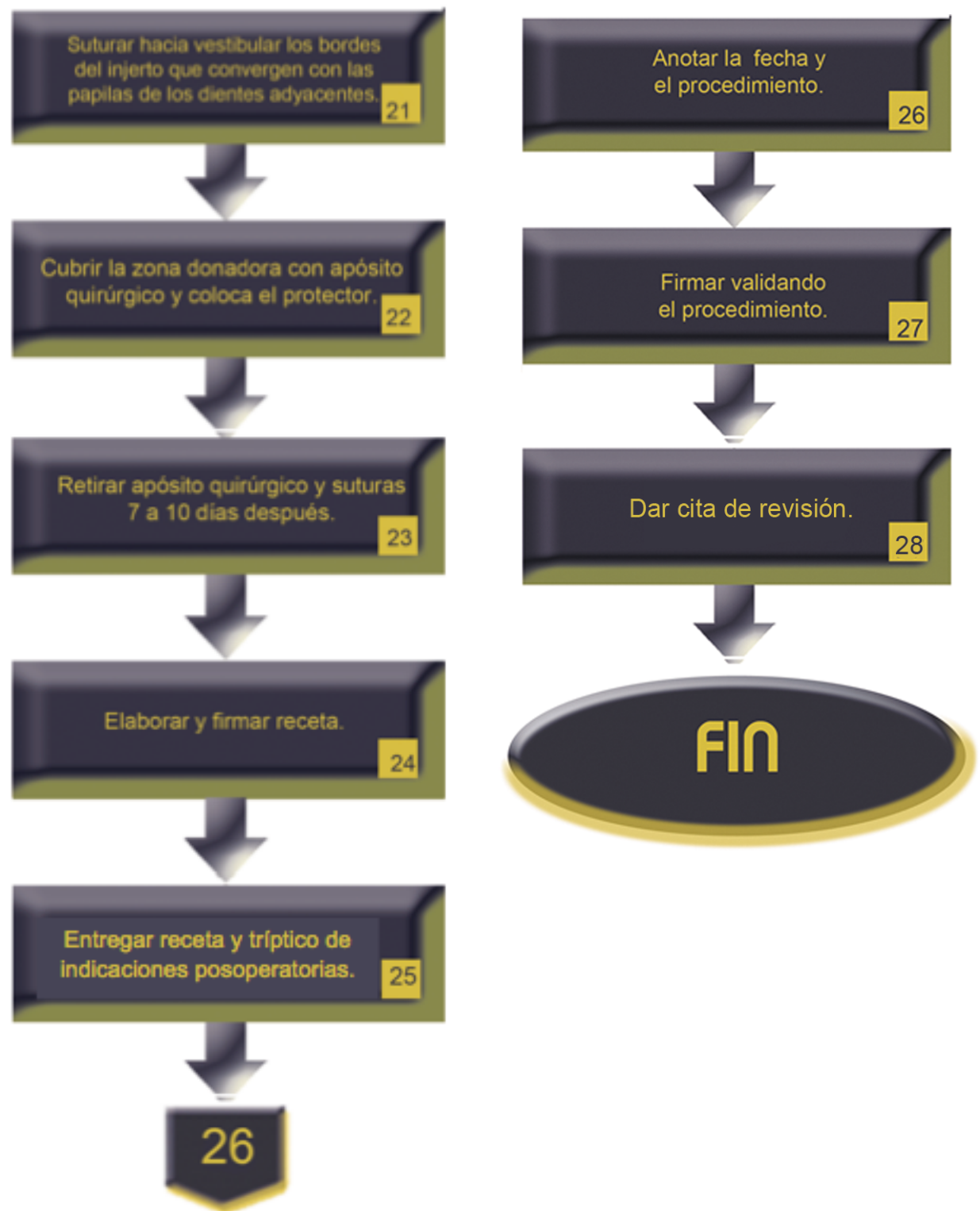
Suturar el sitio donador con puntos aislados o de cruz dejando la menor superficie descubierta. 17

Colocar la parte del tejido conectivo del injerto sobre el sobre y el segmento onlay sobre la cresta del reborde. 18

Suturar el injerto primero a la zona palatina donde no se levantó colgajo. 19

Suturar el injerto a lo largo del borde vestibular del colgajo que forma el sobre. 20

21



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 55	REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA CON BARRERAS
Propósito	Aumentar el volumen óseo en zonas específicas del maxilar o la mandíbula para colocar posteriormente implantes.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	H.Díaz, A; Rodríguez, MH; Métodos y técnicas para el aumento de volumen de tejido óseo. En: Rodríguez T, MH. Fundamentos Estéticos para la Rehabilitación de Implantes Oseointegrados. Sao Paolo: Artes Médicas Latinoamérica, 2006: 83-135
	Dahlin, C. Scientific background of guided bone regeneration. In: Buser, D; Dahlin, C; Schenk, RK. Guided Bone Regeneration in Implant Dentistry. Chicago: Quintessence, 1994: 13-233
	Garg, AK; Bone Biology, Harvesting, Grafting for Dental Implants. Rationale and Clinical Applications. Chicago IL, Quintessence; 2004: 57-97
	Mc Allister, BS; Haghighat , K. Bone Augmentation Techniques. J.Periodontol 2007; 78(3):377-396
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos	Materiales
	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
	Sonda periodontal	Radiografías periapicales
	Pinza de curación	Tomografía computarizada
	Pinzas de Campo	Cartuchos de anestesia
	Pinzas de Traslado	Agujas para anestesiar 30 corta y 27 larga
	Retractores: Minesota, Columbia y O-ring	Hojas de bisturí #15 y 12
	Godete metálico o de vidrio	Gasas
	Flanera	Sutura 4 ceros
	Cánula de succión	Solución isotónica de cloruro de sodio
	Manguera de succión	Jeringa de 20 ml con aguja para irrigar
	Jeringa tipo carpule	Membrana (s) o material de barrera seleccionado
	Bisturí Bard Parker # 3	Tornillos de fijación si aplica
	Elevador de periostio: Prichard	Tachuelas para fijación de membranas si aplica
	Pinza de Kelly curvas finas	Material de injerto óseo (autólogo o aloinjerto)
	Cureta de Lucas ¾	Eyector de saliva
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16	Prótesis provisional (si aplica)
	Cinzel Kirkland # 13K/TG	Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Cinzel Ochsenbein # 3	

	Cinzel TG/O	
	Cinzel Solt $\frac{3}{4}$	
	Alveolotómo	
	Lima de hueso Sugarman	
	Lima de hueso Miller # 21	
	Fresas quirúrgicas: redondas # 6 y 8, así como las 701 y 701 L	
	Curetas Goldman Fox # 1-2, 5-6, 9-10 y 11-12	
	Raspador óseo	
	Kit de colocación de tachuelas para fijación de membranas	
	Contrángulo 20:1	
	Sistema de irrigación	
	Pinza de Adson	
	Pinza de Corn	
	Porta aguja Mayo Hegar 16 cm	
	Tijeras de sutura	

Indicaciones	Defectos óseos verticales menores a 4 mm.
	Defectos óseos horizontales que tengan un mínimo de 3 mm. de proceso residual en el sentido buco-lingual.
	Defectos óseos post-extracción.
	Defectos óseos producidos por enfermedad periodontal, perimplantar, fracturas, lesiones periapicales y traumatismos.
	Defectos o lesiones óseas extensas, donde se requiera regenerar una gran cantidad de tejido óseo.
	Deformidades amplias de los procesos alveolares.
Contraindicaciones	Inadecuada cantidad de encía queratinizada para cubrirla zona regenerada.
	Cuando no sea posible el cierre del colgajo de manera pasiva, sin tensión.
	Alergia a los materiales de barrera o de aloinjerto.
	Presencia de infección en la zona o próximo al impante.
	Pacientes con factores de riesgo no controlados.
	Pacientes con enfermedades o condiciones sistémicas no controladas.
Complicaciones	Pacientes que no están dispuestos a tratamientos prolongados.
	Alergia al anestésico.
	Hipotensión. Desmayo.
	Hemorragia trans o posoperatoria.
	Infección posoperatoria.
	Perforación o apertura del colgajo.
	Exposición con infección de la membrana o material de barrera.
	Pérdida del material de injerto.

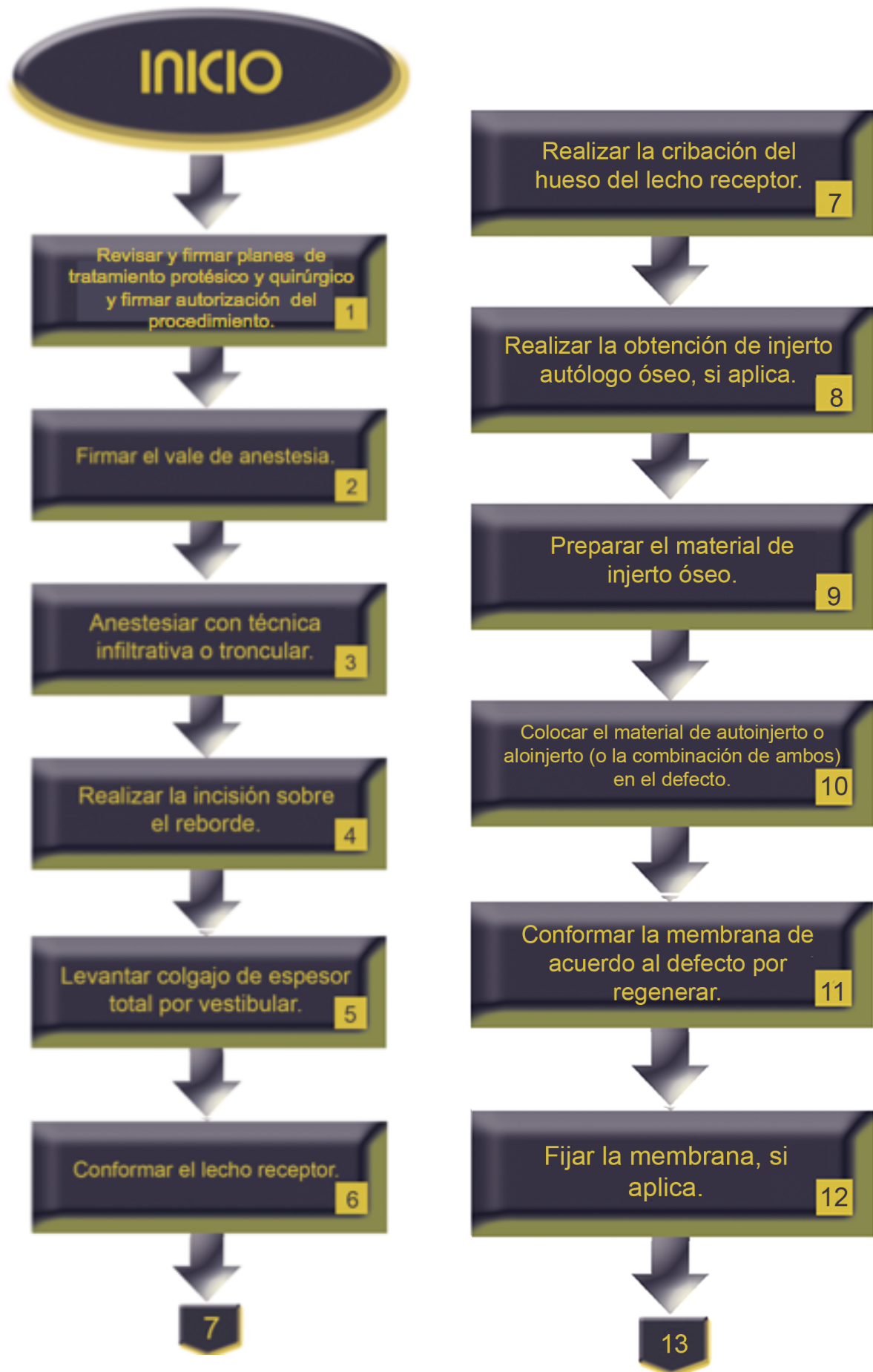
Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

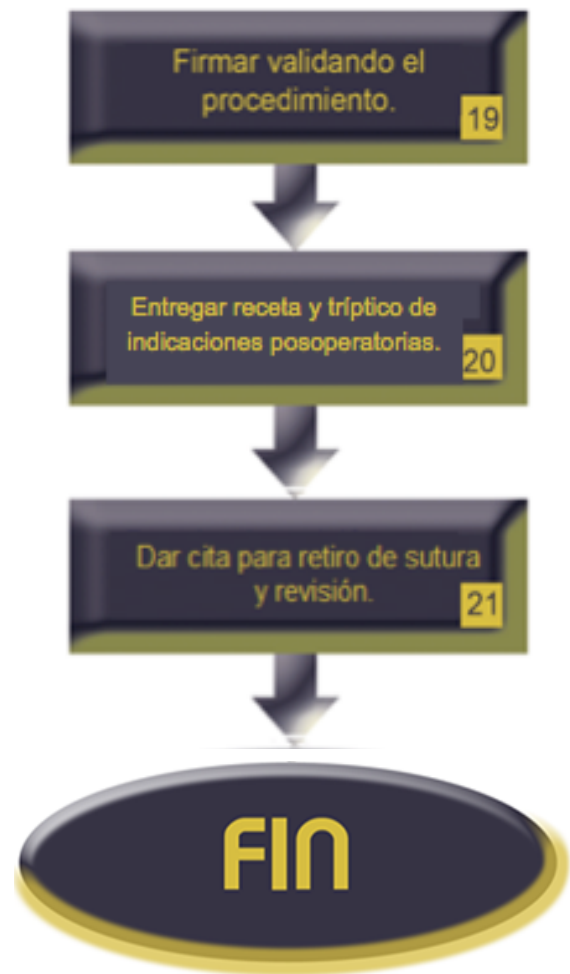
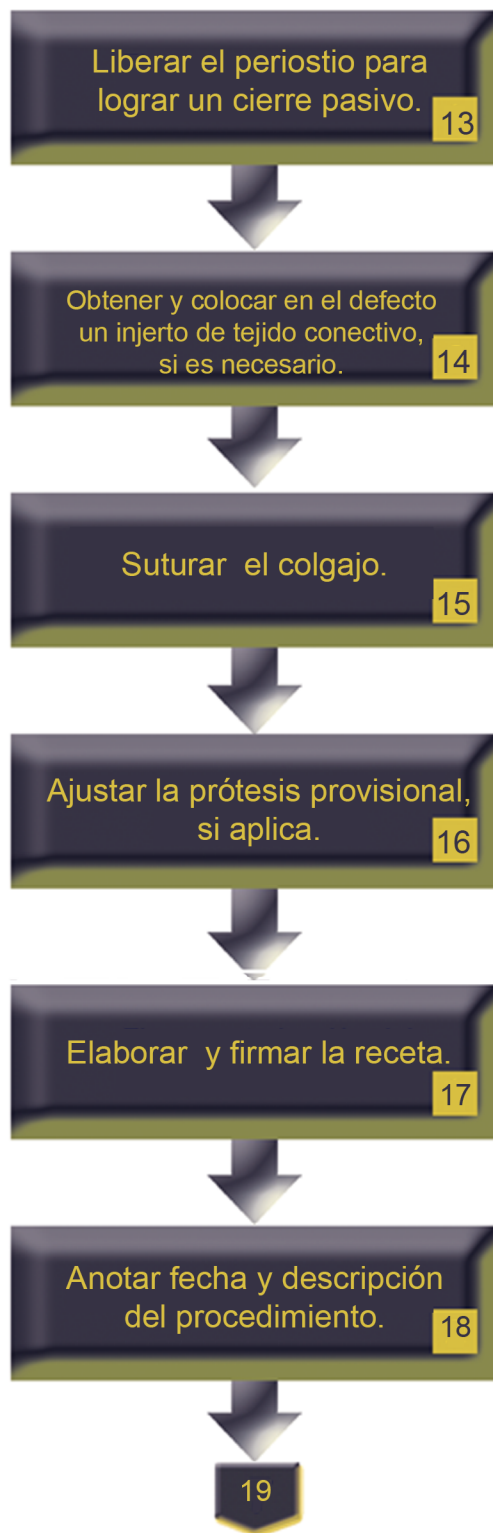
Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Revisa y firma planes de tratamiento protésico y quirúrgico Firma autorización del procedimiento.	Plan de tratamiento protésico Plan de tratamiento quirúrgico Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular	Plan de tratamiento
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión sobre el reborde.	Plan de tratamiento
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta colgajo de espesor total por vestibular.	Plan de tratamiento
6	Estudiante supervisado por el docente	Conforma el lecho receptor.	

7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la cribación del hueso del lecho receptor con fresa de baja velocidad e irriga con solución fisiológica.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la obtención de injerto autólogo óseo, si aplica.	Ver procedimiento
9	Estudiante supervisado por el docente	Prepara el material de injerto óseo.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el material de autoinjerto o aloinjerto (o la combinación de ambos) en el defecto por regenerar.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Conforma la membrana de acuerdo al defecto por regenerar.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Fija la membrana, si aplica.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Libera el periostio para lograr un cierre pasivo,	
14	Estudiante supervisado por el docente	Verifica que el colgajo pueda afrontarse sin tensión.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Obtiene y coloca en el defecto un injerto de tejido conectivo, si es necesario.	Ver procedimiento
16	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo.	

17	Estudiante supervisado por el docente	Ajusta la prótesis provisional, si aplica.	
18	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma receta.	Receta
19	Estudiante	Anota fecha y descripción del procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
20	Docente	Firma validando el procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
21	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
22	Estudiante	Da cita para retiro de sutura y revisión.	Carnet

Anexos	Formato plan de tratamiento protésico para implantes
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento injerto óseo autógeno
	Procedimiento de injerto de tejido conectivo subepitelial
	Receta
	Formato reporte posquirúrgico
	Tríptico indicaciones Posoperatorias Aumento de Reborde Alveolar
	Carnet de citas





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 56	REGENERACIÓN ÓSEA CON BLOQUE ÓSEO
Propósito	Aumentar el volumen óseo en zonas específicas del maxilar o la mandíbula para la futura colocación de implantes.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	H.Díaz, A; Rodríguez, MH; Métodos y técnicas para el aumento de volumen de tejido óseo. En: Rodríguez T, MH. Fundamentos Estéticos para la Rehabilitación de Implantes Oseointegrados. Sao Paolo; Artes Médicas Latinoamérica. 2006:99-101
	Lundgren, S; Sennerby, L. Bone Reformation. Contemporary Bone Augmentation Procedures in Oral and Maxillofacial Implant Surgery. Londres: Quintessence, 2008:1-101
	Garg, AK; Bone Biology, Harvesting, Grafting for Dental Implants. Rationale and Clinical Applications. Chicago, Quintessence, 2004: 212- 250
	Mc Allister, BS; Haghighat , K. Bone Augmentation Techniques. (AAP Commissioned Review). J Periodontol 2007; 78:377-396
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implatología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos	Materiales
	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
	Pinza de curación	Radiografías Periapicales
	Pinzas de Campo	Tomografía (opcional para casos que la ameriten a criterio de los docentes)
	Pinzas de Traslado	Cartuchos de anestesia
	Retractores: Minesota, Columbia y O-ring	Agujas para anestesiar 30 corta y 27 larga
	Godete metálico o de vidrio	Hojas de bisturí #15 y 12
	Flanera	Gasas
	Cánula de succión	Sutura 4 ceros
	Manguera de succión	Solución isotónica de cloruro de sodio
	Jeringa tipo carpule	Jeringa de 20 ml con aguja para irrigar
	Sonda periodontal	Membrana (s) o material de barrera si aplica
	Bisturí Bard Parker # 3	Tornillos de fijación si aplica
	Elevador de periostio: Prichard	Tachuelas para fijación de membranas si aplica
	Pinzas de Kelly curvas finas	Material de aloinjerto óseo (autólogo o aloinjerto)
	Pinzas de Adson	Eyector de saliva
	Tijeras para encía Goldman Fox No. 16	Prótesis provisional (si aplica)
	Fresas quirúrgicas: redondas 6 y	Bolsa roja para desechos

	8, así como las 701 y 701 L	infecto-contagiosos
	Contrángulo 20:1; contrángulo 1:1	
	Sistema de irrigación	
	Sistema piezoeléctrico si aplica	
	Insertos de corte óseo para sistema piezoeléctrico si aplica	
	Martillo quirúrgico para hueso	
	Cinceles Kirkland 13K/TG, Solt $\frac{3}{4}$, ACE de osteotomía.	
	Fresón de pieza de mano recta (para remodelar el bloque)	
	Pinzas para sujeción de bloques de injerto (opcional)	
	Curetas Goldman Fox # 1-2, 5-6, 8-9 y 11-12	
	Cureta de lucas $\frac{3}{4}$	
	Alveolotomo	
	Lima de hueso Sugarman	
	Lima de hueso Miller # 21	
	Raspador óseo	
	Kit de tornillos de fijación ósea	
	Kit de colocación de tachuelas para fijación de membranas	
	Pinzas de Corn	
	Portagujas Mayo Hegar 16 cm	
	Portagujas Castroviejo	
	Tijeras de sutura	

Indicaciones	Defectos óseos verticales del reborde alveolar de 1 a 6 mm.
	Defectos óseos horizontales del reborde alveolar que tengan un mínimo de 3 mm. de proceso residual en el sentido buco-lingual.
	Defectos óseos grandes del reborde alveolar producidos por enfermedad periodontal, periimplantar, fracturas, y algunos traumatismos.
Contraindicaciones	Defectos o lesiones pequeñas del reborde alveolar, donde se requiera regenerar poca cantidad de tejido óseo.
	Deformidades pequeñas de los procesos alveolares.
	Cantidad inadecuada de encía queratinizada para cubrir los defectos regenerados.
	En casos donde no sea posible el cierre total del colgajo de manera pasiva, sin tensión.
	En casos en donde la cantidad de hueso residual sea tan delgada que comprometa la fijación y estabilidad del injerto por colocar.
	Alergia a los materiales de barrera.
	Presencia de infección en la zona.
	Condiciones patológicas sistémicas no controladas.
	Pacientes con factores de riesgo no controlados.
Complicaciones	Alergia al anestésico.
	Hipotensión; desmayo.
	Hemorragia trans o posoperatoria.
	Falta de estabilidad primaria del injerto.
	Apertura del colgajo.
	Infección posoperatoria.
	Exposición con infección de la membrana o material de barrera; exposición del injerto al medio oral.

	Lesión a nervios y a estructuras adyacentes a la zona donadora.
	Fractura de la mandíbula en la zona donadora.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

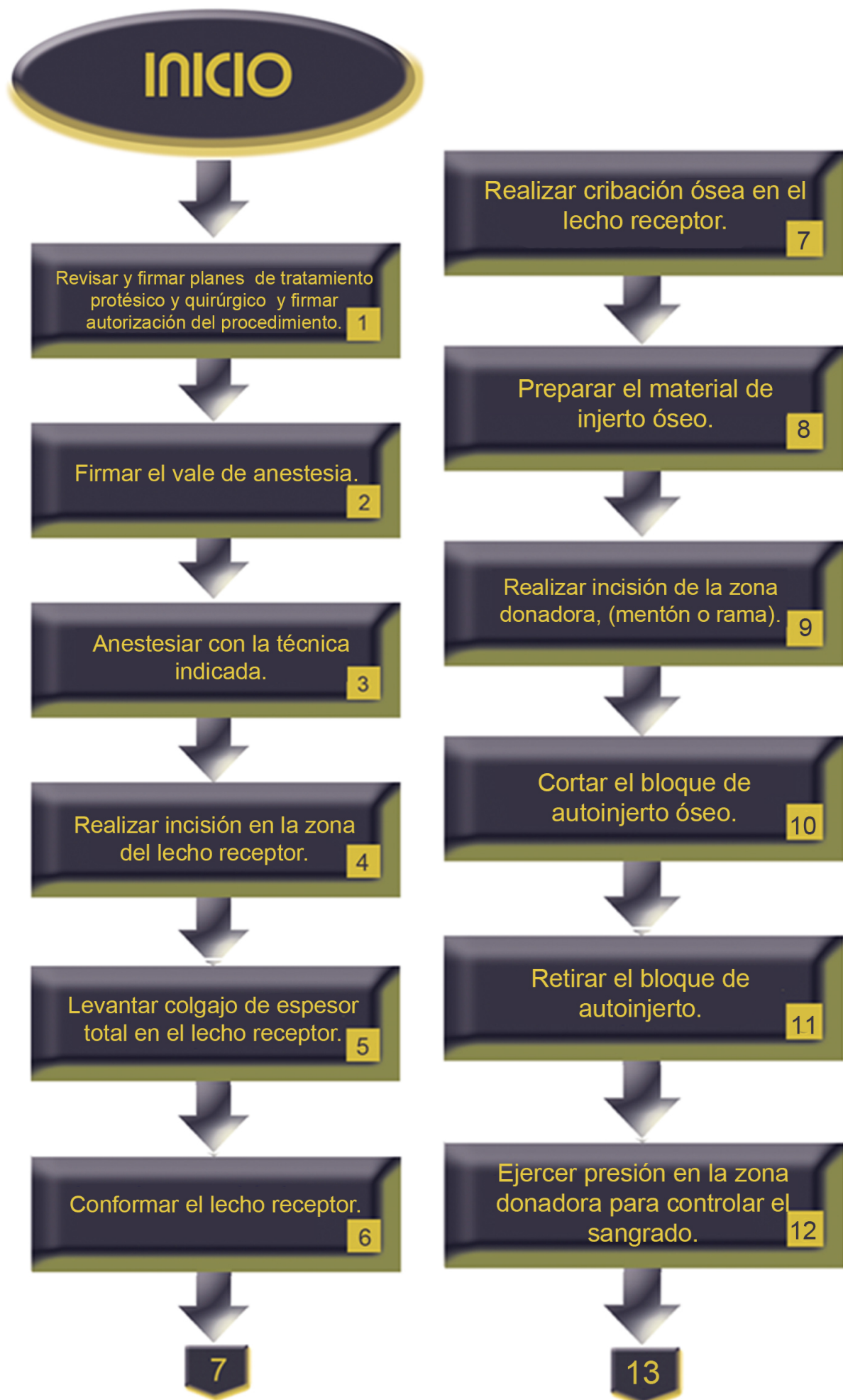
Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Revisa y firma planes de tratamiento protésico y quirúrgico Firma autorización del procedimiento.	Plan de tratamiento protésico Plan de tratamiento quirúrgico Notas de evolución
2	Docente	Firma el vale de anestesia.	Vale de anestesia
3	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con la técnica indicada.	Plan de tratamiento
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión en la zona del lecho receptor.	Plan de tratamiento
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta el colgajo de espesor total en la zona del lecho receptor.	Plan de tratamiento

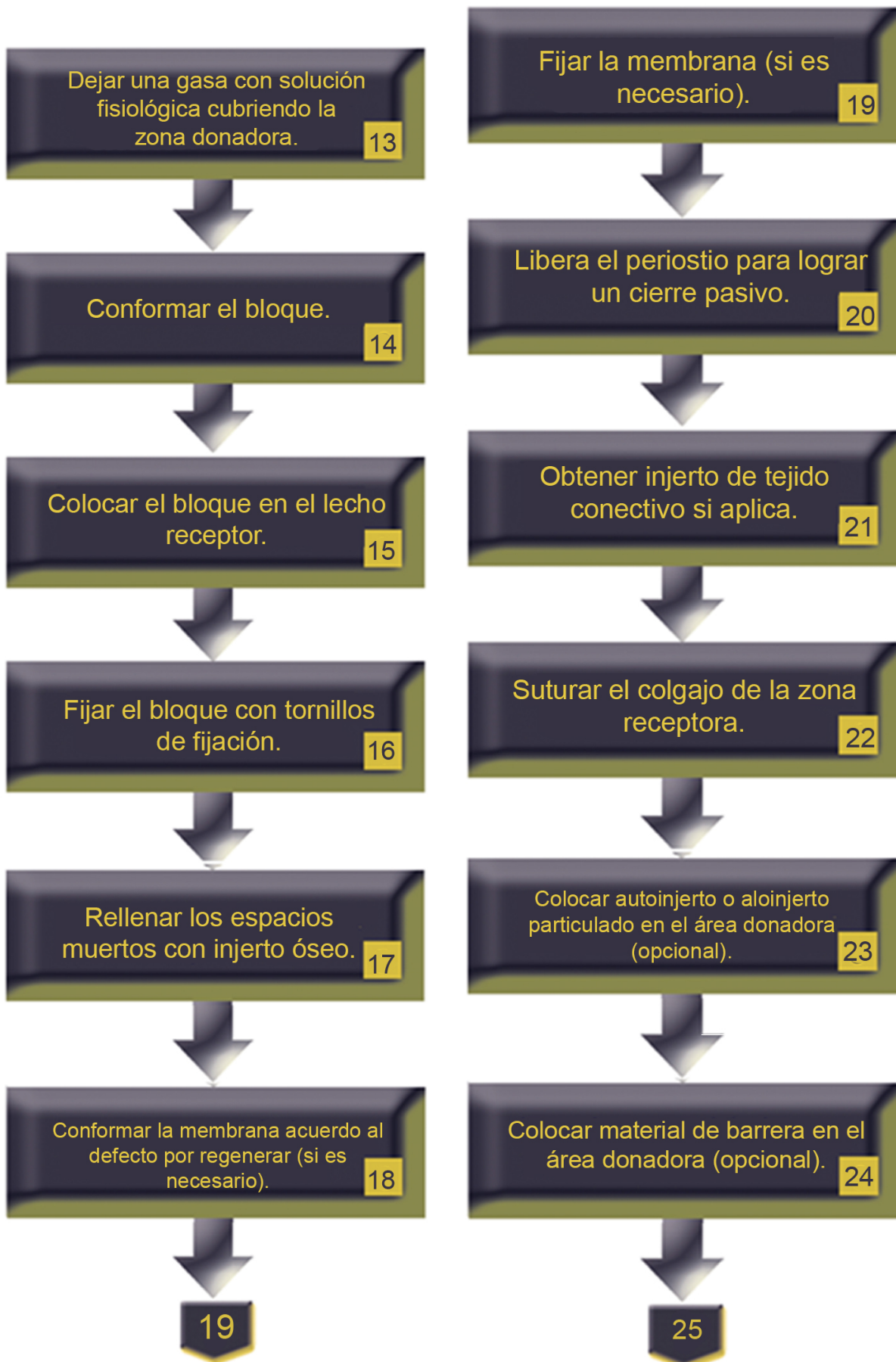
6	Estudiante supervisado por el docente	Conforma el lecho receptor.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la cribación ósea en el lecho receptor.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Prepara el material de injerto óseo.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Realiza la incisión de la zona donadora, (mentón o rama).	
10	Estudiante supervisado por el docente	Corta el bloque de autoinjerto óseo.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Retira el bloque de autoinjerto.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Ejerce presión con gasa en la zona donadora para controlar el sangrado.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Deja una gasa húmeda con solución fisiológica cubriendo la zona donadora.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Conforma el bloque óseo.	
15	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el bloque óseo en el lecho receptor.	
16	Estudiante supervisado por el docente	Fija el bloque óseo con tornillos de fijación.	

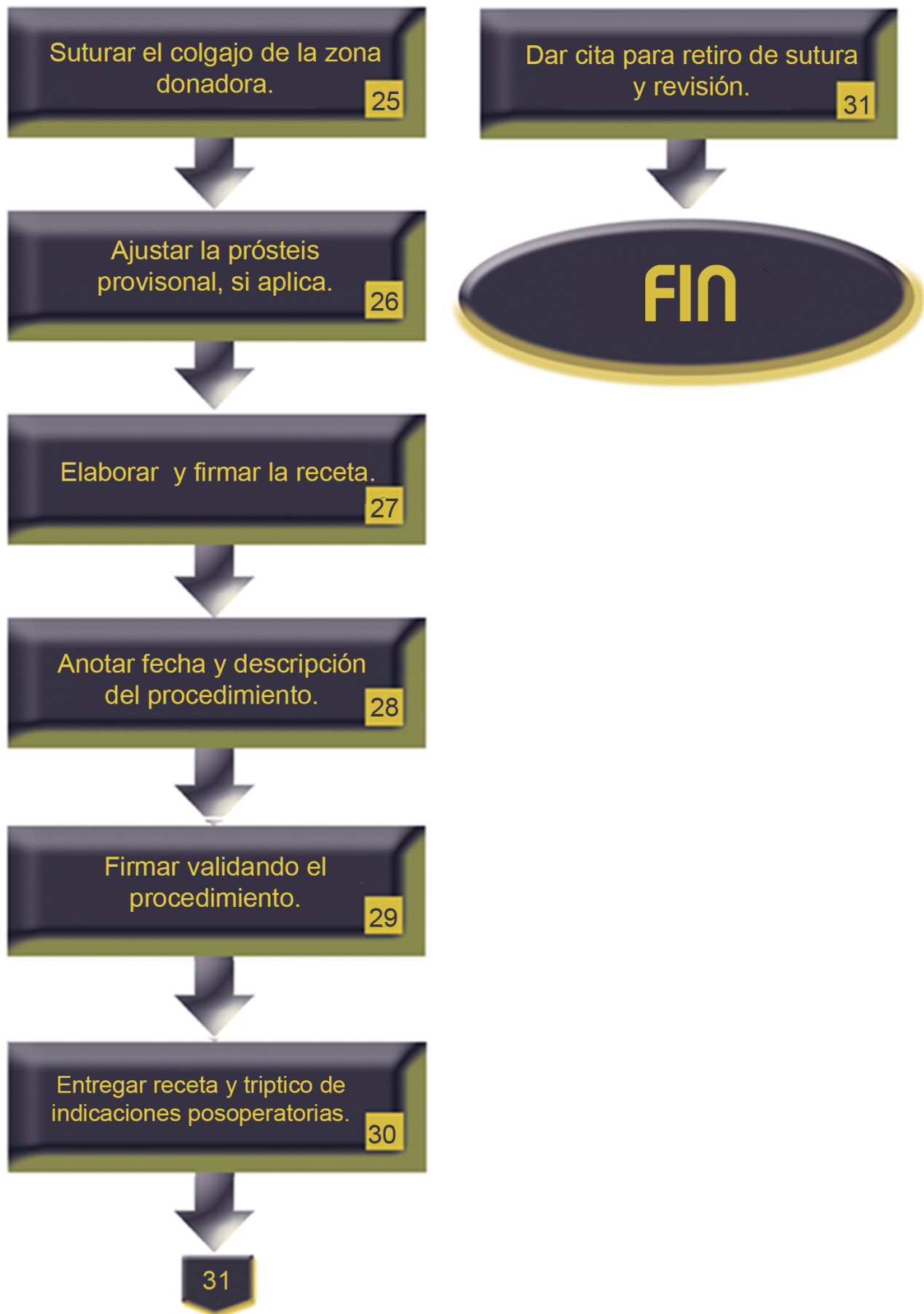
17	Estudiante supervisado por el docente	Rellena los espacios muertos con injerto óseo.	
18	Estudiante supervisado por el docente	Conforma la membrana acuerdo al defecto por regenerar (si es necesario)	
19	Estudiante supervisado por el docente	Fija la membrana (si es necesario)	
20	Estudiante supervisado por el docente	Libera el periostio para lograr un cierre pasivo	
21	Estudiante supervisado por el docente	Obtiene injerto de tejido conectivo, si aplica.	Ver procedimiento
22	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo de la zona receptora.	
23	Estudiante supervisado por el docente	Coloca autoinjerto o aloinjerto particulado en el área donadora (opcional).	
24	Estudiante supervisado por el docente	Coloca material de barrera en el área donadora (opcional).	
25	Estudiante supervisado por el docente	Sutura el colgajo de la zona donadora.	
26	Estudiante supervisado por el docente	Ajusta la prótesis provisional, si aplica.	
27	Estudiante supervisado por el docente	Elabora la receta y firma receta.	Receta

28	Estudiante	Anota fecha y descripción del procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
29	Docente	Firma validando el procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
30	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
31	Estudiante	Da cita para retiro de suturas y revisión.	Carnet

Anexos	Formato plan de tratamiento protésico para implantes
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Procedimiento injerto de tejido conectivo subepitelial
	Receta
	Formato reporte posquirúrgico
	Tríptico indicaciones Posoperatorias Aumento de Reborde Alveolar
	Carnet de citas







PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 57	AUMENTO DE REBORDE ALVEOLAR CON TUNELIZACIÓN
Propósito	Aumentar el volumen óseo de espacios edéntulos en donde el hueso disponible es insuficiente con un procedimiento mínimamente invasivo para la futura colocación de un implante.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Khoury, F., Antoun, H., Missika, P. Bone Augmentation in oral Implantology. Chicago IL. Quintessence; 2007: 75-114
	Block M. Degen M. Horizontal Ridge Augmentation Using Human Mineralized Particulate Bone: Preliminary Results. J Oral Maxillofac Surg 62:67-72, 2004, Suppl 2
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos	Materiales
	Espejo bucal	Paquete de campos quirúrgicos
	Sonda periodontal	Radiografías periapicales
	Pinza de curación	Cartuchos de anestesia
	Manguera de succión	Aguja para anestesiar 30 carta y 27 larga
	Cánula de succión	Hoja de bisturí 15 y 12
	Pinzas de campo	Gasas
	Pinzas de traslado	Sutura vicryl 4-0
	Retractores: Minesota, Columbia y O-ring	Solución isotónica de cloruro de sodio
	Jeringa tipo carpule	Jeringa de 20 ml con aguja para irrigar
	Bisturí Bard Parker # 3	Injerto óseo
	Elevadores de periostio: Prichard, P20 y P1	Eyector de saliva
	Tijeras de encía Goldman Fox 16	Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Godete Metálico	
	Flanera	
	Jeringa para injerto óseo	
	Pinza de Kelly curvas finas	
	Pinza de Adson	
	Pinza de Corn	
	Portaguas Mayo Hegar 16 cm, tijeras de sutura	

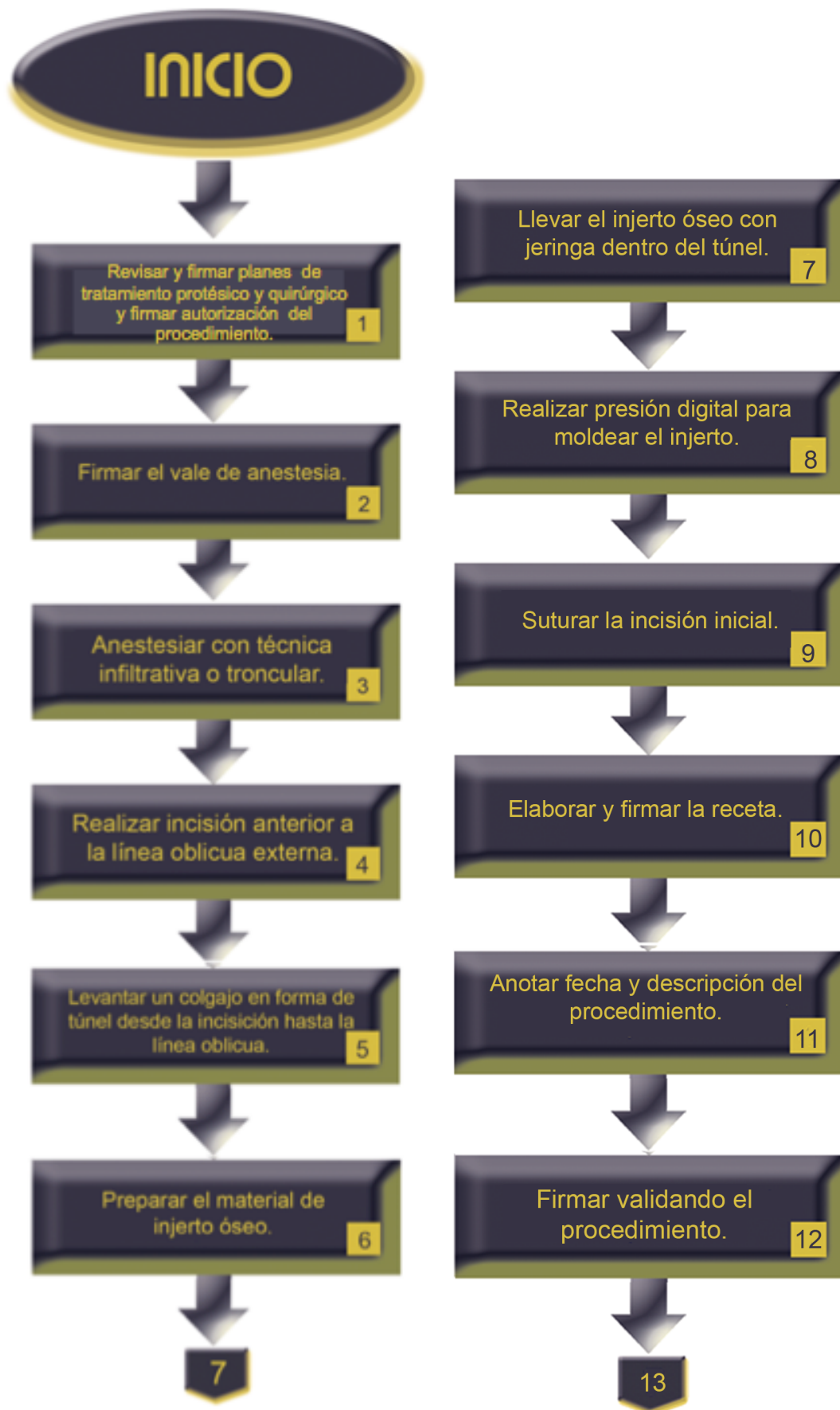
Indicaciones	Deficiencia en cantidad ósea horizontal.
	Zona posterior de la mandíbula.
Contraindicaciones	Deficiencia ósea en altura.
	Brechas desdentadas largas.
	Rebordes menores a 3mm.
	Pacientes con factores de riesgo no controlados.
	Pacientes con enfermedades o condiciones sistémicas no controladas.
Complicaciones	Pacientes que no están dispuestos a tratamientos prolongados.
	Desgarro del colgajo al empacar el material de injerto.
	Mala distribución del injerto en el túnel.
	Injerto óseo colocado fuera del periostio produciéndose absorción del mismo.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Revisa y firma planes de tratamiento protésico y quirúrgico Firma autorización del procedimiento.	Plan de tratamiento protésico 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 infiltrativa o troncular.	Plan de tratamiento
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza incisión anterior a la línea oblicua externa.	Plan de tratamiento
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta un colgajo en forma de túnel desde la incisión hasta la línea oblicua.	Plan de tratamiento
6	Estudiante supervisado por el docente	Prepara el material de injerto óseo.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Lleva el injerto óseo con jeringa dentro del túnel.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Realiza presión digital para moldear el injerto.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Sutura la incisión inicial.	

10	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
11	Estudiante	Anota fecha y descripción del procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
12	Docente	Firma validando el procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
13	Estudiante	Entrega receta y tríptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
14	Estudiante	Da cita de para retiro de sutura y revisión.	Carnet

Anexos	Formato plan de tratamiento protésico para implantes
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Receta
	Formato reporte posquirúrgico
	Tríptico indicaciones Posoperatorias Aumento de Reborde Alveolar
	Carnet de citas



Entregar receta y tríptico de
indicaciones posoperatorias.

13



Dar cita para retiro de
sutura y revisión.

14



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 58	ELEVACIÓN DE PISO DE SENO MAXILAR POR VENTANA LATERAL
Propósito	Aumentar el volumen óseo en el maxilar posterior atrófico mediante la elevación del piso del seno maxilar para permitir la futura colocación de implantes endóseos y rehabilitación protésica.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	Misch C. Contemporary implant dentistry. St. Louis, MO: 3 RD ed. Mosby; 2008: 905-974
	Chiapasco M. Romeo E. Rehabilitación implantosoportada en casos complejos. Italia: Amolca; 2006: 254-298
	Baladrón J. Cirugía Avanzada en implantes. Madrid: Ergón; 2000: 263-274
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización de Periodoncia e Implantología

Insumos	Instrumentos	Insumos
	Espejo bucal	Campos de cirugía de implantes
	Sonda periodontal	Cartuchos de anestesia
	Pinza de curación	Agujas para anestesiar 30 corta
	Jeringa tipo carpule	Hojas de bisturí Nos.15 y 12
	Pinzas de campos	Gasas
	Pinzas de traslado	Sutura 4-0
	Retractores: Minnesota, Columbia y Orringer	Recipiente plástico con glutaraldehído
	Abrebocas	Solución isotónica de cloruro de sodio
	Manguera de succión	Jeringa de 20 ml con aguja para irrigar
	Cánula de succión	Materiales de injerto óseo
	Bisturí Bard Parker # 3	Membranas de colágena
	Legras: Prichard, P20 y P1	Tachuelas
	Cureta de Lucas ¾	Eyector de saliva
	Tijeras de encía Goldman Fox 16	Bolsa roja para desechos infecto-contagiosos
	Pieza de mano de baja velocidad	
	Fresas de fisura y bola de baja velocidad, trefinas o piezoeléctrico	
	Curetas para elevación de pisos de seno maxilar manuales o del piezoeléctrico	
	Godete metálico	

	Flanera	
	Porta tachuelas	
	Martillo	
	Pinza de Adson	
	Pinza de Kelly curvas finas	
	Pinza de Corn	
	Portaguas Mayo Hegar 16 cm	
	Tijeras de sutura	
	XCP	

Indicaciones	Neumatización del seno maxilar.
	Reborde alveolar maxilar posterior atrófico menor de 5 mm de altura.
	Colocación de implantes de 12 mm de longitud por 4 mm de diámetro.
Contraindicaciones	Historia recurrente significativa de sinusitis crónica y micótica.
	Seno maxilar ocupado por neoplasias, quistes o sinusitis
	Infecciones activas en la cavidad oral.
	Enfermedad periodontal no controlada en los dientes presentes
	Tratamiento con bisfosfonatos intravenosos.
	Pacientes con factores de riesgo no controlados. (ej.Tabaquismo)
	Pacientes con enfermedades sistémicas no controladas.
	Pacientes que no están dispuestos a tratamientos prolongados.
	Expectativas del paciente poco realistas.
Complicaciones	Problemas psicológicos del paciente.
	Alergia al anestésico.
	Perforación de la membrana del seno maxilar.
	Hemorragia intraoperatoria y posoperatoria.
	Infección en el sitio.
	Bloqueo nasal.
	Apertura del colgajo.
	Falta de compresión del material de injerto.

Personal	Estudiante de la Especialización de Periodoncia de Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

La técnica de la ventana lateral se puede llevar a cabo con fresas, trefinas o piezoeléctrico; la elevación de la membrana sinusal con curetas manuales o piezoeléctrico.

Descripción del procedimiento:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Docente	Revisa y firma planes de tratamiento protésico y quirúrgico Firma autorización del procedimiento.	Plan de tratamiento protésico 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 infiltrativa o troncular.	Plan de tratamiento
4	Estudiante supervisado por el docente	Realiza las incisiones crestal y verticales 10 mm anterior y posterior al área de trabajo.	Plan de tratamiento
5	Estudiante supervisado por el docente	Levanta colgajo de espesor total.	Plan de tratamiento

6	Estudiante supervisado por el docente	Realiza osteotomía con forma oval en la pared lateral del seno maxilar.	
7	Estudiante supervisado por el docente	Termina la osteotomía, cuando se observe un color azulado.	
8	Estudiante supervisado por el docente	Fractura la ventana en tallo verde desplazándola hacia el interior.	
9	Estudiante supervisado por el docente	Eleva la membrana sinusal.	
10	Estudiante supervisado por el docente	Prepara el material de injerto óseo.	
11	Estudiante supervisado por el docente	Coloca el material de injerto.	
12	Estudiante supervisado por el docente	Coloca la membrana en la parte externa de la ventana lateral.	
13	Estudiante supervisado por el docente	Reposiciona y sutura el colgajo con puntos simples aislados y colchoneros horizontales.	
14	Estudiante supervisado por el docente	Elabora y firma la receta.	Receta
15	Estudiante	Anota fecha y el procedimiento realizado.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución
16	Docente	Firma validando el procedimiento.	Reporte posquirúrgico Notas de evolución

17	Estudiante	Entrega receta y triptico de indicaciones posoperatorias.	Tríptico
18	Estudiante	Da para retiro de sutura y revisión.	Carnet

Anexos	Formato plan de tratamiento protésico para implantes
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Formato notas de evolución
	Vale de anestesia
	Receta
	Formato reporte posquirúrgico
	Tríptico indicaciones Posoperatorias Aumento de Reborde Alveolar
	Carnet de citas



Reposicionar y suturar el colgajo con puntos simples aislados y colchoneros horizontales. 13



Elaborar y firmar receta. 14



Anotar fecha y el procedimiento realizado. 15



Firmar validando el procedimiento. 16



Entregar receta y triptico de cuidados posoperatorios. 17



Dar cita para retiro de sutura y revisión. 18



FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 59	ELABORACIÓN DE EXPEDIENTE CLÍNICO PARA LA COLOCACIÓN Y REHABILITACIÓN DE IMPLANTES
Propósito	Cumplir con la norma de elaboración del expediente clínico para la colocación de implantes.
Alcance	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Delegación Administrativa
	Enfermería
Referencias	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. (Fecha de acceso 4 de octubre de 2014) URL.disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2006: Para la prevención y control de enfermedades bucales. (Fecha de acceso 4 de octubre de 2014) URL.disponible en: http://es.scribd.com/doc/55666035/Norma-Oficial-Mexicana-NOM-013-SSA2-2006
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la Especialización Periodoncia e Implantología

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

Indicaciones	Espacio 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 de la especialización Periodoncia e Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

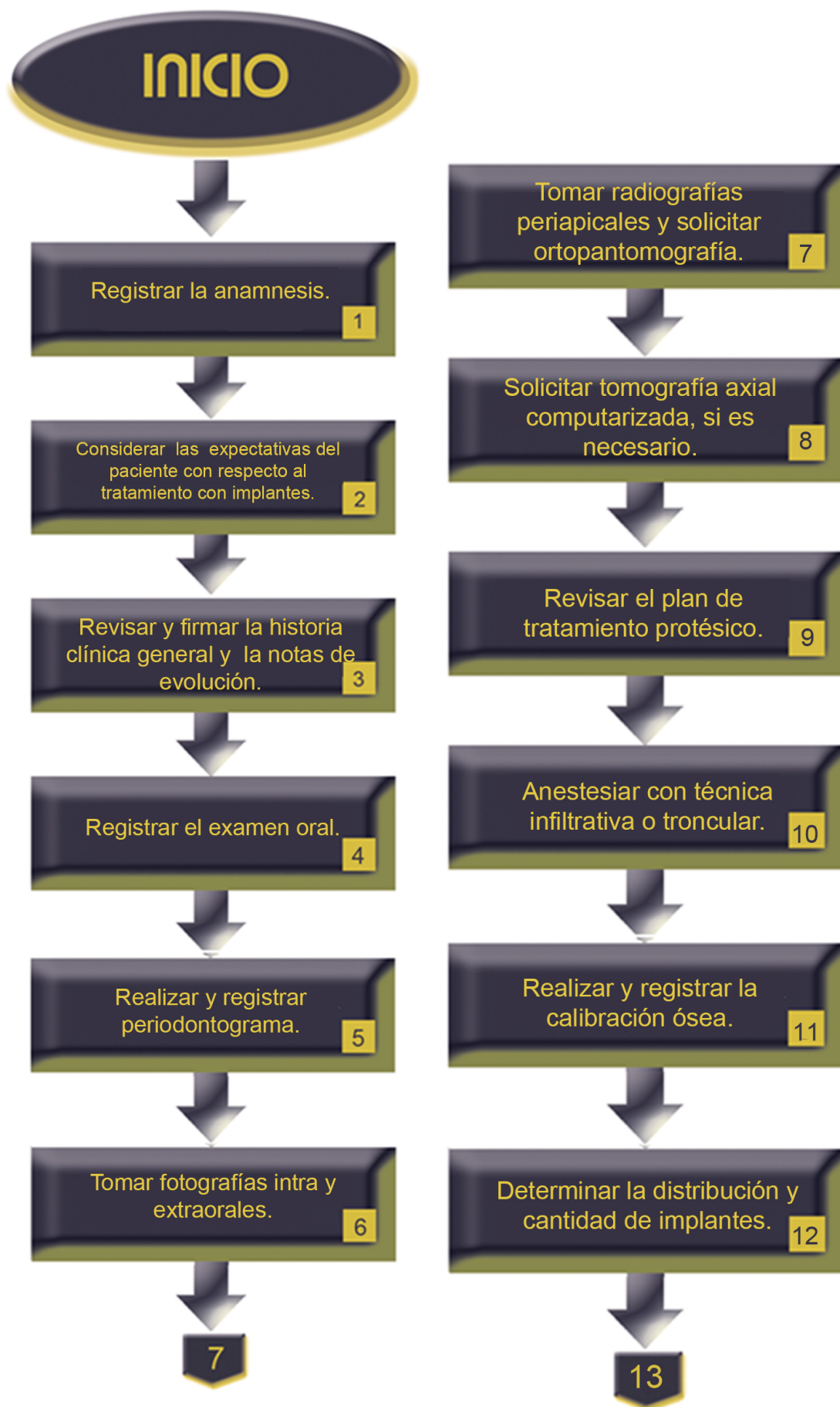
Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante supervisado por el docente	Registra la anamnesis.	Historia clínica general
2	Estudiante supervisado por el docente	Considera las expectativas del paciente con respecto al tratamiento con implantes.	
3	Docente	Revisa y firma la historia clínica general y las notas de evolución.	Historia clínica general Notas de evolución
4	Estudiante supervisado por el docente	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 periapicales Ortopantomografía
8	Estudiante supervisado por el docente	Solicita la tomografía axial computarizada, si es necesario.	Tomografía axial computarizada
9	Estudiante supervisado por el docente	Revisa junto con el estudiante de prótesis el plan de tratamiento protésico.	Plan de tratamiento
10	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular.	Plan de tratamiento
11	Estudiante supervisado por el docente	Realiza y registra la calibración ósea en la zona a colocar implantes.	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, aditamentos protésicos.	Plan de tratamiento
14	Estudiante supervisado por el docente	Establece el tratamiento regenerativo, si aplica.	Plan de tratamiento
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.	Plan de tratamiento
18	Estudiante supervisado por el docente	Indica tratamientos adicionales, si aplica.	Plan de tratamiento
19	Estudiante supervisado por el docente	Indica medicamentos preoperatorios, si aplica.	Plan de tratamiento
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 aceptando las condiciones y el presupuesto.	Presupuesto tentativo
25	Estudiante	Registra el consentimiento bajo información.	Consentimiento

26	Docente	Revisa el 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 protésico	Validan y firman plan de tratamiento quirúrgico y protésico.	Planes de tratamiento Notas de evolución

Anexos	Historia clínica general
	Formato notas de evolución
	Formato examen oral para implantes
	Periodontograma
	Fotografías intra y extraorales
	Radiografías periapicales
	Ortopantomografía
	Tomografía computarizada
	Formato plan de tratamiento protésico para implantes
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Formato de presupuesto tentativo y programa de pago para implantes
	Formato consentimiento bajo información



Seleccionar el tipo y marca del implante, tornillos, aditamentos y tratamientos regenerativos. 13

Seleccionar la fase, tipo de provisionalización y carga correspondiente a cada implante. 14

Registrar el tipo de guía quirúrgica a utilizar. 15

Indicar el tipo de cirugía a realizar. 16

Indicar tratamientos adicionales, si aplica. 17

Indicar medicamentos preoperatorios, si aplica. 18

19

Realizar cronograma del tratamiento. 19

Completar plan de tratamiento quirúrgico. 20

Realizar y registrar presupuesto tentativo. 21

Firmar presupuesto tentativo. 22

Registrar el consentimiento bajo información. 23

Explicar al paciente el contenido del consentimiento. 24

25



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO 60	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 Periodoncia e Implantología
	Delegación 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. México D. F.: 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. México D.F.: Panamericana; 2009. Tomo 2: 600 - 622
	Misch CE, Contemporary Implant Dentistry, 3 rd . St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2008: 233-420
Responsabilidades	Coordinación de Periodoncia e Implantología
	Docente
	Estudiante de la especialización Periodoncia e Implantología

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

Indicaciones	Espacio 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 de la especialización Periodoncia e Implantología
	Docente
	Enfermeras
	Personal de limpieza

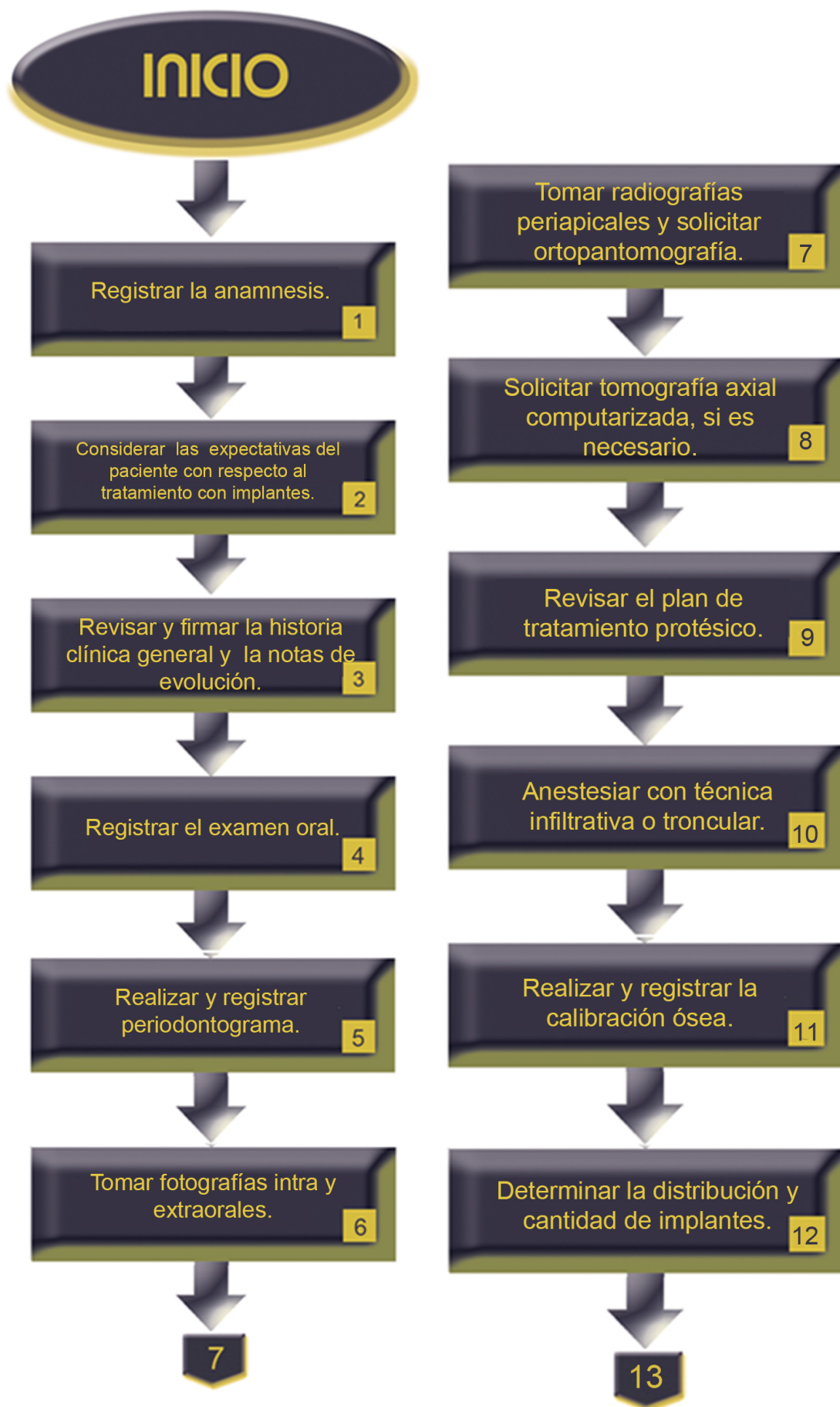
Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante supervisado por el docente	Registra la anamnesis.	Historia clínica general
2	Estudiante supervisado por el docente	Considera las expectativas del paciente con respecto al tratamiento con implantes.	
3	Docente	Revisa y firma la historia clínica general y las notas de evolución.	Historia clínica general Notas de evolución
4	Estudiante supervisado por el docente	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

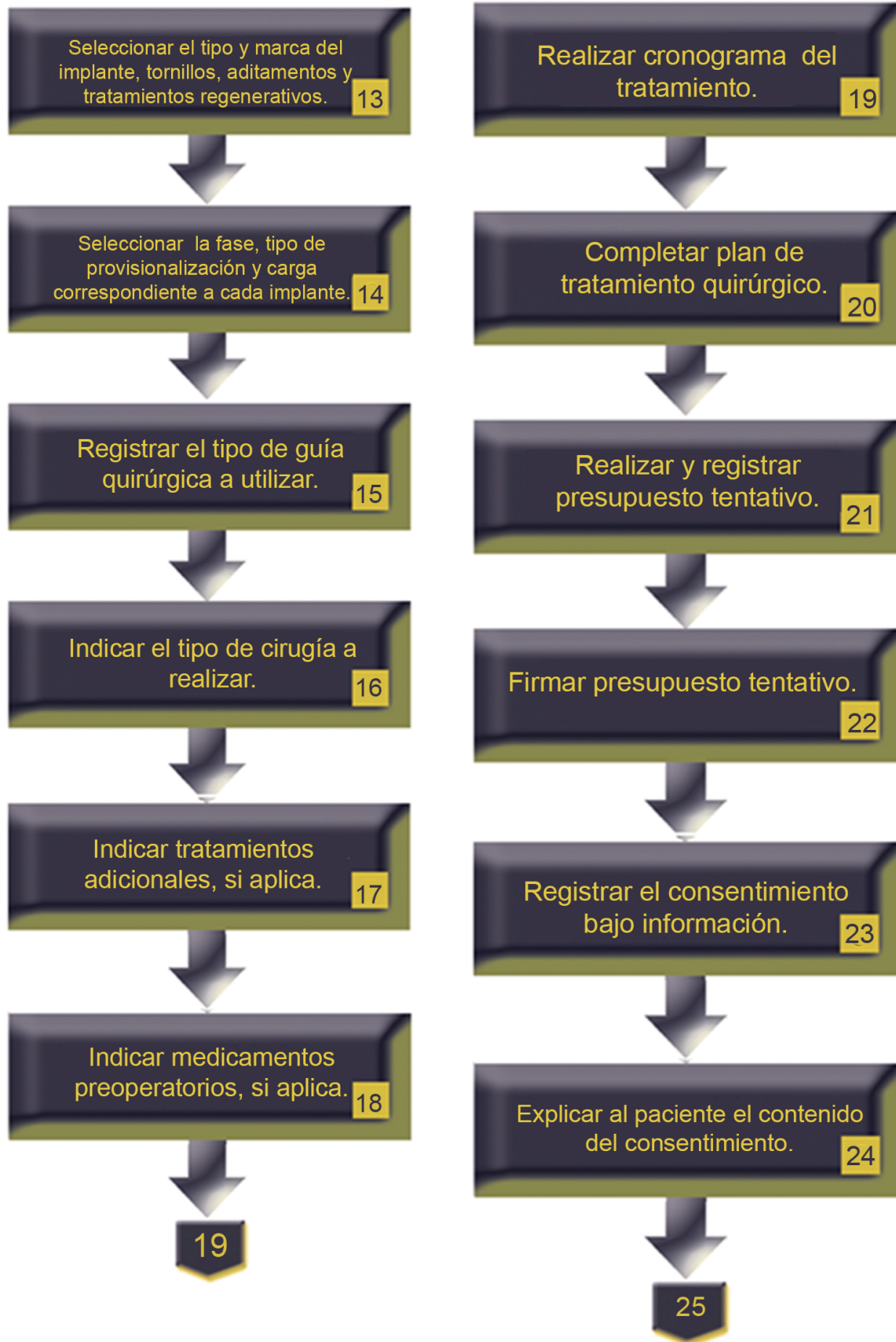
7	Estudiante supervisado por el docente	Toma radiografías periapicales y solicita ortopantomografía.	Radiografías periapicales Ortopantomografía
8	Estudiante supervisado por el docente	Solicita la tomografía axial computarizada, si es necesario.	Tomografía axial computarizada
9	Estudiante supervisado por el docente	Revisa junto con el estudiante de prótesis el plan de tratamiento protésico.	Plan de tratamiento
10	Estudiante supervisado por el docente	Anestesia con técnica infiltrativa o troncular.	Plan de tratamiento
11	Estudiante supervisado por el docente	Realiza y registra la calibración ósea en la zona a colocar implantes.	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, aditamentos protésicos.	Plan de tratamiento
14	Estudiante supervisado por el docente	Establece el tratamiento regenerativo, si aplica.	Plan de tratamiento
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.	Plan de tratamiento
18	Estudiante supervisado por el docente	Indica tratamientos adicionales, si aplica.	Plan de tratamiento
19	Estudiante supervisado por el docente	Indica medicamentos preoperatorios, si aplica.	Plan de tratamiento
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 aceptando las condiciones y el presupuesto.	Presupuesto tentativo
25	Estudiante	Registra el consentimiento bajo información.	Consentimiento

26	Docente	Revisa el 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 protésico	Validan y firman plan de tratamiento quirúrgico y protésico.	Planes de tratamiento Notas de evolución

Anexos	Historia clínica general
	Formato notas de evolución
	Formato examen oral para implantes
	Periodontograma
	Fotografías intra y extraorales
	Radiografías periapicales
	Ortopantomografía
	Tomografía computarizada
	Formato plan de tratamiento protésico para implantes
	Formato plan de tratamiento quirúrgico para implantes
	Formato de presupuesto tentativo y programa de pago para implantes
	Formato consentimiento bajo información







CONTINÚA EN EL TOMO III