

CARACTERIZACION DE LAS URGENCIAS ODONTOLÓGICAS EN LA CLÍNICA
DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO I PERIODO DEL 2005

LUZ ANGELICA BUSTOS BERMUDEZ
EMPERATRIZ CABEZAS ALTAHONA
LADY JOHANA FERNANDEZ LOZANO
PAOLA ALEJANDRA ORTIZ QUIROGA
SOLANGE ROJAS GARCES
MARIA ALEJANDRA RUIZ QUIJANO
MERY HELLEN VILLAMIL MORATO

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

BOGOTÁ, D.C.,

2006

CARACTERIZACION DE LAS URGENCIAS ODONTOLÓGICAS EN LA CLÍNICA
DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO I PERIODO DEL 2005

LUZ ANGELICA BUSTOS BERMUDEZ
EMPERATRIZ CABEZAS ALTAHONA
LADY JOHANA FERNANDEZ LOZANO
PAOLA ALEJANDRA ORTIZ QUIROGA
SOLANGE ROJAS GARCES
MARIA ALEJANDRA RUIZ QUIJANO
MERY HELLEN VILLAMIL MORATO

Trabajo de Grado para Optar el Título de
Odontólogo

Asesora metodológica:
MARTHA LUCIA CAYCEDO
Odontóloga Especialista en Epidemiología

Asesora Estadística:
MONICA PACHÓN RODRÍGUEZ
Bioestadista

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTÁ, D.C.,
2006

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Colegio Odontológico Colombiano por brindarnos el soporte institucional y educativo para estructurarnos como profesionales integrales.

Finalmente, a todo el personal de investigación, docentes, asesores y demás profesionales que hicieron parte de la planificación y desarrollo de la presente investigación.

TABLA DE CONTENIDO

	INTRODUCCION	11
1.	CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	12
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2	JUSTIFICACIÓN	12
1.3	PROPÓSITO	13
1.4	MARCO REFERENCIAL	13
1.4.1	MARCO LEGAL	13
1.4.2	MARCO HISTORICO	15
1.4.3	MARCO TEÓRICO	16
1.5	OBJETIVOS	43
1.5.1	OBJETIVO GENERAL	43
1.5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
2	METODO	44
2.1	TIPO DE ESTUDIO	44
2.2	OBJETO DE ESTUDIO	44
2.3	POBLACION DE ESTUDIO	44
2.3.1	CRITERIOS DE INCLUSION	44
2.3.2	CRITERIOS DE EXCLUSION	44
2.4	VARIABLES DE ESTUDIO	44
2.5	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	44
2.6	PROCEDIMIENTO	45
2.7	MUESTRA	46
3.	RESULTADOS	47
4.	DISCUSION	53
5.	CONCLUSIONES	55
6.	RECOMENDACIONES	56
	BIBLIOGRAFIA	
	ANEXOS	

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
GRAFICA 1: Distribución Según Grupos Etareos	47
GRAFICA 2: Distribución Según El Nivel De Escolaridad	48
GRAFICA 3: Distribución De La Consulta Según La Visita	51

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: Distribución De Las Patologías Presentadas	50
TABLA 2: Distribución Porcentual De Los Tratamientos Farmacológicos	52

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Cuadro de variables

Anexo B: Instrumento de recolección de datos N° 1 (Urgencias)

Anexo C: Instrumento de recolección de datos N° 2 (Otros Procedimientos)

INTRODUCCION

Una urgencia odontológica es una alteración súbita del equilibrio de los tejidos de la cavidad oral, que puede ser ocasionada por dolor, infección, inflamación o un tratamiento previamente realizado (iatrogénia), se caracteriza por dolor, hemorragia o su combinación; es una circunstancia imprevista.

Esta situación exige una respuesta inmediata y acertada, que refleje una solución satisfactoria a las expectativas del paciente que desea recuperar su tranquilidad a partir de la consulta. Esto implica que se pongan en juego cuatro condiciones igualmente importantes: la receptividad y buen ánimo del profesional para afrontar el problema, la visión clara e inmediata de la solución, que refleja la capacidad o competencia; la ejecución inmediata ágil y acertada de los actos que solucionan la situación, lo cual conforma la destreza; las recomendaciones claras sencillas y realizables que se dan al paciente para prevenir nuevos episodios similares.

El Colegio Odontológico Colombiano es una institución en la cual se viene prestando servicios de atención en salud oral en las diferentes sedes, presenta diferentes modalidades de atención y especialidades odontológicas; uno de estos programas es la prestación del servicio de urgencias odontológicas y manejo del tratamiento local.

Actualmente se desconoce cuales son las urgencias más frecuentes y cual es el perfil sociodemográfico de los pacientes asistentes a la clínica.

El objetivo principal de esta investigación es describir las características del servicio de urgencias odontológicas en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano sede centro en el I periodo del 2005. Dentro de los objetivos específicos se tuvieron en cuenta: determinar la asociación de las patologías con el perfil sociodemográfico de la población que asiste a la consulta de urgencias, identificar los exámenes complementarios tratamientos odontológicos y farmacológicos utilizados en las urgencias odontológicas, determinar la ultima visita odontológica, el motivo de consulta y la razón por la que elige el tratamiento en la clínica del colegio odontológico colombiano sede Centro.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una urgencia odontológica es una alteración súbita del equilibrio de los tejidos de la cavidad oral, que pudo haber sido ocasionada por dolor, infección, inflamación o tratamiento previamente realizado (iatrogénia), caracterizado por dolor, hemorragia o su combinación; es una circunstancia imprevista que exige acción inmediata y requiere un diagnóstico preciso para realizar el tratamiento adecuado a la enfermedad.

El Colegio Odontológico Colombiano es una institución en la cual se viene prestando servicios de atención en salud oral en las diferentes sedes, presenta diferentes modalidades de atención y especialidades odontológicas; uno de estos programas es la prestación del servicio de urgencias odontológicas y manejo del tratamiento local.

Actualmente se desconoce cual es la caracterización de las urgencias y cual es el perfil sociodemográfico de los pacientes asistentes a la clínica.

Lo anterior lleva al grupo a preguntarse ¿Cuál es la caracterización de las urgencias odontológicas en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano sede centro?

1.2 JUSTIFICACION

Actualmente no se conocen características de las urgencias odontológicas que se manejan en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano sede centro y cual es el perfil sociodemográfico de la población que asiste a la consulta.

1.3 PROPÓSITO

Realizar una descripción para conocer cual es la caracterización de las urgencias odontológicas que se atienden en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano sede centro durante el I periodo del 2005.

1.4 MARCO REFERENCIAL

1.4.1 Marco Legal

De acuerdo a la resolución numero 1995 de 1999 por la cual el ministerio de salud estableció unas normas para el manejo de las historias clínicas considero que conforme con el articulo 8 de la ley 10 de 1990 el ministerio de salud le corresponderá formular políticas y normas científico-administrativas de obligatorio cumplimiento con lo referente al manejo de historias clínicas, dirigida a todas las entidades promotoras de salud los prestadores de servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se determina que la historia clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector; donde se implantan modelos relacionados con el diligenciamiento de la historia clínica en el Sistema Nacional de Salud, cobrando gran importancia la exigencia del buen diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, conforme a los parámetros del Ministerio de Salud y del Archivo General de la Nación.

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, donde se registra cronológicamente las condiciones de salud de cada paciente,

entre los que están los actos médicos y procedimientos del equipo de salud que interviene en su atención.

Es obligatorio que los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen con la atención del paciente registre cada uno de los conceptos, decisiones y resultados de acciones en salud, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

Es muy importante enfatizar que hay que diligenciar la historia clínica en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

Toda historia clínica será identificada con el numero de cedula de cada usuario para mayores de edad y con el numero de tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años.

En la historia clínica deberán ir los datos personales del usuario como son: apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; aseguradora y tipo de vinculación.

Los anexos son aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y administrativo de las acciones realizadas al usuario como: intervenciones quirúrgicas, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que se consideren pertinentes.

En los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas deberán registrarse en la casilla de exámenes paraclínicos.

Las entidades prestadoras de servicios de salud, deberán archivar las historias clínicas en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

1.4.2 Marco Histórico

La idea de fundar el Colegio Odontológico Colombiano fue concebida cuando el Dr. Jorge Arango Tamayo, se encontraba estudiando y ejerciendo la odontología en Buenos Aires Argentina. En 1973 el Dr. Jorge Arango Tamayo, se reintegro a la facultad de odontología de la universidad Nacional y como profesor de materiales dentales reunió al grupo de colaboradores para comunicarles la intención de fundar una nueva facultad de odontología, la cual fue acogida con entusiasmo y todos participaron en el proyecto del C.O.C a la cabeza de su fundador. Fue así como el Colegio Odontológico Colombiano inició labores el 20 de junio de 1975, en una vieja casona de la calle 13 entre carreras 4 y 5 un día lunes a las 7:00 a.m donde ingresaron los primeros estudiantes.

Mientras se iniciaban las labores con primer semestre, en la misma forma se fueron ubicando tres casonas más en el sector de la candelaria en la calle 13 entre carreras 3 y 5. estas casas tuvieron que adaptarse para aulas, laboratorios y oficinas. Se abrieron tres jornadas: 2 diurnas y 1 nocturna donde tenían practicas de lunes a sábado.

En julio de 1977, en el piso sexto del edificio de la calle 13 No 9-56 se inicio la primera clínica con alumnos de quinto semestre. En aquella época el plan de estudios era de ocho semestres.

En 1978 bajo la dirección del Dr. Farid Saab Cálela se organiza el laboratorio académico de prostodoncia en el piso décimo. En el piso noveno y durante varios años funcionaron los más complejos quirófanos.

Posteriormente a la terminación del edificio de clínicas y ante la incomodidad y el deterioro de las casonas, el Dr. Arango Tamayo adquiere a los Pradilla unos terrenos en el kilómetro 20 de la autopista norte; con una extensión aproximada de 10 hectáreas y construye el campus universitario.

Actualmente el C.O.C. cuenta con las clínicas integrales de adultos de séptimo a décimo semestre en la sede centro donde se realizan procedimientos odontológicos a todos los pacientes que asisten a consulta distribuidos de la siguiente manera: en el primer piso presta los servicios de cirugía y caja, en el segundo piso presta los servicios de odontopediatría y valoración, en el cuarto y sexto piso se presta el servicio de clínica integral de adultos (endodoncia, periodoncia, operatoria y tratamientos integrales), en la carrera 9 No 40-09 se presta el servicio de periodoncia, endodoncia y ortodoncia.

1.4.3 Marco teórico

La historia clínica es un registro cronológico de los síntomas desde el comienzo de la enfermedad hasta el momento en que el paciente consulta al médico, debe incluir no solo el relato de la enfermedad actual (anamnesis próxima), sino la historia de la enfermedad pasada (anamnesis remota). (LOZANO; MEJIA. 2001).

La mejor anamnesis y por ende la mejor historia clínica se obtiene cuando se establece una relación satisfactoriamente el médico y el paciente, la cual supone confianza y respeto mutuo. Los factores que ayudan positivamente a establecer

esta relación incluyen la apariencia, la consideración y la actitud profesional del médico. La limpieza en su persona y la pulcritud en su atuendo son importantes para inspirar esa confianza y ese respeto; si un paciente ve que el médico descuida su apariencia personal, fácilmente puede concluir que es descuidado en todo, incluyendo sus diagnósticos y tratamientos. (LOZANO; MEJIA. 2001).

La anamnesis implica mucho más que una simple serie de preguntas; entraña escuchar al paciente e intentar comprender su modo de vida, sus esperanzas y sus temores.

Datos de identificación: Nombre y apellidos del paciente, sexo, edad, ocupación, lugar de origen, procedencia, residencias anteriores.

Motivo de consulta: (quejas principales). Debe consignarse en las frases más breves posibles anotando no diagnósticos o nombres de enfermedades sino las quejas del paciente. Por esta razón es necesario muchas veces usar las palabras del paciente siempre que ellas expresen una queja concreta o sean la clara expresión de un fenómeno; pero si esas palabras pueden traducirse en un nombre técnico es mejor hacerlo.

Enfermedad actual: Se debe considerar como la parte más importante de la historia y a la que debe darse mayor énfasis. Aquí se analiza todos los detalles referentes a la queja principal anotando el momento en que aparecieron los síntomas, su manera de aparición (brusca o insidiosa) y la forma como han evolucionado; se registrará si han aparecido nuevos síntomas o si han cambiado los iniciales en cuanto a intensidad o carácter se refiere. El registro de todas las incidencias de la enfermedad debe hacerse en forma rigurosamente cronológica. Hay que procurar que el paciente refiera su sintomatología en forma específica hasta donde sea posible; para ello hay que dejarlo que relate su enfermedad. (SANGUINETTI. 1997).

Primero hay que tratar de informarse sobre cuanto hace que los síntomas comenzaron y cual fue la manera de comienzo tratando de precisar la circunstancia en que aparecieron, o sea lo que en ese momento ocurría en la vida del paciente. El desarrollo de la enfermedad debe seguirse cronológicamente tratando de precisar al máximo el momento o época de aparición de cada nuevo síntoma. Dependiendo del tipo de enfermedad y de la clase de paciente, esto puede llevarse a cabo usando fechas o intervalos de tiempo medidos en días o semanas, o fijando la edad del paciente cuando apareció el síntoma. Lo importante es que el sistema que se use sea uniforme. (SANGUINETTI. 1997).

Procesar luego al análisis de los síntomas calificándolos en términos de severidad, duración y progreso. Si el paciente se queja de dolor, precítese su localización, duración, irradiación, frecuencia de aparición y fenómenos asociados., sudoración, náuseas, lipotimias, hematuria, deseo de evacuar el vientre o la vejiga etc. (SANGUINETTI. 1997)

Resumen de hospitalizaciones previas: Si estas hospitalizaciones se han debido a entidades no relacionadas con la enfermedad actual, simplemente anótese en esta parte de la historia clínica la fecha de salida del hospital y el diagnóstico final.

Revisión por sistemas: después de que el médico crea haber obtenido la máxima información sobre la enfermedad actual deberá pasar una revista sobre el funcionamiento de otros órganos y sistemas. Esta revisión por sistemas proporcionará una visión global sobre la salud del paciente, puede suministrar claves adicionales en relación con la misma enfermedades o defectos no relacionados con la enfermedad actual pero que justifican investigaciones o atención médica especial. Al hacer la redacción final de la historia trátase de evitar repeticiones. Si en la enfermedad actual ya se menciona que el paciente sufre de

disnea y edemas, no hay para que repetir en la revisión por sistemas. (GIGLIO; NICOLOSI. 2000).

Algunas precisiones del examen físico (inspección, palpación, percusión, auscultación). No siempre es necesario hacer un examen físico en formas totalmente exhaustivas. Exploraciones más cuidadosas y detalladas deberán hacerse en el aparato que se sospecha enfermo de acuerdo con el interrogatorio. El encontrar ciertos signos indicara la necesidad de realizar otras determinadas exploraciones. Es importante que antes de realizar algunos aspectos del examen físico, explíquesele al paciente lo que se le va a hacer, para obtener de el una mejor colaboración. (LOZANO; MEJIA. 2001).

Con base en la anamnesis y el examen físico debe hacerse siempre una tentativa de diagnostico (s) preferiblemente en forma de unas cuantas frases que puntualicen la clase de terreno en que evoluciona la enfermedad y contenga uno o varios razonamientos en que se destaquen aquellos puntos que apoyan el diagnostico. Mencionar cuales exámenes o exploraciones se consideran necesarios para confirmar el diagnostico o para valorar el estado fisiopatológico del paciente. Nunca pida exámenes de "rutina". Todo examen pedido debe estar respaldado en consideraciones que lo justifiquen. El estudiante debe interesarse en que los exámenes pedidos se cursen y realicen oportunamente. (GIGLIO; NICOLOSI.2000).

Esbozar luego la distintas clases de tratamiento (farmacológico, dietética, mental, profiláctico, de rehabilitación) que se impone iniciar en el paciente con base en las hipótesis diagnosticadas planteadas. (GIGLIO; NICOLOSI.2000). Y por ultimo se consigna la firma de la persona que elaboro la historia y del paciente.

Basados en el reporte de las principales urgencias odontológicas que se presentan en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano sede centro se puede hacer una clasificación así:

1.4.3.1. ENFERMEDADES DE LA PULPA

Pulpitis reversible. Es una condición inflamatoria de suave a moderada de la pulpa causada por estímulos nocivos en la cual la pulpa es capaz de retornar al estado no inflamatorio después de retirado el estímulo. (BAUME. 2003).

La etiología de la pulpitis reversible es cualquier agente capaz de dañar la pulpa, algunos cambios circulatorios como aquellos acompañantes de la menstruación o embarazo, catarro común o sinusitis. Un mismo irritante puede causar hiperemia en una pulpa y dentina secundaria en otra. (COHEN; BURNS. 1999).

Se caracteriza por dolor agudo que permanece un momento, más frecuente con alimentos o bebidas frías que con calientes y aire frío. No es espontáneo y desaparece al retirar el estímulo; el frío, dulce o amargo causan dolor, el cual puede volverse crónico. Reacciona normalmente a percusión, palpación, movilidad, los tejidos periapicales son normales al examen radiográfico. (SOARES; GOLDBERG. 2002).

El mejor tratamiento es la prevención. Cuando ya está presente, la remoción del estímulo nocivo y una curación sedante son generalmente suficientes. Una vez que han desaparecido los síntomas, es necesario probar el diente en cuanto a su vitalidad para descartar una necrosis. (SOARES; GOLDBERG. 2002).

Pulpitis irreversible

Este término se aplica cuando la pulpa está vital e inflamada, y a través de la evaluación se determina que la inflamación pulpar no puede resolverse aunque se intenten procedimientos terapéuticos conservadores. (TROPE; SIGURSSON, 1998).

Durante los estados iniciales de pulpitis el diente requiere la presencia de estímulos (frío, calor, dulce o ácido) para producir una respuesta dolorosa; en estados más avanzados, los episodios de dolor ocurren espontáneamente, y especialmente en la noche; los episodios prolongados de dolor se hacen más frecuentes. El dolor puede ser reproducido por la percusión, y aunque las radiolucencias periapicales sean raras de observar, en algunos casos de inflamación pulpar de larga duración se puede apreciar una osteítis condensante como respuesta ante la irritación. Cuando la pulpitis no es tratada progresa, el dolor se hace constante, agudo y severo, y se intensifica por el calor y en ocasiones se alivia con el agua fría (DUMSHA; GUTMANN. 1998).

La identificación del diente afectado es más difícil cuando el proceso inflamatorio se encuentra confinado al espacio pulpar. El dolor referido es una característica común de la pulpitis parcial, sin embargo, cuando la inflamación progresa hacia el ligamento periodontal, el dolor se hace localizado. (GLUSKIN; COHEN; BROWN, 1998).

La pulpitis no localizada puede representar el problema diagnóstico más difícil y desafiante para el clínico. En aquellos casos en los cuales no se logra identificar el diente responsable, se recomienda medicar analgésicos y observar, para así evitar tratar un diente equivocado. Es posible que al día siguiente o poco después se evidencie el causante del malestar. (DUMSHA; GUTMANN, 1998).

Necrosis pulpar

Esta condición pulpar no suele causar situaciones de urgencia, sin embargo, se recomienda que una vez detectadas, ya sea por hallazgo clínico, radiográfico o al notar una distensión del tejido periapical, sean tratadas. En algunos casos de necrosis pulpar, el dolor pudiera presentarse. Cuando éste puede ser localizado, el diagnóstico es sumamente sencillo. Por el contrario, si el dolor no es localizado, necesitamos de la ayuda de pruebas clínicas comparativas, y de los hallazgos radiográficos (DUMSHA; GUTMANN, 1998).

Por lo general, el diente con necrosis pulpar no responde a las pruebas de vitalidad pulpar y puede no tener sensibilidad a las pruebas de percusión o presentar una ligera sensibilidad. La situación se torna aún más compleja cuando los dientes sospechosos de la molestia son multirradiculares, en los cuales las pruebas clínicas comparativas tienen un valor limitado debido a que puede haber tejido pulpar parcialmente vital (DUMSHA; GUTMANN, 1998).

Radiográficamente en esos casos puede observarse desde un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal hasta una imagen radiolúcida periapical extensa. Las radiografías deben ser analizadas cuidadosamente en busca de hallazgos importantes que permitan establecer el diagnóstico: tamaño y extensión de caries presentes, restauraciones extensas, signos radiográficos iniciales de alteraciones perirradiculares tales como pérdida de la lámina dura y ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, etc. (COHEN; BURNS. 1999)

ENFERMEDADES PERIRRADICULARES

Periodontitis apical aguda supurativa (Absceso dentoalveolar)

Es una colección localizada de pus en el hueso alveolar que rodea el ápice de un diente que ha sufrido muerte pulpar con extensión de la infección a través del

foramen apical a los tejidos perirradiculares. Se acompaña de una reacción severa localizada y en ocasiones generalizada. Generalmente es causado por invasión bacteriana del tejido pulpar necrótico aún cuando también puede ser resultado de trauma o de irritación química o mecánica. (ANDRADE; RENALI.2004).

El primer síntoma puede ser sensibilidad del diente, dolor a la percusión y palpación; el diente se siente elongado, doloroso y móvil, afectando igual a los dientes vecinos. (SOARES; GOLDBERG. 2002).

Posteriormente el dolor es severo, pulsátil, con inflamación intraoral o extraoral.

Su extensión y distribución esta determinada por la localización del ápice, de inserciones musculares y por el espesor del hueso cortical. (SOARES; GOLDBERG. 2002).

Puede ser difícil localizar el diente causante al principio del proceso. Pero el diagnóstico es rápido y exacto por la sintomatología relatada por el paciente. No hay respuesta al frío o pruebas eléctricas. El calor puede doler cuando se aplica a toda la zona. (PITT. 1999).

El tratamiento consiste en establecer drenaje de inmediato, por conducto, transmucosa o transóseo y controlar la reacción sistémica. No sellar el conducto y desocluirlo. Se hace incisión sólo si el tejido es suave y fluctuante, poner dique para el drenaje. (SOARES; GOLDBERG. 2002).

En el tratamiento de soporte se recomienda colutorios antisépticos, dieta líquida o suave, descanso. En casos severos, analgésicos y antimicrobianos. Después de ceder los síntomas agudos se realiza la pulpectomía no vital conservadora y obturación de los conductos. (SOARES; GOLDBERG. 2002)

Periodontitis apical aguda no supurativa

Es una inflamación aguda y dolorosa del ligamento periodontal apical como resultado de irritación, trauma o infección vía el conducto, sin importar si la pulpa está vital o no. (PITT.1999).

La causa en un diente vital es por trauma oclusal en restauraciones fuera del plano oclusal, encajamiento en cuña de cuerpos extraños entre dos dientes o por un golpe sobre el diente. En el caso de un diente no vital puede ser secuela de enfermedades pulpares, tratamiento radicular, sobreextensión de materiales de obturación, perforación de la raíz o sobreinstrumentación de los conductos. (CANALDA.2001).

Los principales síntomas son dolor a la percusión y palpación, el diente está extruido molestando a la masticación, historia de tratamiento endodóntico o prótesis. (COHEN; BURNS. 1999).

A la radiografía se observa ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

El tratamiento consiste en el alivio de oclusión y medicación analgésica. (COHEN; BURNS.1999).

Exacerbación aguda de una lesión crónica

Es una reacción inflamatoria aguda superimpuesta a una lesión crónica preexistente. Mientras las lesiones crónicas permanezcan en equilibrio, son completamente asintomáticas. A veces por influjo de productos neuróticos de pulpas enfermas, bacterias o sus toxinas, así como una baja en las defensas orgánicas, pueden dispararse reacciones agudas.

Se caracteriza por sensibilidad al tocar el diente, después el diente se elonga saliendo de su alveolo y existe dolor al masticar. El tratamiento es el mismo que para un absceso agudo. (CANALDA. 2001).

Periodontitis apical crónica supurativa

Es una infección de baja virulencia y lapso largo en el hueso alveolar periapical y de origen pulpar.

El absceso crónico es una consecuencia natural de la muerte pulpar con extensión del proceso infeccioso periapicalmente o puede resultar de un absceso agudo preexistente o terapia endodóntica inadecuada, fracturas verticales, síndrome del diente agrietado. (CANALDA.2001).

Es generalmente asintomático, detectado durante radiografías de rutina o por presencia de una fístula. Puede haber molestias a la masticación, movilidad y dolor moderado a la percusión y palpación, no hay respuesta a las pruebas eléctricas y térmicas. Generalmente se presenta una zona radiolúcida difusa que se diluye al tejido sano. (SOARES; GOLDBERG. 2002).

El tratamiento consiste en la eliminación de la infección del conducto radicular, pulpectomía no vital y obturación del espacio. En realidad un absceso crónico puede ser considerado como una extensión periapical de la infección de una pulpa necrótica la diferencia es sólo de grado. (CANALDA. 2001).

Periodontitis apical cónica no supurativa

Generalmente sintomática, asociada a molestia muy leve, se presenta sensibilidad ligera a la palpación, pruebas de sensibilidad negativas. (COHEN; BURNS. 1999).

Al examen radiográfico se presenta zona radiolúcida a nivel periapical.

El tratamiento consiste en realizar la endodoncia con preparación invertida.

TRAUMA DENTO ALVEOLAR

Impacto agresivo sobre las estructuras biológicas dentales y/o adyacentes de las cuales se deriva algún tipo de lesión.

Clasificación:

- Injurias a los tejidos duros y de la pulpa del diente.
- Injurias a los tejidos periodontales.
- Injurias del hueso de soporte dentario.
- Injurias de la encía o mucosa oral.

Caicedo, Pág. 15-16, injurias trauma dentó-alveolares

Injurias A Los Tejidos Duros Y De La Pulpa Del Diente

Se clasifican en:

- Fractura del esmalte: es una fractura profunda con pérdida de estructura dentaria involucrando únicamente el esmalte.

Caicedo, Pág. 16, injurias trauma dentó-alveolares

- Fractura no complicada de la corona: es una fractura que envuelve el esmalte y la dentina con pérdida de estructura dentaria sin compromiso pulpar evidente. Generalmente el mas afectado el incisivo central superior y esta asociado con luxaciones.

Diagnostico: limpiar la corona fracturada para determinar, la magnitud de la lesión y así poder descartar una posible exposición pulpar y determinar la cantidad de dentina expuesta.

Radiográficamente: para determinar el estado de desarrollo radicular, descubrir lesiones adyacentes como fracturas radiculares o luxaciones.

Tratamiento: el tiempo transcurrido entre el momento de la fractura y el tratamiento tienen una directa relación con la capacidad del tejido pulpar para sobrevivir, proteger el órgano pulpar colocando una barrera en los tubulos dentinales expuestos, un liner con base en ionomero de vidrio y restauración con resina compuesta.

Cuando se tiene el fragmento del diente fracturado se debe unir a la corona del diente; con un bondig en resina.

Comprobar estado de oclusión, se puede considerar las coronas en policarbonato para solucionar el problema estético de urgencia, se debe hacer un seguimiento clínico y radiográfico con pruebas de vitalidad térmicas y eléctricas incluyendo dientes adyacentes a 1,2,4 semanas, 6 meses, 1 año y anualmente por 5 años, se puede presentar necrosis pulpar por lo tanto realizar TCC, pronostico bueno.

Caicedo, Pág. 28, injurias trauma dentó-alveolares

- Fractura complicada de la corona: es una fractura que compromete el esmalte y dentina exponiendo el órgano pulpar.

Diagnostico: inicialmente por observación clínica, tener en cuenta el estado del órgano pulpar, evaluar si ese diente ha sufrido grado de luxación, hacer diagnostico radiográfico para determinar el grado de desarrollo radicular y descartar lesiones concomitantes.

Tratamiento: se recomienda terapia analgésica con aines (ibuprofeno 200, 400 mg cada 4 horas durante 24 horas), en dientes inmaduros se debe hacer lo posible por mantener vital el órgano pulpar:

- anestesia local, aislamiento del campo operatorio.
- pulpotomia parcial con una cucharilla.
- irrigación con solución salina o solución de Ca (OH).

- recubrimiento pulpar directo con hidróxido de calcio, ionomero de vidrio.
- restauración definitiva, control de la oclusión, seguimiento por un año y anualmente hasta 5 años.

En dientes con formación radicular completa y exposición pulpar igual o menor a 2 mm se sugiere una pulpotomía parcial dependiendo de la naturaleza del trauma, previa anestesia, y aislamiento, posteriormente con una cucharilla de buen corte se realiza la pulpotomía, luego se irriga con solución salina, a continuación el recubrimiento pulpar directo con hidróxido de calcio, luego con ionomero de vidrio, restauración definitiva, control de oclusión.

Si la exposición es mayor de 2 mm y con formación radicular completa se realiza la pulpectomía previa anestesia, aislamiento, obturación del conducto radicular, restauración y control de la oclusión en una sola cita en lo posible.

Pronóstico: requieren ser valorados a la 1,2 semanas, 1-6 meses, 1 año y anualmente por 5 años.

Desde el punto de vista clínico y radiográfico en los dientes con pulpotomía se debe tener en cuenta:

Ausencia de signos o síntomas clínicos.

Que no existan cambios patológicos a nivel perirradicular.

Ausencia de cambios dentro de la luz del conducto.

Caicedo, Pág. 28-29, injurias trauma dentó-alveolares

- Fractura corona-raíz no complicada: es una fractura que envuelve el esmalte, dentina y cemento sin exposición del órgano pulpar.

Diagnóstico: una característica de este tipo de fractura es el gran dolor que se produce al manipular el fragmento móvil, con frecuencia es solamente una línea de fractura pero se puede presentar una fractura múltiple, se encuentra el fragmento unido al ligamento periodontal.

El examen radiográfico no es muy determinante.

Tratamiento: anestesiar y retirar el fragmento fracturado, en fracturas que no sobrepasa los 2mm por debajo del reborde alveolar, se espera reinserción a los 2 meses. De mas de 2 mm si se produce en dientes anteriores se realiza extrusión forzada en dientes posteriores se debe realizar alargamiento coronal y posteriormente la restauración, terapia analgésica con aines (ibuprofeno 200, 400 mg cada 4 horas durante 24 horas).

Caicedo, Pág. 30, injurias trauma dentó-alveolares

- Fractura corona-raíz complicada: es una fractura que envuelve el esmalte, dentina y cemento exponiendo el órgano pulpar.

Diagnostico: la característica de este tipo de fractura es el gran dolor que se produce al manipular el fragmento móvil, desde el punto de vista clínico se determina la magnitud de la exposición pulpar.

El examen radiográfico no es determinante

Tratamiento:

- Exodoncia esta indicada cuando el fragmento fracturado abarca más de un tercio (longitudinal) de la longitud radicular o cuando la fractura sigue el eje longitudinal del diente (vertical).
- Extrusión forzada: indicada cuando el segmento fracturado no sobrepasa un tercio de la longitud radicular, terapia analgésica.
- Alargamiento de la corona: indicada en dientes posteriores cuando el fragmento fracturado no sobrepasa un tercio de la longitud radicular, terapia analgésica.

Caicedo, Pág. 30-31, injurias trauma dentó-alveolares

- Fractura radicular: es una fractura que involucra la dentina, el cemento y el órgano pulpar, las fracturas radiculares pueden ser clasificadas de acuerdo al desplazamiento del fragmento coronal.

Es muy importante determinar el sitio de la fractura de acuerdo a las tres zonas:

- Zona 1: va desde el borde incisal hasta la cresta alveolar, es de buen pronóstico.
- Zona 2: se encuentra localizada 5mm por debajo de la cresta alveolar (zona crítica).
- Zona 3: se encuentra localizada entre el tercio medio y el apice radicular.

Diagnostico: al examen clínico se observa el diente ligeramente extruido con movilidad, esto depende del sitio de la fractura entre mas coronal la fracturase presenta mayor movilidad, para el diagnostico radiográfico se requiere múltiples radiografías periapicales y una radiografía oclusal.

Tratamiento: depende del tiempo transcurrido de la injuria y la extensión de la fractura, la comunicación de la fractura con la cavidad oral determina el tipo de tratamiento.

En los casos donde la línea de fractura se encuentra en el tercio gingival con comunicación ala cavidad oral (zona 2), se debe realizar la Exodoncia del fragmento coronal y posteriormente una extrusión forzada previa pulpectomia y TCC.

Si la línea de fractura se encuentra entre el tercio medio y el tercio apical se debe: anestesiarse, radiografía del área afectada, reposicionar los fragmentos digitalmente, colocar una férula semirigida con nylon de pesca de 20 a 30 libras fijado con resina compuesta y que se extienda por lo menos dos dientes adyacentes a lado y lado del diente fracturado, esta férula se deja de 8 a 10 semanas.

Este es el mismo tratamiento para dientes inmaduros o con formación radicular completa, controlar la oclusión si hay necrosis del fragmento coronal se realiza TCC de este segmento solamente la obturación se realiza con gutapercha termoplástico y un cemento con base en $\text{Ca}(\text{OH})_2$, crcs, sealapex, si hay necrosis de los dos fragmentos se realiza el TCC de los dos segmentos, reduciéndolos con un portador de Ni-Ti recubierto de

gutapercha termoplástica del tipo thermafil, succesfill, quickfill y un cemento con base en $\text{Ca}(\text{OH})_2$; si no se puede sobrepasar el segmento apical necrotico se elimina de forma quirúrgica.

Terapia analgésica con aines, pronostico bueno, las secuelas son la necrosis pulpar del fragmento coronal, obliteración del conducto radicular, reabsorción radicular, pérdida de soporte óseo marginal.

Los dientes que han sufrido este tipo de alteración requieren ser valorados periódicamente a la 1, 2 semana, 1, 2, 3, 4, 5, 6, meses, 1 año y anualmente por 5 años clínica y radiográficamente.

Caicedo, Pág. 31-32, injurias trauma dentó-alveolares

Injurias A Los Tejidos Periodontales

Se clasifican en:

- Concusión: es una injuria de los tejidos que soportan el diente sin movilidad o desplazamiento pero con sensibilidad a la percusión.

Diagnostico: clínicamente hay sensibilidad durante la masticación y ala percusión las pruebas de vitalidad no son confiables, ya que los dientes con trauma pueden sufrir shock.

Tratamiento: no requiere tratamiento, si se presenta mucha sensibilidad se pude realizar un alivio de oclusión; los controles clínicos (con pruebas de vitalidad térmica y eléctrica) y radiográfico se realizan a la 1, 2, 4 semana y 6 mes después del trauma cada año por 5 años.

Complicaciones: necrosis pulpar, obliteración del conducto.

Caicedo, Pág. 35, injurias trauma dentó-alveolares

- Subluxacion: (diente móvil) es una injuria de los tejidos que soportan el diente con una movilidad anormal y altamente sensible a la percusión pero sin desplazamiento del diente.

Diagnostico: los dientes mantiene su posición normal, puede presentarse movilidad anormal en sentido horizontal y sensibilidad a la percusión, puede presentarse sangrado, las pruebas de vitalidad no son confiables.

Tratamiento: se considera la posibilidad de no ferulizar a menos que haya movilidad grado 2 o 3 la fijación debe ser semirigida con nylon de pesca de 20 a 30 libras y resina compuesta que se extienda por lo menos dos dientes adyacentes a lado y lado del diente luxado, debe ser retirado de los 7 a 10 días, tiempo durante el cual el ligamento periodontal puede cicatrizar; los controles clínicos (con pruebas de vitalidad térmicas y eléctricas) y radiográfico se pueden realizar a la 1, 2, 4 semana y 6 mes después del trauma y a intervalos de un año por cinco años. Terapia analgésica con aines.

Complicaciones: necrosis pulpar, obliteración del conducto, reabsorción radicular, pérdida de soporte óseo marginal.

Caicedo, Pág. 36, injurias trauma dentó-alveolares

- Luxación intrusiva: es el desplazamiento del diente dentro del hueso alveolar este trauma esta acompañado por la fractura del hueso alveolar.

Diagnostico: clínicamente los dientes se observan cortos, a la percusión se obtiene un sonido metálico, sin sensibilidad al examen radiográfico no se observa el espacio del ligamento periodontal, las pruebas de vitalidad no son confiables.

Tratamiento: en intrusión leve con ápices abiertos, se puede esperar la reerupción espontánea, si la intrusión es severa ya sea en dientes con ápices abiertos o cerrados se debe realizar un manejo extrusivo hasta que se recupere la oclusión normal y posteriormente un TCC y gingivoplastia.

Para prevenir la reabsorción de tipo inflamatorio, se debe realizar la extirpación pulpar dentro de la segunda semana después de la injuria, terapia analgésica con aines.

Complicaciones: necrosis pulpar, reabsorción radicular, pérdida de soporte óseo marginal, obliteración del conducto.

Únicamente la sensibilidad a la percusión puede estar relacionada a una pulpa necrótica infectada.

Caicedo, Pág. 36-37, injurias trauma dentó-alveolares

- Luxación extrusiva: es el desplazamiento parcial del diente fuera de su alveolo. Diagnóstico: los dientes se observan alargados y con desviación lingual de la corona siempre hay hemorragia y el sonido a la percusión es sordo, el examen radiográfico muestra ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, las pruebas de vitalidad no son confiables.

Tratamiento: debe ser reposicionado de forma inmediata y digitalmente el diente, ferulizando de 10 a 14 días con nylon de pesca de 20 a 30 libras y resina compuesta que se extienda por lo menos dos dientes adyacentes a lado y lado del diente luxado con el objeto de reducir la incidencia de reabsorción.

Si se presenta signos y síntomas de necrosis pulpar el tratamiento definitivo debe ser el TCC excepto en dientes jóvenes inmaduros.

En los casos de obliteración del conducto, no es necesario realizar el TCC.

Complicaciones: necrosis pulpar, obliteración del conducto, pérdida de soporte óseo marginal, reabsorción radicular.

Caicedo, Pág. 37-37-38, injurias trauma dentó-alveolares

- Luxación lateral: es el desplazamiento del diente en una dirección diferente a la axial esta acompañada siempre con fractura del hueso alveolar.

Diagnóstico: el desplazamiento es evidente a la inspección visual, a la percusión se obtiene un sonido metálico, si el diente está desplazado hacia vestibular se observa un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, las pruebas de vitalidad no son confiables.

Tratamiento: consiste en reposicionar el diente utilizando el índice y el pulgar con una presión axial en dirección apical y fijar con férula semirígida.

Complicaciones: daño apical transitorio.

Caicedo, Pág. 38-39, injurias trauma dentó-alveolares

- Avulsión: es el desplazamiento completo del diente fuera de su alveolo.

Diagnostico: examinar al paciente cuidadosamente y complementarse con el examen radiográfico.

Tratamiento:

1. manejo en el sitio de la injuria:

- reimplantar inmediatamente luego de enjuagar suavemente el diente (HBSS, viaspan, suero fisiológico, custodiol HTK, eurocollins, leche pasteurizada baja en grasa)
- si la reimplantación no es posible se debe conservar el diente en HBSS, luego solución salina.

2. medios de conservación o almacenamiento, por orden de elección:

- solución salina balanceada de hank's (HBSS).
- Viaspan, (solución wisconsin)
- Custodiol (HTK: histidina, triptamina)
- Solución salina o suero fisiológico
- Eurocollins
- Leche fría pasteurizada y baja en grasa

3. manejo en el consultorio: se debe colocar el diente en HBSS mientras se realiza la historia clínica y el examen.

a. reimplantación del diente:

- Si el diente avulsionado ha estado extra-oral en seco por un periodo de tiempo menor de 1 hora se debe lavar con HBSS o solución salina normal 0.9% y reimplantar.
- Si el diente ha sido almacenado en algún medio fisiológico (HBSS, custodiol, o solución salina) reimplántelo inmediatamente.

b. manejo de la superficie radicular:

- Mantener el diente húmedo en HBSS o solución salina durante todo el tiempo extraoral.
- No manipular la superficie radicular.
- No raspar, ni bruñir la superficie radicular, ni remover el apice de la raíz.
- Si la raíz se presenta limpia y antes de 30 minutos, reimplantar después de sumergir en HBSS o solución salina normal durante 30 minutos.
- Si la superficie esta contaminada, lavar con HBSS o solución salina normal sin raspar la raíz.
- Si persisten cuerpos extraños utilice suavemente un aplicador de algodón o una gasa húmeda para removerlos.

c. manejo del alveolo:

- Aspirar suavemente sin entrar en el alveolo, si el coagulo esta presente irrigar con solución salina.
- No curetear el alveolo
- No realizar un coagulo quirúrgico a menos que el fragmento óseo evite la reimplantación.
- Si el hueso esta colapsado cuidadosamente insertar un instrumento romo entre el alveolo y reposicionar la cortical ósea a su lugar.
- Después de la reimplantación comprimir manualmente las caras vestibulares y linguales.

d. manejo de los tejidos blandos:

- Suturar las laceraciones del tejido particularmente en cervical.

f. ferulizacion (indicada en algunos casos)

- Los dientes reimplantados deben ferulizarse de 7 a 14 días pero si al cabo de este tiempo persiste la movilidad se continua se continua con la férula por 2 semanas mas.

- Usualmente el método escogido es la férula semirígida confeccionada con nylon de pesca de 20 a 30 libras, fijada con resina compuesta que se extiende por lo menos dos dientes adyacentes a lado y lado del diente avulsionado.
4. cuidados caseros durante el periodo de ferulización:
- no morder con el diente avulsionado.
 - Dieta blanda
 - Buena higiene oral
5. consideraciones farmacológicas terapéuticas:
- antibióticos sistémicos (amoxicilina, 500 mg cada 8 horas por 10 días o doxiciclina cap 100 mg cada 12 horas por 10 días).
 - Vacuna contra el tétano durante las 48 horas siguientes.
 - Enjuagues con clorhexidina
 - Analgésicos anti-inflamatorios
6. tratamiento endodóntico: el tratamiento endodóntico consiste en tres pasos: pulpectomía (remoción del órgano pulpar de 8 a 10 días después de la reimplantación); medicación interna del conducto radicular (generalmente con hidróxido de calcio como el Colasept o Ultracal por 12 meses mínimo) y finalmente obturación del conducto radicular.

Caicedo, Pág. 39-46, injurias trauma dentó-alveolares

Injurias Del Hueso De Soporte Dentario

Tenemos:

- Fractura múltiple del alveolo: es el aplastamiento y la compresión del alveolo, este trauma es común combinado con luxación intrusiva y lateral.
- Fractura simple de la pared alveolar: es una fractura limitada a la pared vestibular o lingual del alveolo.

- Fractura del proceso alveolar: es una fractura del proceso alveolar que puede involucrar el diente.
- Fractura de la mandíbula o el maxilar: es una fractura que involucra la base de la mandíbula o el maxilar y puede o no afectar el proceso alveolar.

Caicedo, Pág.18, injurias trauma dentó-alveolares

Injurias De La Mucosa Oral O Encia

Se clasifican en:

- Laceraciones: es una herida superficial o profunda en la mucosa oral como resultado de un desgarramiento causado generalmente por un objeto punzante.

Caicedo, Pág.19, injurias trauma dentó-alveolares

Es una herida de tejido blando que se produce por desgarramiento con un objeto agudo ya sea de metal o vidrio, esta lesión puede ser superficial y necesitar una sutura sencilla o profunda, en la que se afectan vasos y nervios subyacentes y se compromete la vida del paciente.

Un objeto duro punzante, agudo al hacer contacto con los tejidos blandos deja una herida nítida con márgenes delimitados, lesión que se denomina cortante.

Las laceraciones producidas durante procedimientos odontológicos son heridas limpias no hay problema de infección. Cuando se ocasionan lesiones sucias es necesario realizar un aseo profundo del área con solución jabonosa. Se debe anestésicar la región inyectando un anestésico local en los bordes de la lesión para facilitar el retiro de cuerpos extraños. En caso de laceración profunda que afecte las capas musculares sin cortar los vasos sanguíneos, se puede usar suturas absorbibles de cat-gut crómico 3-0 o 4-0 en aguja curva, para elaborar puntadas relativamente profundas en el tejido muscular, afrontar los planos anatómicos minuciosamente sin apretar el tejido para evitar su necrosis. Si la hemorragia no se ha detenido han quedado áreas sangrantes sin suturar.

Al haber vasos sanguíneos involucrados se seca muy bien el campo operatorio con aplicación de un vasoconstrictor. Cuando se descubre el origen del sangrado, con material de sutura reabsorbible o de seda numero 2-0 o 3-0 se ligan los vasos.

También se pueden cauterizar con una pinza hemostática a la cual se aplica termocauterio.

En las laceraciones que no tienen bordes limpios y lisos es necesario desbridar, es decir, recortar las hilachas de tejido con tijeras quirúrgicas para facilitar una buena cicatrización.

En el caso de un paciente politraumatizado que presenta laceraciones continuas, es necesario la utilización de enjuagues bucales con solución salina. Para poder impedir la infección que hayan podido ocasionar los restos en la herida, debe administrársele al paciente antibióticos.

Hay laceraciones en labio mucosa y piel, donde la unión mucocutanea debe ser perfecta, para lo cual se emplean sedas 3-0 o 4-0 para mucosa y musculatura y la seda 5-0 o 6-0 con aguja atraumatica para la piel. Luego de preparar muy bien la herida se inicia la sutura con un punto en la unión mucocutanea, el segundo punto entre el primero y el extremo mucoso de la herida, el tercero entre el segundo y el primero y el cuarto, entre el segundo y el extremo mucoso de la herida.

Cuando se lesiona la lengua de forma no muy profunda, se colocan puntos con seda de 3 a 5 mm cada uno, penetrando profundamente en el tejido; debe haber 5 mm de distancia entre el punto y el borde de la herida.

Hay laceraciones simples que se deben lavar con agua jabonosa a presión hasta eliminar en su mayoría los restos, pero estas no necesitan sutura.

Malagon, Pág. 49-52, urgencias odontológicas, año 2003

- Contusión de tejidos blandos: es una magulladura producida por un objeto plano y no presenta herida de la mucosa y se encuentra acompañado por hematoma de la mucosa.

Caicedo, Pág.19, injurias trauma dentó-alveolares

El impacto es ocasionado por un objeto romo sin haber ruptura de piel, con presencia de hemorragia subcutánea.

Malagon, Pág.51, urgencias odontológicas, año 2003

- Abrasión: es una herida superficial producida por una raspadura de la mucosa oral dejando una superficie sangrante y cruenta.

Caicedo, Pág.19, injurias trauma dentó-alveolares

Es una herida que se produce por raspado de la superficie de recubrimiento.

Malagon, Pág. 51, urgencias odontológicas, año 2003

OTROS

Alveolitis

La alveolitis es la complicación más frecuente de la extracción dentaria. La alveolitis u osteítis alveolar es una infección reversible y localizada de forma superficial; es de aparición tardía (de 2 a 4 días después de la extracción). Schwartz la considera un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares ni de tejido de granulación para organizar el coágulo sanguíneo. El coágulo, al no organizarse se desintegra. (Rev. Cubana Estomatol. 2001).

Se considera como una afección multifactorial; algunos factores que aumentan su frecuencia son: aporte vascular disminuido del hueso, pacientes con hueso esclerótico, traumas excesivos de los bordes del alvéolo, de la encía y aplastamiento óseo, extracción de dientes con procesos periodontales o

periapicales agudos, mala higiene bucal, permanencia de cuerpos extraños en el alvéolo, restos radiculares, de quistes y granulomas. (ANDRADE; RENALI. 2004).

El uso de anestésicos locales y vasoconstrictores compromete la irrigación del alvéolo de extracción. La isquemia ha sido referida como una de las causas fundamentales de alveolitis. (ANDRADE; RENALI. 2004).

El tabaco también influye en su aparición, al producir la nicotina, vasoconstricción de los vasos periféricos y después de la exodoncia se suma el efecto mecánico debido a la succión durante la aspiración del humo, que puede determinar un desplazamiento del coágulo. (KRUGER. 2000).

Los anticonceptivos orales son otra posible causa de aparición de las alveolitis, ya que estas hormonas predisponen a la trombosis intravascular, también durante la menstruación, debido a que durante este período existe un pico hormonal. (Rev. Cubana Estomatol. 2001).

En la alveolitis seca se encuentra el alvéolo abierto sin coágulo y con paredes óseas totalmente desnudas. El dolor es violento, constante, perturbador y con irradiaciones, que se exagera con la masticación y que impide en la mayoría de los casos la actividad normal del paciente, especialmente el sueño. (KRUGER. 2000).

En la alveolitis húmeda o supurada se presenta inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coágulo y del alvéolo; se puede encontrar un alvéolo sangrante con abundante exudado. Suele ser producida por reacciones a cuerpos extraños en el interior del alvéolo después de haberse realizado la extracción dentaria. El dolor es menos intenso, espontáneo y sobre todo provocado. (KRUGER. 2000).

El tratamiento local consiste en Irrigar con solución salina o un antiséptico, anestesia local, curetaje del alveolo sin raspar las paredes para inducir la formación de otro coagulo, colocar un apósito sedante y cambiarlo cada dos días.

Y el tratamiento farmacológico es Naproxeno de 550 mg cada 12 horas. (KRUGER. 2000).

Pericoronitis

Es una afección que se asocia a un proceso infeccioso relacionado, por lo general, con la presencia de un diente en erupción, usualmente un tercer molar que tienen una posición vertical, con inclinación hacia distal y que estén cerca o en el plano de la oclusión, con mayor frecuencia. Es el más frecuente de los accidentes mucosos, aparece generalmente En esta circunstancia, el tejido pericoronario llamado opérculo, deviene en un foco infeccioso que puede diseminarse a los tejidos vecinos y ocasiona dolor e inflamación. (KRUGER. 2000).

La pericoronitis es producida por la invasión de microorganismos al saco pericoronario que rodea la corona del diente retenido. Debajo de la mucosa peridentaria existe un espacio donde hay humedad, tibieza, protección, alimentos y oscuridad; con tal ambiente el crecimiento bacteriano florece. Se produce también por irritación traumática de la mucosa que cubre el molar inferior, por las cúspides del molar superior, vitalidad disminuida de los tejidos e invasión de microorganismos; la erupción del tercer molar superior, en su intento de entrar en articulación, traumatiza los tejidos blandos del tercer molar inferior durante los movimientos mandibulares. (Rev. Cubana Estomatol. 2001).

Se caracteriza por dolor punzante, Tejido pericoronario enrojecido y edematoso, la inflamación se extiende a los tejidos blandos adyacentes, puede observarse

presencia de pus, dificultad a la masticación, presencia de trismo o limitación a la apertura bucal, halitosis. Disfagia. . (Rev. Cubana Estomatol. 2001).

El tratamiento local consiste en eliminar la placa bacteriana y restos alimenticios con cureta, irrigar con solución salina o un antiséptico local, realizar enjuagues frecuentes con antisépticos bucales (Clorhexidina – Listerine). Y el tratamiento farmacológico cuando hay fiebre e inflamación se administran antibióticos como Amoxicilina de 500 mg cada 8 horas por 10 días. Una vez controlada la fase aguda se decide extraer el diente involucrado o eliminar el capuchón pericoronario. (KRUGER. 2000).

Exodoncia Simple (método cerrado)

El tratamiento local para una exodoncia simple consiste en terapia de frío, cinco minutos en forma intermitente por quince minutos de descanso. Antiséptico local (Clorhexidina un enjuagatorio dos veces al día por siete días a partir del segundo día). Evitar maniobras en las 24 horas siguientes que puedan remover el coagulo. En el tratamiento farmacológico se recomienda acetaminofen de 500 mg cada 6 horas, o Ibuprofeno de 400 mg cada 6 horas. (ANDRADE; RENALI. 2004).

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características de las urgencias odontológicas en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano sede centro en el I periodo del 2005.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la asociación de las patologías con el perfil sociodemográfico de la población que asiste a la consulta de urgencias.
- Identificar los exámenes complementarios, tratamientos odontológicos y farmacológicos utilizados en las urgencias odontológicas.
- Determinar la ultima visita odontológica, el motivo de consulta y la razón por la cual se elige el tratamiento en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano sede centro.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Urgencias odontológicas

2.3 POBLACION DE ESTUDIO

Hojas de urgencias odontológicas de la clínica del Colegio Odontológico Colombiano sede centro en el I periodo del 2005.

2.3.1 criterios de inclusión

- Hojas de urgencias diligenciadas correctamente.

2.3.2 criterios de exclusión

- Hojas de urgencias diligenciadas a lápiz.
- Hojas de urgencias de pacientes comprometidos sistemicamente (hepatitis B, hipertensión arterial).
- Hojas de urgencias de odontopediatría.

2.4 VARIABLES DE ESTUDIO

(Ver anexo A)

2.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

(Ver anexo B y C)

2.6 PROCEDIMIENTO

Este estudio se realizo en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano sede centro, donde se inicio el procedimiento solicitando un permiso ante la central de historias clínicas para obtener acceso a las hojas de urgencias comprendidas entre el periodo de enero a junio de 2005.

Se elaboro un instrumento de recolección de datos con el cual se realizo la prueba piloto en 60 urgencias con el fin de validar y corregir el instrumento, fue necesario realizar dos instrumentos para este estudio, debido a que se encontraron procedimientos que no eran urgencias.

Se hizo un instrumento numero 1 al que se le denomino “urgencias” y un instrumento numero 2 denominado “otros procedimientos”.

Se tomaron todas las urgencias con el fin de clasificarlas en urgencias y otros procedimientos para determinar cuantos instrumentos eran necesarios al momento de la aplicación, 391 cumplían con los criterios de inclusión, 228 correspondían a otros procedimientos y 163 a urgencias, los cuales fueron seleccionados por cuatro investigadores, se aplicaron los instrumentos en las hojas de urgencias.

La recolección de datos se realizo en el archivo de la clínica del colegio odontológico colombiano sede centro las cuales se encontraban en medio físico y durante cuatro días se llevo a cabo la recolección de datos. Posteriormente se codifico y se tabulo en Excel XP la información en dos cuadros, uno con la información para el instrumento N° 1 (urgencias) y otro para el instrumento N° 2 (otros procedimientos), el análisis estadístico se realizo en el programa SPSS versión 12 donde se analizo la distribución de frecuencias, medidas descriptivas a un nivel de significancia de 0,05, Chi cuadrado para las variables nominales y kendalls para las variables ordinales. Obteniendo el documento de resultados

estadísticos con el cual se realizó el artículo científico, conclusiones, recomendaciones y discusión.

Se presentara el informe final y se sustentara ante los jurados de la universidad.

2.7 MUESTRA

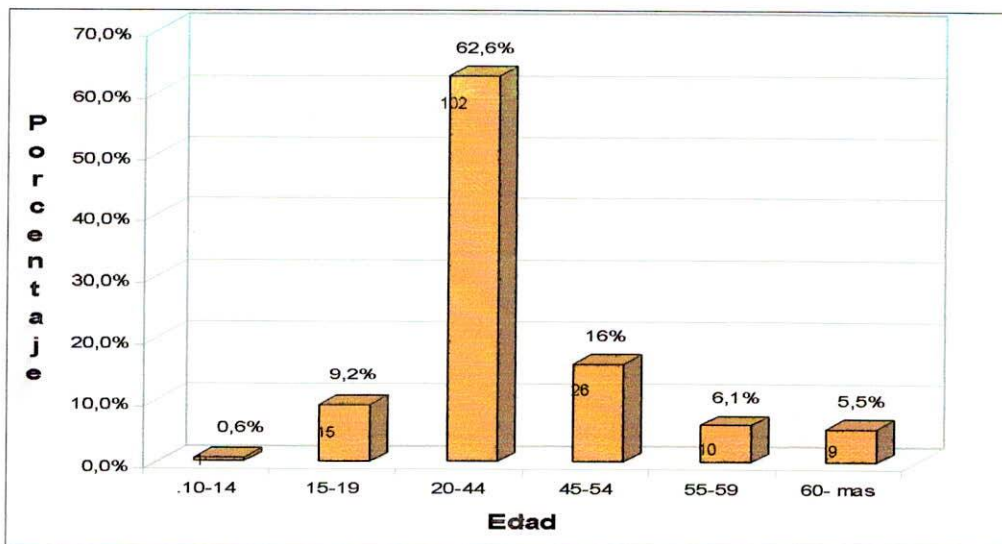
Por conveniencia

3. RESULTADOS

Se revisaron 391 hojas de urgencias de pacientes que fueron atendidos en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano sede centro en el I periodo del 2005, de las cuales 41.7%(163) correspondían a procedimientos de urgencias como tal.

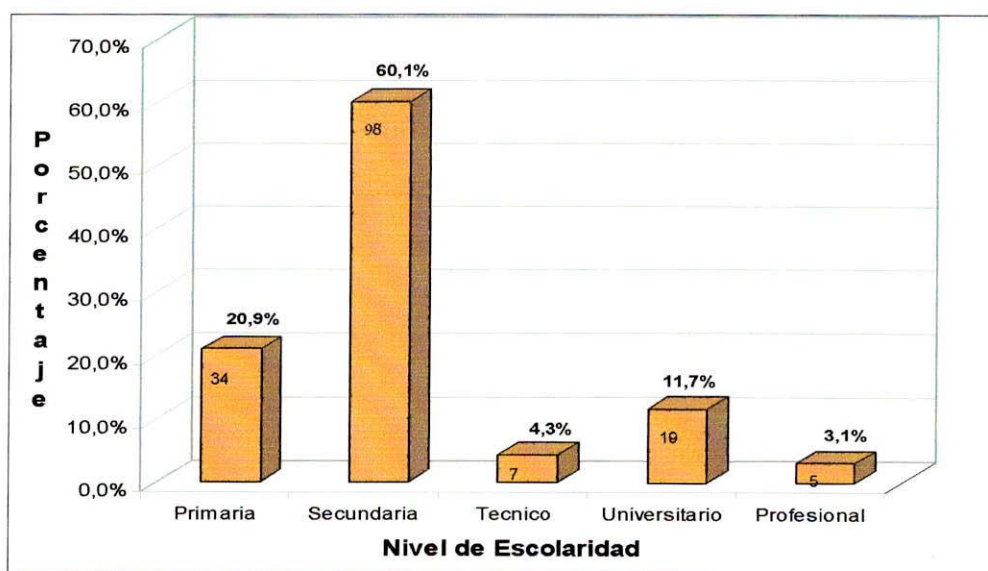
Del total de historias que correspondían a procedimientos de urgencias (163), 57.1%(93) corresponden al genero femenino y 42.9%(70) al genero masculino, la edad promedio $\pm$ la desviación estándar fue de 35.88 ± 13.91 (Grafico N° 1).

Grafico N° 1 Distribución Según Grupos Etáreos



El 47.2%(77) reportaron estado civil soltero, 21.5%(35) casados, 20.2%(33) unión libre, 7.4% (12) separados y 3.7%(6) viudos. Según la ocupacion el 46.6%(76) eran empleados, 17.8%(29) eran independientes, 16% (26) amas de casa, 11% (18) estudiantes y 8.6% (14) desempleados. El nivel de escolaridad mas frecuente con un 60.1%(98) es el de Secundaria (Grafica N° 2).

Grafica N° 2. Distribución Según El Nivel De Escolaridad



PATOLOGÍAS PRESENTADAS

El 31.3% (51) de las patologías presentadas correspondían a Pulpitis Irreversible y 19% (31) a Raíz Dental Retenida (Tabla N° 1).

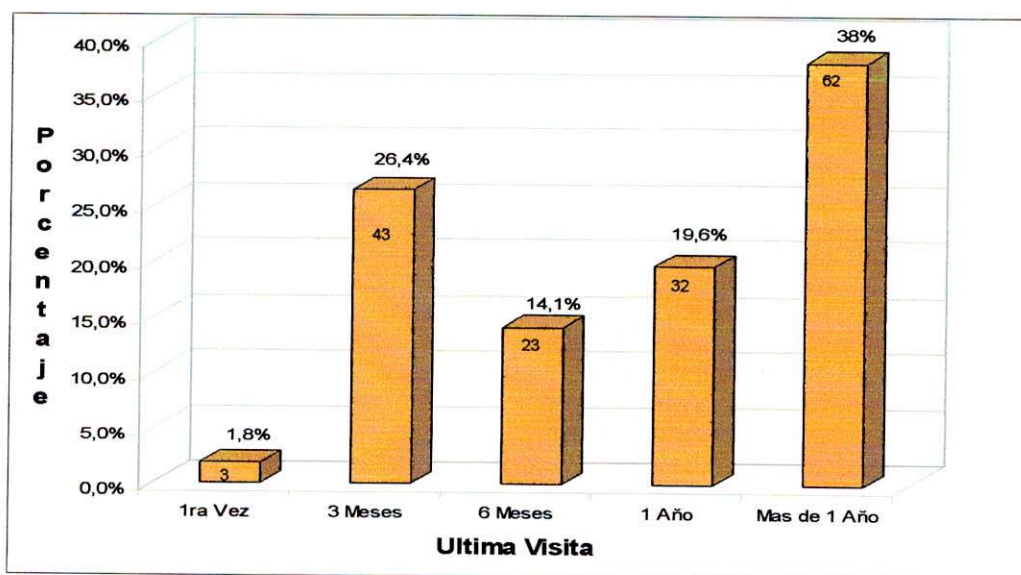
No se encontró asociación entre las patologías presentadas y el genero (p Chi Cuadrado = 0.951), el estado civil (p Chi Cuadrado = 0.232) y ocupación (p Chi Cuadrado = 0.894) respectivamente. No existe diferencia significativa entre las patologías presentadas y los grupos de edades (kendalls tau-b = 0.279) y el nivel de escolaridad (kendalls tau-b = 0.051).

Tabla N° 1. Distribución de las patologías presentadas

	Porcentaje	Frecuencia
Pulpitis irreversible	31.3%	51
Raíz Dental Retenida	19%	31
Periodontitis Apical Crónica No Supurativa	8.6%	14
Periodontitis Crónica	8%	13
Pulpitis Reversible	6.7%	11
Caries Cavitada	5.5%	9
Periodontitis Apical Aguda Supurativa	5.5%	9
Periodontitis Apical Aguda No Supurativa	4.9%	8
Periodontitis Aguda	3.1%	5
Caries Recurrente	1.8%	3
Otros	7.2%	12
Total	100%	163

El 72.4%(118) de las urgencias reportaron dolor dental como motivo de urgencia, 25.8% (42) exodoncia, 0.6% (1) obturación y 1.2% (2) otros. El 38%(62) su ultima visita al odontólogo fue más de un año. (Grafica N° 3).

Grafica N° 3. Distribución De La Consulta Según la Visita



El 87.7%(143) de las historias revisadas escogieron al Colegio Odontológico para su tratamiento por recomendación o familiar, 4.9%(8) por calidad, 3.7% (6) por economía, 3.7% (6) por cercanía.

97.5% (159) de las historias utilizaron como examen complementario Radiografía Periapical y 2.5% (4) no requerían examen. Del 46.6%(76) el tratamiento fue la Exodoncia, 34.4%(56) Extirpación pulpar, 6.1% (10) tratamiento convencional de conductos, 2.5% (4) drenaje de absceso, 10.4% (17) otros.

85.9% (140) no reportaron tratamiento farmacológico y 14.1%(23) lo requerían, usando 39.1%(9) Analgésico y Antinflamatorio (Tabla N° 2).

Tabla N° 2. Distribución Porcentual De Los Tratamientos Farmacológicos

	Porcentaje	Frecuencia
Analgésico y antiinflamatorio	39.1%	9
Antiinflamatorio	17.4%	4
Antibiótico y Analgésico	13.0%	3
Antib-Analg y Antinfl.	13.0%	3
Antibiótico	4.3%	1
Analgésico	4.3%	1
Otro	8.7%	2
Total	100.0%	23

4. DISCUSION

Aunque la comparación de los hallazgos del presente trabajo con otros estudios epidemiológicos similares es muy difícil de realizar, debido a que los estudios que se han realizado hasta el momento en cuanto a urgencias odontológicas se han desarrollado en áreas específicas como la endodoncia, cirugía y otros.

La literatura reporta el manejo de urgencias a nivel medico, hospitalario, y no de las urgencias odontológicas.

Los datos presentados en este estudio demostraron que la pulpitis irreversible fue la patología mas frecuente con un 31.3%, en la investigación realizada en 1997 por Weine afirman que el dolor dental es probablemente la causa mas común que conduce a la búsqueda de atención, siendo la pulpitis, la causa mas frecuente de dolor dental.

En el colegio odontológico colombiano sede centro de las 391 hojas de urgencias que fueron revisadas solo el 41.7% correspondían a procedimientos de urgencias, lo cual indica que el servicio esta siendo utilizado más para otros procedimientos que en si para las urgencias.

Los asistentes a este servicio en un alto porcentaje son empleados, que deben tener su servicio de seguridad social, y es interesante saber por que no asisten a su Entidad promotora de Salud (EPS) y prefieren al Colegio Odontológico, así mismo conocer a cual régimen pertenecen y cual es su Entidad promotora de Salud (EPS). La última visita al odontólogo se encontró en mayor porcentaje en más de un año, indicando que no se están haciendo las valoraciones periódicas recomendadas en la normatividad de promoción y prevención.

El principal motivo de consulta fue el dolor , que se encuentra directamente relacionado con el servicio de urgencias y con las principales patologías encontradas, en cuanto al tratamiento se observa un alto porcentaje de tratamiento radical ya que se encontró que la exodoncia como el tratamiento más frecuente con un 34.4%.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados encontrados en este estudio, podemos decir que las características sociodemográficas de la población asistente al servicio de urgencias, es joven, en su mayoría con grado de educación secundaria, un alto porcentaje de empleados, y cuyo estado civil es soltero.

El servicio de urgencia del Colegio odontológico colombiano es seleccionado en un alto porcentaje por familiaridad o recomendación, el principal motivo de consulta es el dolor y como el principal examen complementario utilizado se encontró las radiografías, se encontró que el tratamiento farmacológico se registra en un bajo porcentaje.

La identificación de las primeras causas de consulta por urgencia es de gran utilidad puesto que los resultados pueden encaminarse a la gestión y toma de decisiones en el planteamiento de programas de promoción y mantenimiento de salud y prevención de la enfermedad.

6. RECOMENDACIONES

Diligenciar de forma detallada y completa el formato utilizado como hoja de urgencias, supervisado por el docente a cargo.

Mejorar el almacenamiento y archivo de las urgencias

Dar mayor importancia al manejo de exámenes complementarios.

Realizar un formato para procedimientos de no urgencias.

Realizar actividades orientadas hacia los servicios de salud oral y la prevención con énfasis en la realización de controles cada seis meses.

Modificar el formato de urgencias complementándolo con el estrato social, entidad prestadora de servicios de seguridad social en salud, anexando una parte a tratamiento farmacológico y su prescripción con recomendaciones.

BIBLIOGRAFÍA

ANDRADE, E. & RENALI, J. Emergencias médicas en odontología: medidas preventivas, protocolos de pronta atención, equipo de emergencia. Sao Paulo. Artes Médicas. 2004

CANALDA, C. Endodoncia técnica clínica y bases científicas. España, Masson. 2001.

COHEN, S y BURNS, Vias de la pulpa. Editorial Mosby. España, 1999.

KRUGER, Gustavo. Cirugía bucomaxilar. Bogotá, Paamericana, 2000.

PEREZ, Adres O. Nuevo enfoque de la interpretación del dolor en una pulpitis aguda. Revista Cubana de estomatología. 2000. 37.

PITT, Ford. Endodoncia en la práctica clínica. México. McGraw Hill Interamericana, 1999.

SOARES, I y GOLDBERG, F. Endodoncia, Técnica y fundamentos. Editorial médica panamericana. 2002.

SECRETARIA DE SALUD, Guías de atención de Urgencias Odontológicas, Ministerio de Salud, Republica de Colombia, 2000.

GIGLIO, Máximo J. y NICOLOSI, LILIANA N. Semiología en la práctica de la odontología. MCGRAW-HILL. Interamericana. 2000

LOZANO, Jorge E. y MEJIA, Gabriel J. Semiología General. Editorial Andina. 2001.

SANGUINETTI, C. A. y SANGUINETTI, L. V. Semiología, semiotecnia y medicina interna. Editorial Libreros López. 1997.

MALAGON LONDOÑO, MALAGON BAQUERO, Urgencias odontológicas. Tercera edición, 2000.

RESOLUCION 1995 DE 1999, Ministerio de salud.

CAICEDO. Injurias trauma dentó alveolares.

PALENCIA. Farmacología y terapéutica odontológica, 2004.

EL ODONTOLOGICO, volumen numero 2.

LEY 100 de 1993, Artículo 159.

RASPALL, Cirugía oral, 2001.

CARMONA, lesiones ulcerativas 2000.

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
EDAD	No. DE AÑOS CUMPLIDOS	15 – 85	CUANTITATIVA	DISCRETA	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
GÉNERO	SIRVE PARA INDICAR EL SEXO	1.FEMENINO 2.MASCULINO	CUALITATIVA	NOMINAL	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
ESTADO CIVIL	SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA UNA PERSONA CON RESPECTO A SUS RELACIONES AFECTIVAS	1. SOLTERO 2. CASADO 3. UNION LIBRE 4. SEPARADO 5. VIUDO	CUALITATIVA	NOMINAL	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
ESCOLARIDAD	NIVEL DE EDUCACIÓN	1. PRIMARIA 2. SECUNDARIA 3. TECNICO 4. UNIVERSITARIO 5. PROFESIONAL	CUALITATIVA	ORDINAL	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
OCUPACIÓN	ESTADO DE DESEMPEÑO ACTUAL	1. AMA DE CASA 2. ESTUDIANTE 3. EMPLEADO 4. DESEMPLEADO 5. INDEPENDIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
ÚLTIMA VISITA ODONTOÓGICA	DÍA EN QUE ACUDIÓ POR ÚLTIMA VEZ AL ODONTÓLOGO	1. MAS DE 1 AÑO 2. 1 AÑO 3. 6 MESES 4. 3 MESES 5. PRIMERA VEZ	CUALITATIVA	ORDINAL	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
¿POR QUÉ ESCOGIÓ EL C.O.C. PARA SU TRATAMIENTO?	POR QUE TOMA LA ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	1. RECOMENDACIÓN/ FAMILIARIDAD 2. POR ECONOMÍA 3. POR CERCANÍA 4. POR CALIDAD 5. OTRA ,CUAL?	CUALITATIVA	NOMINAL	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
MOTIVO DE CONSULTA	CAUSA, MALESTAR O DOLENCIA POR LA QUE ACUDE A LA CONSULTA	URGENCIAS 1. ODONTALGIA 2. EXODONCIA 3. OBTURACIÓN 4. OTRA,	CUALITATIVA	NOMINAL	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

		CUÁL? _____ OTROS PROCEDIMIENTOS 1. OBTURACIÓN 2. EXODONCIA PARA ORTODONCIA 3. PROFILAXIS 4. OTRA, CUÁL? _____			
ENTIDADES PATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES	SIGNOS Y SINTOMAS ODONTOLÓGICOS MAL REPETIDOS	URGENCIAS I. TEJIDOS DUROS 1. CARIES CAVITADA 2. CARIES RECURRENTE 3. FRACTURA DENTAL II. ENFERMEDAD PULPAR 4. PULPITIS REVERSIBLE 5. PULPITIS IRREVERSIBLE 6. NECROSIS PULPAR III. ENFERMEDAD PERIAPICAL 7. P.A.A.S. 8. P.A.A.N.S. 9. P.A.C.S. 10. P.A.C.N.S. IV. ENFERMEDAD PERIODONTAL 11. ABSCESO PERIODONTAL 12. PERIODONTITIS AGUDA 13. PERIODONTITIS CRONICA V. TEJIDOS BLANDOS 14. ALVEOLITIS 15. PERICORONITIS VI. OTRAS 16. RAIZ DENTAL RETENIDA OTROS PROCEDIMIENTOS I. TEJIDOS DUROS	CUALITATIVA	NOMINAL	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

		1. CARIES CAVITADA 2. CARIES RECURENTE 3. FRACTURA DENTAL II. ENFERMEDAD PULPAR 4. PULPITIS REVERSIBLE III. ENFERMEDAD PERIODONTAL 5. GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA 6. CALCULOS DENTALES IV. ANOMALÍA DENTOFACIAL 7. ANOMALIAS DE POSICIÓN DEL DIENTE			
EXAMENES COMPLEMENTARIOS	AYUDAS PARA HACER UN DIGNOSTICO INTEGRAL	URGENCIAS 1. RADIOGRAFÍA PERIAPICAL 2. RADIOGRAFÍA PANORÁMICA 3. EXAMENES DE LABORATORIO 4. NO REQUIERE OTROS PROCEDIMIENTOS 1. RADIOGRAFÍA PERIAPICAL 2. RADIOGRAFÍA PANORÁMICA 3. NO REQUIERE	CUALITATIVA	NOMINAL	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO	SISTEMA QUE SE EMPLEA PARA DETERMINAR ENFERMEDADES	URGENCIAS 1. EXODONCIA 2. EXTIRPACIÓN 3. TCC 4. DRENAJE DE ABSCESO 5. OTRO, CUÁL? _____ OTROS PROCEDIMIENTOS 1. EXODONCIA 2. AMALGAMA 3. RESINA 4. PROFILAXIS 5. OTRO,	CUALITATIVA	NOMINAL	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

		CUÁL? _____			
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	MEDIO QUÍMICO O FARMACÉUTICO PARA TRATAR LA ENFERMEDAD	URGENCIA 1.ANTIBIÓTICO 2.ANALGÉSICO 3.ANTIINFLAMATORIO 4.NO REQUIERE 5.NO ESPECIFICA 5.OTRO. CUÁL? _____	CUALITATIVA	NOMINAL	FORMULARIO INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO B
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS N° 1
(URGENCIAS)

URGENCIAS ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LAS CLÍNICAS
DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO SEDE CENTRO

NUMERO DE URGENCIA _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD: _____

GENERO:

- 1. Femenino
- 2. Masculino

ESTADO CIVIL:

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Unión libre
- 4. Separado
- 5. Viudo

ESCOLARIDAD:

- 1. Primaria
- 2. Secundaria
- 3. Técnico
- 4. Universitario
- 5. Profesional

OCUPACION:

- 1. Ama de casa
- 2. Estudiante
- 3. Empleado
- 4. Desempleado
- 5. independiente

ULTIMA VISITA
ODONTOLOGICA

1. Más de 1 año
2. 1 año
3. 6 meses
4. 3 meses
5. Primera vez

¿POR QUE ESCOGIO EL C.O.C. PARA SU TRATAMIENTO?

1. Por recomendación/familiaridad
2. Por economía
3. Por cercanía
4. Por calidad
5. Otros. Cual? _____

MOTIVO DE CONSULTA:

1. Dolor dental
2. Exodoncia
3. Obturación
4. Otro. Cual? _____

ENTIDADES PATOLOGICAS
MÁS FRECUENTES:

I. TEJIDOS DUROS

1. Caries cavitada
2. Caries recurrente
3. Fractura dental

II. ENFERMEDAD PULPAR

4. Pulpitis reversible
5. Pulpitis irreversible
6. Necrosis pulpar

III. ENFERMEDAD PERIAPICAL

- 6. P.A.A.S
- 7. P.A.A.N.S
- 8. P.A.C.S
- 9. P.A.C.N.S

IV. ENFERMEDAD PERIODONTAL

- 10. Absceso periodontal
- 11. Periodontitis aguda
- 12. Periodontitis crónica

V. TEJIDOS BLANDOS

- 13. Alveolitos
- 14. Pericoronitis

VI. OTRAS

- 15. Raíz dental retenida

--

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

- 1. Radiografía periapical
- 2. Radiografía panorámica
- 3. Exámenes de laboratorio
- 4. No requiere

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO:

- 1. Exodoncia
- 2. Extirpación
- 3. TCC
- 4. Drenaje de Absceso
- 5. Otro. Cual? _____

TRATAMIENTO
FARMACOLOGICO:

1. Antibiótico
2. Analgésico
3. Antiinflamatorio
4. No requiere
5. No especifica
6. Otro. Cual? _____

ANEXO C
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS N° 2
(OTROS PROCEDIMIENTOS)

URGENCIAS ODONTOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LAS CLÍNICAS
DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO SEDE CENTRO

NUMERO DE URGENCIA _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD: _____

GENERO:

- 1. Femenino
- 2. Masculino

ESTADO CIVIL:

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Unión libre
- 4. Separado
- 5. Viudo

ESCOLARIDAD:

- 1. Primaria
- 2. Secundaria
- 3. Técnico
- 4. Universitario
- 5. Profesional

OCUPACION:

- 1. Ama de casa
- 2. Estudiante
- 3. Empleado
- 4. Desempleado
- 5. independiente

ULTIMA VISITA
ODONTOLOGICA

1. Más de 1 año
2. 1 año
3. 6 meses
4. 3 meses
5. Primera vez

¿POR QUE ESCOGIO EL C.O.C. PARA SU TRATAMIENTO?

1. Por recomendación/familiaridad
2. Por economía
3. Por cercanía
4. Por calidad
5. Otros. Cual? _____

MOTIVO DE CONSULTA:

1. Obturación
2. Exodoncia para ortodoncia
3. Profilaxis
4. Otro. Cual? _____

PATOLOGIAS MÁS
FRECUENTES:

I. TEJIDOS DUROS

1. Caries cavitada
2. Caries recurrente
3. Fractura dental

II. ENFERMEDAD PULPAR

4. Pulpitis reversible

--

III. ENFERMEDAD PERIODONTAL

5. Gingivitis inducida por placa

6. Cálculos dentales

IV. ANOMALIA DENTOFACIAL

7. Anomalías de posición del diente

--

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

1. Radiografía periapical

2. Radiografía panorámica

3. No requiere

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO:

1. Exodoncia

2. Amalgama

3. Resina

4. Profilaxis

5. Otro. Cual? _____
