

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACION GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACION



TRABAJO DE GRADUACION
PARA OBTENER EL TITULO DE
DOCTOR (A) EN CIRUGIA DENTAL

EMERGENCIAS ODONTOLOGICAS Y LOS TRATAMIENTOS
EFFECTUADOS POR LOS ODONTOLOGOS DE LAS UNIDADES DE SALUD
DEL SIBASI CENTRO (SAN SALVADOR)

AUTORES:
CARMEN ELENA HENRIQUEZ AREVALO
EVA PATRICIA MEDRANO PONCE
YAMILETH MARISOL MONCADA
OMAR ANTONIO SERRANO VASQUEZ

DOCENTE DIRECTOR
DRA. RUTH BERNARDINA FERNANDEZ DE QUEZADA

CIUDAD UNIVERSITARIA, JUNIO DE 2007.

AUTORIDADES

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ
RECTORA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

ING. AGR. JOAQUIN ORLANDO MACHUCA
VICERECTOR ACADEMICO

DRA. CARMEN ELIZABETH RODRIGUEZ DE RIVAS
VICERECTORA ADMINISTRATIVA

DR. OSCAR RUBEN COTO DIMAS
DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DR GUILLERMO ALFONSO AGUIRRE ESCOBAR
VICEDECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DRA. VILMA VICTORIA DE VELASQUEZ
SECRETARIA

DR. JOSE BENJAMIN LOPEZ GUILLEN
DIRECTOR DE EDUCACION ODONTOLOGICA

JURADO EVALUADOR

DRA. RUTH BERNARDINA FERNANDEZ DE QUEZADA.

DRA. OLIVIA ANGELICA GARAY DE SERPAS

DRA. ANA NURYA BARRAZA DE RECINOS

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

A Dios, Nuestro Padre por bendecirnos y guiarnos durante toda la vida.

A nuestros Padres: Les agradecemos por habernos brindado su apoyo y comprensión, pues sabemos que sin su apoyo la culminación de nuestra carrera universitaria no hubiera sido posible.

A ellos les dedicamos la culminación de nuestro estudio.

A hermanas y hermanos que siempre nos dieron aliento para cumplir los objetivos.

A mi esposo y mis hijas que me dieron la inspiración de seguir adelante.

A nuestros pacientes que confiaron y nos ayudaron a tener nuestra experiencia práctica.

A todos los docentes por su apoyo y disponibilidad para brindar los conocimientos necesarios en nuestra formación como profesionales de La Odontología.

INDICE GENERAL

	PAGINA
RESUMEN	
INTRODUCCION.....	11
OBJETIVOS.....	13
REVISION DE LITERATURA.....	14
1. EMERGENCIAS O URGENCIAS ODONTOLÓGICAS.....	14
1.1 Emergencias en tejidos orales blandos.....	15
1.2 Emergencias en tejidos orales duros.....	29
1.3 Emergencias por fallas operatorias y o protésicas.....	49
2. MATERIALES Y METODOS.....	59
2.1 Tipo de investigación.....	59
2.2 Variables e indicadores.....	59
2.3 Definición real de términos básicos.....	60
2.4 Tiempo y lugar.....	61
2.5 Población y muestra.....	61
2.6 Recolección y análisis de datos.....	61
2.7 Recurso humano.....	62
2.8 Recursos materiales.....	62
2.9 Recursos financieros.....	63
RESULTADOS.....	64
DISCUSIÓN.....	87
CONCLUSIONES.....	94
RECOMENDACIONES.....	96
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

	PAGINA
Tabla I	
Emergencias odontológicas que se presentan con mayor frecuencia.....	65
Tabla II	
Se realizan tratamientos, para solventar las emergencias odontológicas.....	67
Tabla III	
Explicación de respuesta.....	68
Tabla IV	
Tratamientos que se brindan a las diferentes emergencias Odontológicas.....	70
Tabla V	
Emergencias odontológicas que los odontólogos consideran necesario Remitir.....	72
Tabla VI	
Cuando se le presenta un caso de pulpitis irreversible, el odontólogo hace lo siguiente.....	74
Tabla VII	
Emergencias odontológicas a las cuales se les brinda atención en las unidades de salud.....	75

Tabla VIII	
Que tratamiento realizaría en las unidades de salud si se le presentara.....	77
Tabla IX	
Motivos por los cuales no son atendidas todas las emergencias	
Odontológicas.....	79
Tabla X	
Emergencias de tejidos orales blandos.....	81
Tabla XI	
Emergencias de tejidos orales duros	83
Tabla XII	
Emergencias operatorias y/o protésicas.....	85

INDICE DE GRAFICAS

	PAGINA
Grafica I	
Emergencias odontológicas que se presentan con mayor frecuencia.....	66
Grafica II	
Se realizan tratamientos, para solventar las emergencias odontológicas.....	67
Grafica III	
Explicación de respuesta.....	69
Grafica IV	
Tratamientos que se brindan a las diferentes emergencias odontológicas.....	71
Grafica V	
Emergencias odontológicas que los odontólogos consideran necesario Remitir.....	73
Grafica VI	
Cuando se le presenta un caso de pulpitis irreversible, el odontólogo hace lo siguiente.....	74
Grafica VII	
Emergencias odontológicas a las cuales se les brinda atención en las unidades de salud.....	76

Grafica VIII	
Que tratamiento realizaría en las unidades de salud si se le presentara.....	..78
Grafica IX	
Motivos por los cuales no son atendidas todas las emergencias Odontológicas.....	80
Grafica X	
Emergencias de tejidos orales blandos.....	82
Grafica XI	
Emergencias de tejidos orales duros	84
Grafica XII	
Emergencias operatorias y/o protésicas.....	86

RESUMEN

La presente investigación, trata de conocer las emergencias odontológicas que presentan los pacientes que acuden a las clínicas odontoestomatológicas, de las unidades de salud del SIBASI CENTRO (San Salvador), y el tratamiento que el odontólogo general les brinda.

Este estudio se realizó durante la primera y tercera semana de diciembre de 2005, además en el período de enero a julio de 2006, tiempo en el cual se visitaron con regularidad las unidades de salud pertenecientes a este SIBASI; la población en estudio fue el 100% de odontólogos asignados en las clínicas asistenciales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ya mencionadas; para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta y la observación, y para el análisis de datos el software Microsoft Excel.

Los resultados, revelaron que entre las emergencias odontológicas mas frecuentes en primer lugar con un 9.50% se encuentra, el absceso gingival agudo, seguido de la pericoronitis aguda con un 9.03%; el absceso periodontal agudo con un 8.31%, la hipersensibilidad dental y el desalajo de obturaciones en cuarto lugar con un 7.84%; se observó que un alto porcentaje de odontólogos, no brinda un tratamiento acorde con lo descrito en el manual del MSPAS y a la literatura consultada, a las emergencias odontológicas que acuden a las unidades de salud; según lo expresado por ellos mismos, esto se debe a la falta de equipo, material e insumos odontológicos, falta de interés y conocimiento por parte del odontólogo o las limitantes que presentan los diferentes programas del primer nivel de atención en salud del MSPAS.

Por esto se concluye que el abordaje que el odontólogo general le da a las diferentes emergencias odontológicas no esta siendo efectivo; por los diferentes factores antes expuestos. Considerando necesario reforzar los programas de educación continua a los odontólogos.

INTRODUCCION

Durante el curso de la historia, el hombre ha experimentado diferentes problemas que atentan contra su salud, afectando de alguna manera su integridad física y emocional.

En la actualidad la ciencia y la tecnología están a la vanguardia en el tratamiento de muchas enfermedades, sin embargo; siempre se presentan situaciones de manera inesperada, en las cuales se requiere el accionar rápido y oportuno del profesional de la salud.

La odontología como rama de la medicina, no esta exenta de situaciones que necesitan de una atención inmediata, que resuelva los problemas que pudieran afectar la integridad física y/o psicológica de un individuo, estas situaciones, representan una de las causas mas frecuentes por la que las personas acuden a la consulta odontológica.

En El Salvador, el ministerio de salud pública y asistencia social posee un modelo de atención de limitada cobertura, en el cual se brinda atención a los pacientes en un tiempo restringido y no se realiza todo tipo de tratamientos.

Un factor que determina el alto porcentaje de consultas por emergencias odontológicas, son las medidas económicas neoliberales que no permiten que la población salvadoreña pueda invertir, de manera eficiente en la conservación de su salud oral, debido a este fenómeno la población se ve obligada a asistir a la consulta dental, solo cuando adolece los signos y síntomas de cierta enfermedad, es decir; situaciones que podemos catalogar como emergencia; debido a esto se destaca la importancia de conocer el porcentaje de población

que acude a la consulta odontológica, cuando se le presenta una situación de emergencia.

Frente a esta problemática, el odontólogo como profesional de la salud, se encuentra con la necesidad y obligación de poseer el conocimiento teórico y práctico, para diagnosticar las diversas emergencias odontológicas que pudieran presentarse, y efectuar el abordaje más oportuno e indicado a la población que acude a la consulta.

Finalmente con los resultados obtenidos, podremos conocer el abordaje que el odontólogo general le da a las emergencias odontológicas; y de esta forma, ofrecer las conclusiones y recomendaciones oportunas a las respectivas instituciones.

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer cuales son las emergencias odontológicas que presentan los pacientes que acuden a las Unidades de Salud pertenecientes al SIBASI CENTRO (San Salvador) y cual es el tratamiento que el odontólogo general les brinda.

Objetivos Específicos

1. Determinar los tipos de emergencias odontológicas que se presentan en las clínicas de salud oral de las unidades de salud pertenecientes al SIBASI¹ CENTRO (San Salvador).
2. Determinar que tipo de emergencias son las más frecuente.
3. Conocer el tratamiento que se le brinda a los pacientes que consultan por emergencia odontológica en las unidades de salud del SIBASI CENTRO (San Salvador).
4. Indagar el conocimiento que el odontólogo general posee sobre los tratamientos de emergencia y el abordaje que se realiza en la unidad de salud del SIBASI CENTRO (San Salvador).

¹ SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral.

REVISIÓN DE LITERATURA

1. EMERGENCIAS O URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Existe discrepancia en el empleo de los términos urgencia y emergencia, los cuales son usados frecuentemente como sinónimos; según el diccionario de la real academia Española (1970) el término emergencia (del latín emergentia) se refiere a “una situación de peligro o desastre que requiere de una acción inmediata” , el termino urgencia (del latín urgentia) es definido como “cualidad de urgente, sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves, que necesitan cuidados médicos inmediatos” , de acuerdo a las definiciones anteriores el termino de urgencias es el que mas se acerca a las situaciones descritas para la odontología. En el presente estudio se ha decidido utilizar los términos indistintamente, ya que en la mayoría de países hispanoamericanos son utilizados como sinónimos.

Emergencia o urgencia odontológica se define como: cualquier situación que comprometa el sistema estomatognático de un individuo, ya sea en el campo patológico, psicológico o social y que requiere de una atención inmediata por parte del odontólogo general; Dworkin (1973) (1). Holroyd (1973) define una urgencia como una situación imprevista que requiere atención inmediata; tanto en la odontología como en medicina, el dolor y la infección son frecuentes en este tipo de afecciones (2).

Debido a la diversidad de las emergencias que pueden surgir o presentarse en la consulta odontológica, se considera importante crear una clasificación de las emergencias odontológicas (Ver anexo1). Para ello se ha dividido en tres grandes grupos los cuales serán los siguientes:

1. Emergencias en los tejidos orales blandos los cuales involucran todas aquellas afecciones en: labios, carrillos, vestíbulo, encía, lengua, piso de la boca, mucosa del paladar duro, paladar blando.
2. Emergencias en los tejidos orales duros, estos comprenderán todas aquellas afecciones que comprometan tejidos periodontales de soporte, maxilares y dientes.
3. Emergencias por fallas protésicas u operatorias, en las cuales se abarcara todo tipo de fractura o complicación que tenga que ver con prótesis dentales o tratamientos restaurativos.

A) EMERGENCIAS EN TEJIDOS ORALES BLANDOS

A.1 Estomatitis: reacción inflamatoria que afecta la mucosa bucal, se presenta con dolor y úlceras que pueden ser únicas o múltiples, cubiertas por un material blanco amarillento, márgenes bien circunscritos, rodeados por un halo eritematoso; esta lesión afecta la mucosa de revestimiento

Tratamiento: el tratamiento es sintomático, es decir; que se trata de eliminar o disminuir las molestias del paciente, mediante la prescripción de antiinflamatorios y analgésicos para disminuir el dolor, y antisépticos para evitar la sobrecontaminación. (3,4)

A.2 Impacto Alimenticio: es la introducción forzada de alimentos en el periodonto, que produce dolor difuso y sensación de presión; hay inflamación marginal y puede haber pérdida ósea. (3)

La impactación de alimentos consiste en el acuñaamiento de restos de comida en el periodonto por fuerzas oclusales. Puede ocurrir en sentido interproximal o en relación con las superficies dentales vestibulares o linguales. La impactación de alimentos es una causa muy frecuente de inflamación gingival. No reconocerla y eliminarla puede ocasionar que otro tratamiento de una enfermedad periodontal se frustre a pesar de ser exhaustivo.

La falta de contacto o la presencia de una relación proximal insatisfactoria conducen a la impactación de restos de comida. La sobremordida vertical anterior excesiva es causa frecuente de la impactación de la comida. El acuñaamiento gingival forzado de los alimentos en las superficies vestibulares de los dientes anteriores inferiores y las linguales de los superiores, provoca grados cambiantes de afección periodontal. (5)

Hirschfeld efectuó un análisis clásico de los factores conducentes a la impactación de los alimentos. Reconoció los siguientes elementos: desgaste oclusal dispar, apertura del punto de contacto como resultado de la pérdida de soporte proximal a partir de la extrusión, las anomalías morfológicas congénitas y las restauraciones construidas de manera inapropiada.

Secuelas: La impactación de los alimentos sirve para iniciar la enfermedad periodontal y de la encía, además; empeora la gravedad de los cambios patológicos preexistentes. Los siguientes signos y síntomas pueden acontecer en relación con la impactación citada:

- a) Sensación de presión o la urgencia por extraer el material de entre los dientes.
- b) Dolor vago que se irradia a profundidad en los maxilares.
- c) Inflamación gingival, con hemorragia y sabor desagradable en el área comprendida.
- d) Recesión de la encía.

- e) Formación de abscesos periodontales.
- f) Grados cambiantes de afección inflamatoria del ligamento periodontal, con elevación concomitante del diente en su alvéolo, contactos funcionales prematuros y sensibilidad a la percusión.
- g) Destrucción de hueso alveolar.
- h) Caries radicular.(6)

Tratamiento: eliminación de sustancias empacadas en los tejidos con curetas; establecer medidas para el control de placa y corregir la causa del empaquetamiento, con procedimientos restauradores del área de contacto interproximal, ya sea definitivo o provisional. (3)

A.3 Pericoronitis Aguda: infección aguda, con inflamación del tejido blando alrededor de la corona de un diente parcialmente erupcionado. Hay dolor que puede irradiarse hacia los oídos, la faringe y el piso de la boca; inflamación del tejido que cubre la superficie oclusal, a veces con ulceración, supuración, edema y eritema marcado, la zona es muy sensible; puede haber limitación de los movimientos mandibulares (trismus), acompañado de fiebre y linfadenitis regional, malestar general, dificultad para deglutir y aliento fétido. (3, 6,7)

El tipo más común de pericoronitis es la que se presenta alrededor de un tercer molar inferior, con mayor prevalencia durante la adolescencia; la cual es producida por un micro trauma repetido ocasionado cuando al ocluir, la mucosa que rodea al tercer molar retenido es comprimida por los molares antagonistas, ocasionando una inflamación y posteriormente una invasión de microorganismos por debajo del capuchón pericoronario. (7)

La pericoronitis comienza con un dolor leve o moderado en la zona en que está erupcionando el molar, con varios días de duración y con la tendencia a incrementarse espontáneamente hasta volverse de un momento a otro un dolor sumamente fuerte, incapacitante, de varias horas de duración. (7)

Hoy en día se sabe que la Pericoronitis es una infección polimicrobiana, donde los microorganismos son predominantemente anaerobios obligados, entre los que se destacan: *Prevotella intermedia*, *Peptostreptococcus micros* y *Fusobacterium spp.* (7)

Tratamiento: el manejo terapéutico de la pericoronitis consiste básicamente en el retiro de los detritus que se encuentran alojados en el interior del saco pericoronario que rodea el diente implicado, a través de irrigación, así como en prescripción de antibióticos si hay compromiso sistémico, la eliminación de los irritantes mediante el lavado de la zona, deberá realizarse con agua caliente para quitar desechos y exudados, curetaje, establecimiento de drenaje, enjuagues frecuentes con solución salina o antisépticos (3,6).

Usualmente se han empleado antibióticos beta-lactámicos en el tratamiento de esta patología; no obstante, se han aislado cepas de *Prevotella* y *Staphylococcus* productoras de Beta-Lactamasa a partir de sacos pericoronarios de pacientes con Pericoronitis, por lo que el empleo de Amoxicilina más ácido Clavulánico, o la combinación de Metronidazol más Espiramicina, o Metronidazol solo, han constituido otras alternativas eficaces de tratamiento. (7)

A.4 Laceración: es una herida con bordes nítidos y separados que penetra en los tejidos subyacentes de la mucosa con profundidad variable, que se produce como resultado de un desgarramiento. Es la herida de los tejidos blandos que ocurre con mayor frecuencia y habitualmente es producida por un objeto agudo, por ejemplo un metal o un vidrio. Puede ser superficial o profunda y puede afectar los vasos y nervios subyacentes. Cuando es causado por un objeto duro y deja una herida nítida con márgenes delimitados este tipo de herida se denomina herida "cortante" (5, 8)

Tratamiento: cierre primario temprano (sutura). Siempre que sea posible, estas heridas debe tratarse dentro de las pocas horas después del traumatismo, y rara vez un paciente esta tan gravemente herido como para que no pueda llevarse a cabo el cierre temprano en las laceraciones faciales. Aunque estas heridas pueden estar groseramente contaminadas es preferible el cierre primario temprano dentro de las 24 horas. El cierre exitoso de las laceraciones faciales requiere una atención meticulosa de los detalles y depende de la limpieza completa de la herida, su adecuado debridamiento, la completa hemostasia, el correcto cierre y el tratamiento de soporte adecuado.(8)

Dicho de otra manera el tratamiento indicado es: realizar la correspondiente sutura valorando la necesidad de aplicar cobertura antibiótica y/o antitetánica, controlar la infección mediante higiene adecuada y prescribir un antiséptico bucal. (5)

A.5 Gingivitis Necrosante Aguda: también llamada infección de Vincent, gingivitis ulceromembranosa, boca de trinchera, estomatitis fétida, entre otras.

Es una infección gingival inflamatoria destructora de la encía, oportunista de origen bacteriano, caracterizada por ganglios linfáticos expandidos, fiebre, malestar general y aumento de la salivación, además de periodos de remisión y exacerbación, es de inicio súbito, en ocasiones; luego de un episodio de enfermedad debilitante o infección aguda de la vía respiratoria.

Signos bucales: se caracteriza por úlceras necróticas, que tienen el aspecto de un tejido extraído con sacabocados, son depresiones tipo cráter en la papila interdental, cubiertas por residuos blanco amarillento o grisáceo, duelen al tacto, el sangrado puede ser espontáneo o al contacto. Presencia de halitosis y pseudo membrana, además eritema lineal.

En casos graves, hay complicaciones sistémicas marcadas, como fiebre elevada, taquicardia, leucocitosis, pérdida de apetito y malestar general, estas reacciones son más graves en los niños. El estado se acompaña de insomnio, constipación, alteraciones digestivas, cefaleas y depresión mental. (6).

Tratamiento: desbridamiento mecánico, suave, bajo anestesia, enjuagues con una parte de agua oxigenada y otra de agua tibia, o con clorhexidina al 0.12%, 2 veces al día. Si hay compromiso sistémico es recomendable el uso de antibióticos (3,9).

A. 6 Pericoronaritis y GUNA: los colgajos pericoronales inflamados crónicamente, pueden convertirse en sitios de gingivitis ulcerativa necrosante aguda. El trastorno se atiende de igual modo que en cualquier sitio bucal. Luego que ceden los síntomas agudos se elimina el colgajo. Los colgajos pericoronales reciben con frecuencia la denominación de zonas primarias de incubación en la gingivitis ulcerativa necrosante aguda. Su eliminación es una

de muchas medidas indispensables para reducir al mínimo, la probabilidad de la enfermedad recurrente. (6)

A.7 Absceso Gingival Agudo: lesión de la encía marginal o interdental, provocada a menudo por un objeto extraño impactado, onicofagia, restos alimenticios y otros.

Tratamiento: anestesia tópica, incisión en área fluctuante de la lesión con bisturí, se ensancha la incisión para permitir drenaje, se limpia la zona con agua caliente y se cubre con gasa durante 15 a 20 minutos, se indica al paciente, que debe enjuagarse cada 2 horas con un vaso lleno de agua caliente (6). Manejo del sitio por medio de antisépticos (solución o gel)

A.8 Quiste de Erupción: ocurre raras veces, por lo general en molares temporales con retraso de erupción; se presenta por acumulación de líquidos entre el diente completamente formado y el órgano del esmalte, es un agrandamiento liso de color rosado o azul cuando hay acumulación de sangre. Puede ser doloroso.

Tratamiento: en caso de ser doloroso, se trata mediante incisión o resección del tejido para eliminar el líquido acumulado (3). La encía superficial de esa zona es poco sensible, por lo que se requiere solamente frotarla unos segundos con anestésico tópico. (10)

A.9 Dolor Miofacial: el dolor miofacial, es decir, mialgia por puntos gatillos es un trastorno doloroso miógeno regional, caracterizado por áreas locales de bandas de tejido muscular duro e hipersensible, que se denomina puntos gatillos. Recibe también el nombre de dolor de puntos gatillo miofaciales, entumecimiento muscular, mioespasmo, miositis. Es el dolor muscular originado

en los trastornos musculares como resultado de la hiperactividad muscular, la maloclusión y en la mayoría de los casos como resultado de la tensión emocional y estrés. En este trastorno, es frecuente la presencia de efectos de excitación central; el efecto más usual es el dolor referido, que se percibe como una cefalea tensional. El paciente con dolor miofacial presentara con frecuencia las siguientes características clínicas: ligera disminución de la velocidad y del rango de movimiento mandibular; dependiendo de la localización y la intensidad de los puntos gatillo, se percibe un dolor incluso en reposo, y puede aumentar con el uso funcional.

Tratamiento: una de las consideraciones más importantes en la terapéutica del dolor, es el tratamiento y la eliminación de los puntos gatillos; esto se consigue mediante la distensión del músculo que contiene dichos puntos, a través, de la presión y masaje, sin producir dolor; en algunos casos el masaje o manipulación de un punto gatillo puede llevar a su eliminación. Sin embargo, se debe tener cuidado en no producir dolor. Se ha sugerido que el aumento de presión aplicado a un punto gatillo, puede ser también una técnica eficaz para suprimirlo. La presión se incrementa y se mantiene durante treinta a sesenta segundos; si ello causa dolor debe suprimirse el tratamiento; también se indica terapia física con calor húmedo directamente en la región afectada, el tratamiento farmacológico con analgésicos y relajantes musculares puede llegar a ser útil; y además fomentar ejercicios diarios de distensión muscular en toda su longitud para mantenerlos libres de dolor. (3,11)

A.10 Hemorragia: la hemorragia posquirúrgica, es la complicación más común después de las extracciones dentales. El sangrado se produce por lesiones de los tejidos blandos: heridas, desgarros o sección de un vaso más o menos importante. Cuando la hemorragia no cede después de 30 a 60 minutos, aun después de morder un apósito de gasa para obtener hemostasia, ni tampoco al

aplicar hielo en la cara, esta puede pasar a requerir de un tratamiento mas definitivo; si el sangrado dura de 24 a 48 horas suele deberse a causas locales, o a un pequeño defecto en la hemostasia, el sangrado por periodos mas largos o el que ocurre después de 3 a 5 días de la operación, puede pasar de ser una complicación leve a grave con peligro de comprometer hasta la vida del paciente, si no se tratan a tiempo.(12)

Las hemorragias pueden ser inmediatas y mediatas:

a) Hemorragias inmediatas o primarias: pueden ser por causas locales y generales:

a.1) Causas locales:

- Las infecciones secundarias y restos apicales que mantienen una infección.
- La inflamación e hiperemias del tejido de granulación y tejidos blandos gingivales, en pacientes con enfermedades periodontales avanzadas, debido a que en el momento de la extracción dental no se tomo el tiempo necesario para la completa remoción del tejido de granulación.
- Las esquirlas óseas, tabiques interdentarios o fragmentos óseos desprendidos, van a actuar como cuerpos extraños.
- Lesiones de vasos sanguíneos mas o menos importantes.
- Uso indebido del aspirador quirúrgico que se mantiene sin control sobre la cavidad alveolar, provocando la hemorragia al no permitir el mecanismo natural de hemostasia.
- Existencia de angiomas a nivel de la mucosa o intraoseas, que no han sido diagnosticadas previamente.

a.2) Causas generales:

- Alteraciones hemorrágicas, por fallo o déficit de factores plaquetarios o vasculares.
- Administración de medicamentos, que interfieren con los mecanismos de hemostasia.

Enfermos hepáticos, diabéticos y personas que padecen de discrasias sanguíneas. (12)

b) Hemorragias mediatas o secundarias: Es un sangrado que aparece al cabo de horas, o días después de la extracción. Este suele deberse a una infección de la herida, que ha ocasionado la lisis del coagulo, erosión de los vasos por el tejido de granulación y la vasodilatación reactiva a la vasoconstricción provocada por los fármacos unidos a los anestésicos locales. Las hemorragias mediatas pueden ser por causas locales y generales:

b.1) Causas locales:

- Destrucción del coagulo por el uso indebido de enjuagues bucales.
- Acción vasodilatadora de los anestésicos, tras ceder el efecto de los vasoconstrictores.
- Infección secundaria de la herida.
- Erosión de los vasos por el tejido de granulación.

b.2) Causas generales:

- Las coagulopatías y las vasculopatías.

Con referencia a estos factores de tipo general, el no conocer los antecedentes hemorrágicos o de la toma de aspirina, que interfieren con el mecanismo de la coagulación, sería la causa principal de una hemorragia posquirúrgica.

Tratamiento: para el tratamiento adecuado se debe observar de donde proviene el sangrado, si es de la mucosa, hueso o fondo alveolar; porque dependiendo de esto se elegirá el tipo de tratamiento más adecuado.

Ante una hemorragia inmediata se debe irrigar la boca con solución salina, se retira el exceso de coágulos y se le indica al paciente que muerda un apósito de

gasa, para poder hacer una estimación del estado general del paciente, de la presión sanguínea y de la circulación, tomando el pulso. Si el paciente muestra signos de shock, hay que darle inmediatamente el tratamiento de apoyo. Una vez estabilizado el estado del paciente, se hace una anestesia adecuada con pequeñas cantidades de vasoconstrictor, para evitar que se detenga temporalmente el sangrado de la herida y ésta se repita al pasar el efecto del anestésico.

Una vez obtenida la anestesia, se debe examinar la herida para verificar el origen del sangrado. La hemorragia gingival puede controlarse suturando los márgenes de la herida. Si la sangre proviene del hueso también se le puede cohibir, aproximando la encía sobre la cavidad alveolar. Cuando no se puede ejercer una presión satisfactoria, se colocan suturas a través de los márgenes de la herida, se rellena el alveolo con un material reabsorbible como esponja de gelatina y se hacen suturas sobre el relleno. Luego se aplica una gran compresa de gasa sobre el alveolo y se le sujeta firmemente con los dientes por 15 o 30 minutos. Si la hemorragia parece haber cesado, se retira la compresa de gasa y se observa al paciente por unos 10 a 15 minutos más.

La hemorragia mediata, se maneja de la misma manera que la hemorragia primaria, pero con la diferencia de que antes de suturar la encía o rellenar la cavidad, se debe examinar cuidadosamente la herida en busca de cuerpos extraños.

Cuando es difícil determinar con exactitud la causa de la hemorragia, deben evitarse complicaciones adicionales y futuras emergencias, con estudios hematológicos completos, como recuento plaquetario, tiempo de sangrado y de coagulación, así como también determinar el tiempo de protombina parcial y tromboplastina lo antes posible. (12)

A.11 Edema: se puede definir edema, como la acumulación patológica de líquidos en el espacio intersticial, la cual puede extenderse al cuello y a la parte superior de los brazos.

Nombres alternativos: hinchazón; cara de luna; edema facial.

Cuando abarca solamente una región, se traduce clínicamente por hinchazón o tumefacción, es decir un aumento de volumen, pero puede no ser muy notorio si se distribuye en todo el organismo; la hinchazón facial leve suele ser difícil de detectar.

Quiere decir, que podemos encontrar edemas localizados y edemas generalizados.

Otro síntoma que puede acompañar al edema, es el dolor que obviamente, en los que son de causa inflamatoria, estará presente siempre en mayor o menor medida, por la propia característica del proceso. Sin embargo, el propio edema puede provocarlo o aumentarlo, por distensión o compresión de los tejidos.

Causas comunes: obesidad, reacción alérgica (como rinitis alérgica, fiebre del heno o una picadura de abeja), conjuntivitis, desnutrición, sinusitis, trauma o lesión facial, medicamentos, incluyendo el uso prolongado o reacción alérgica a la aspirina, antipiréticos, penicilina, sulfas, glucocorticoides o, a otra droga; reacción a una transfusión sanguínea, cirugía de cabeza, nariz o mandíbula; angioedema por cualquier causa, celulitis o a un absceso dental.

Tratamiento: el tratamiento estará encaminado a eliminar la infección y prevenir las posibles complicaciones, en caso de ser causado por un absceso dental, la preservación del diente involucrado.

Además se pueden recetar antibióticos para combatir la infección. Los enjuagues bucales con agua tibia y sal, pueden, al igual que los analgésicos aliviar el dolor y la fiebre. El tratamiento de conductos radiculares es recomendado para conservar el diente.

Es posible que sea necesario establecer drenaje quirúrgico del absceso o la extracción del diente afectado. (13, 14)

Insistimos sobre la importancia del edema como signo que señala una enfermedad subyacente. Conocer su existencia puede ser de particular interés, y aún resultar fundamental para establecer el tipo de tratamiento a plantear en un paciente dado, de acuerdo a su naturaleza.

A.12 Contusión: es la lesión producida por una fuerza mecánica; sin romper la piel, sin embargo; puede producir magulladuras o aplastamientos u ocultar otras graves lesiones internas, estas lesiones afectan a la submucosa, produciendo hemorragia. (5 y 15)

Según Gustav O. Kruger una contusión es un golpe, generalmente producido por el impacto de un objeto romo, sin romper piel. Afecta la piel y el tejido subcutáneo y generalmente provoca una hemorragia subcutánea de naturaleza auto limitante. Habitualmente se pone de manifiesto una equimosis en aproximadamente 48 horas. (8)

Se clasifican por su importancia en:

- a) Contusión simple: es la agresión en su grado mínimo que provoca un enrojecimiento de la piel, sin mayores complicaciones, por ejemplo una bofetada.
- b) Primer grado o Equimosis: es la rotura de pequeños vasos que da lugar al acumulo de sangre que se sitúa en la dermis.
- c) Segundo grado o hematoma: la sangre extravasada en mayor cantidad, se acumula en el tejido celular subcutáneo.
- d) Tercer grado: muerte de los tejidos profundos, al cabo de un tiempo los tejidos profundos de la piel mueren por falta de un aporte nutritivo.

Tratamiento:

- a) Inmovilizar la zona afectada y elevarla.
- b) Aplicar frío local mediante compresas de agua fría o hielo, para conseguir vasoconstricción o cerramiento de los vasos sanguíneos y congelación de las terminaciones nerviosas del dolor.
- c) No pinchar los hematomas.
- d) Valoración por personal facultativo, ya que suelen ocultar bajo ella, en ocasiones lesiones importantes internas que pueden pasar desapercibidas.
- e) Prescripción de AINES. (15,16)

A.13 Abrasión de la Mucosa: Rotura de la mucosa acompañada de hemorragia superficial. Son lesiones con más extensión que profundidad.

Tratamiento: cuando las contusiones y abrasiones han sido provocadas por los dientes, el tratamiento más indicado es una higiene adecuada y antiséptico bucal, para evitar infecciones agregadas. (5)

A.14 Gingivoestomatitis Herpética Aguda: La gingivoestomatitis herpética aguda, es una infección primaria de la boca originada por el virus del herpes simple (VHS)² tipo 1. Ocurre más a menudo en niños recién nacidos y en menores de 6 años de edad, pero también se registra en adolescentes y adultos. Acontece con la misma frecuencia en los varones que en las mujeres. No obstante, en la mayoría de los casos (88 a 99%) la infección primaria es asintomática.

Luego de la infección primaria, el virus asciende por los nervios sensitivos o autónomos y persiste como VHS latente en los ganglios neuronales que inervan el sitio. En casi una tercera parte de la población mundial, las manifestaciones secundarias suceden como resultado, de diversos estímulos como la luz solar,

² VHS: Virus herpes simple.

los traumatismos, la fiebre o el estrés. Las manifestaciones secundarias incluyen herpes labial recurrente, herpes genital, herpes ocular y encefalitis herpética.

La gingivostomatitis herpética aguda aparece como una afección difusa, eritematosa y brillante de la encía y la mucosa bucal vecina, con grados cambiantes de edema y hemorragia gingival. En su etapa inicial se caracteriza por la presencia de vesículas grises discretas y esféricas, que pueden aparecer sobre la encía, la mucosa labial o vestibular, el paladar blando, la faringe, la mucosa sublingual y la lengua. Luego de casi 24 horas, las vesículas se rompen y forman pequeñas úlceras dolorosas, con un margen tipo halo rojo elevado y una porción central amarillenta o blanca grisácea.

En ocasiones, la gingivostomatitis herpética aguda aparece sin vesículas evidentes. La situación clínica esta compuesta por un cambio de color difuso, eritematoso, brillante y el aumento de volumen edematoso de la encía con una tendencia hacia la hemorragia.

En la cavidad oral, se acompañan con dolor generalizado en la boca que interfiere en la ingestión de alimentos y líquidos. Las vesículas rotas son los sitios focales de dolor por ser sensibles al tacto, a los cambios de temperatura, alimentos como los condimentos y los jugos de fruta así como la acción de alimentos correosos. En el lactante, la enfermedad se caracteriza por irritabilidad y el rechazo a la ingestión de comida.

Sistémicamente se encuentra adenitis cervical, fiebre hasta de 38.3°C o 40.6°C, así como malestar generalizado. (6)

Tratamiento: control del dolor por medio de enjuagues antisépticos y anestésicos, es mejor conservar bien lubricadas las lesiones con un emoliente para promover la cicatrización, se aconseja mejorar la nutrición debido al dolor que impide la adecuada alimentación, puede considerarse la toma de

medicamentos antivirales, pero debe reafirmar con el paciente que el período de duración de las manifestaciones es de 7 a 10 días e informar que esta enfermedad es contagiosa en sus primeros estadios. (17,18)

B) EMERGENCIA EN TEJIDOS ORALES DUROS

B.1 Lesiones de las fibras periodontales:

B.1.1 Contusión: se denominan contusiones a las lesiones del ligamento periodontal, en las cuales se afectan escasos números de fibras. El ligamento absorbe la lesión y presenta inflamación, que deja al diente sensible a la presión masticatoria y a la percusión. En la exploración no se aprecia aumento de la movilidad ni desplazamiento dentario.

Tratamiento: se intentará que la cicatrización del ligamento periodontal sea correcta. Puesto que la afección es pequeña, se indicará al paciente y a sus padres, que el niño evite sobrecargar el diente, mordiendo por el lado no traumatizado. Si el niño se queja de dolor con, cuidado se puede sacar de oclusión el diente afectado, desgastando muy ligeramente el diente antagonista para liberar la oclusión. (5,18)

B.1.2 Subluxación: el número de fibras periodontales lesionadas es mayor que en la contusión, pero continúan siendo escasas. Se presenta necrosis pulpar, con mayor frecuencia en los dientes permanentes subluxados que en los dientes primarios. Es menos probable que los dientes inmaduros con ápices abiertos sufran necrosis pulpar. La movilidad dentaria esta aumentada pero no hay desplazamiento.

Tratamiento: procurar que ese diente se libere de su función desgastando muy ligeramente el antagonista e indicando una dieta blanda y que la masticación se realice con otros dientes. Se debe vigilar los dientes permanentes subluxados

estrechamente mediante radiografía, por lo menos durante un año, e instituir tratamiento de conductos radiculares al primer signo de cambio patológico. Se debe evitar la ferulización de dientes subluxados. (5,18)

B.1.3 Luxación: son tres tipos: luxación intrusiva, extrusiva y lateral.

-Luxación intrusiva: Se denomina luxación intrusiva al desplazamiento del diente en el alveolo en sentido apical. En estas lesiones se produce un aplastamiento del paquete vasculonervioso en el ápice. Esto comprime el ligamento periodontal y causa una fractura por compresión en el alveolo.

Tratamiento en la dentición temporal: son lesiones frecuentes en la dentición temporal y entrañan un serio riesgo de lesión para los dientes permanentes, si en su trayectoria de desplazamiento el ápice impacta en el germen. Es preciso tomar una radiografía. Si el diente intuido toca el germen del diente permanente, es necesario extraer el diente primario. Si el ápice se desplaza hacia vestibular alejándose del germen dentario, se puede esperar que el diente reerupcione espontáneamente.

El noventa por ciento de estos dientes erupcionan en dos a seis meses, y en muchos de ellos esta obliterado el conducto pulpar. Este trastorno casi nunca recibe tratamiento en los dientes primarios, ya que ocurre una resorción normal en la mayor parte de los casos.

El examen de seguimiento debe hacerse cada mes, hasta que el diente reerupcione por completo. Los exámenes postratamiento deben realizarse cada tres meses. La extracción dental esta indicada cuando se presenta una fístula o una zona periapical radiolúcida.

Tratamiento en la dentición permanente: la lesión y sus posibilidades de recuperación dependen del desplazamiento dentario y del estadio de desarrollo del ápice. Un diente con el ápice sin formar tiene posibilidades de reerupcionar, recuperándose las fibras periodontales y el hueso lesionado, pero también existe la posibilidad de que el ligamento periodontal no se recupere adecuadamente y de lugar a una anquilosis. En caso de fracaso de la pulpa, la intervención debe ser rápida para que no se produzca una reabsorción radicular inflamatoria. Si fuera necesario, el tratamiento del conducto se realiza, rellenándolo con hidróxido de calcio durante el tiempo que dure la recuperación de las fibras periodontales. Entonces se terminara en tratamiento endodóntico. El pronóstico es peor cuando el traumatismo se produce sobre un diente que ha completado el cierre del ápice. Entonces, la posibilidad de que la pulpa se necrose es casi una certeza y la capacidad de reerupción del diente es incierta. Se puede esperar un tiempo, observando la reerupción del diente, si ésta no se produce, debe realizarse una extrusión ortodoncica.

En este caso se realizará la limpieza del conducto y la aplicación del hidróxido de calcio para que no se inicie una reabsorción inflamatoria. (5,18)

-Luxación extrusiva: el diente se desplaza axialmente, saliendo parcialmente del alveolo, con elongación y rotura de las fibras periodontales. El diente presenta clínicamente movilidad aumentada y desplazamiento. Radiográficamente se presenta un ensanchamiento del espacio periodontal. Se produce un estiramiento del paquete vasculonervioso que da lugar a lesiones que serán de carácter irreversible, según el tamaño del desplazamiento y el grado de desarrollo del ápice.

-Luxación lateral: conlleva el desplazamiento del diente en sentido lateral o antero posterior provocado por una fuerza que incide sobre el diente en dirección no axial. La fuerza da lugar al desplazamiento de la corona dentaria

en sentido contrario a la raíz, por lo que hay aplastamiento de las fibras periodontales en el lado en que incide la fuerza y alargamiento en el contrario. Se puede encontrar fractura conminuta del alveolo o fractura de la tabla externa de la apófisis alveolar. En la exploración, el diente aparece desplazado y la movilidad puede estar aumentada o disminuida.

Tratamiento para las luxaciones extrusivas y laterales en dientes temporales: sino hay riesgo para el germen y su nueva posición no representa ninguna interferencia oclusal se deja que consolide en esa posición. Si existe riesgo para el diente permanente o plantea problemas oclusales deberá realizarse la extracción dentaria. La reposición manual del diente luxado puede ser un traumatismo sobreañadido para el diente permanente. Tampoco debe ferulizarse.

Tratamiento para las luxaciones extrusivas y laterales en dientes permanentes: el tratamiento se encamina a la recuperación de las fibras periodontales y de la pulpa. Suele ser necesario realizar la maniobra bajo anestesia local. El diente recolocado debe ser ferulizado durante 12-15 días, dado el caso, dicha ferulización puede realizarse en una unidad de salud, mediante la aplicación de resina compoquita (ver anexo 7), como tratamiento para la emergencia. Una férula semirrigida permitirá movimientos muy ligeros del diente en el alveolo posibilitando la reorientación de las fibras periodontales y reducirá el riesgo de anquilosis, pero lastimosamente este tratamiento no puede ser realizado de inmediato. Otra forma de realizar la ferulización es colocando una banda de alambre de ortodoncia en la cara lingual de el diente afectado y los adyacentes y unirlos con resina compoquita. Tras retirar la férula, el ligamento no esta recuperado totalmente por lo que hay que indicar al paciente que no utilice ese diente en la masticación. Las luxaciones extrusivas y laterales son un riesgo importante para la supervivencia de la pulpa, pero no

implican necesariamente su muerte. Esto significa que la extirpación pulpar no debe efectuarse de forma sistemática. Aunque el pronóstico es mejor en dientes con el ápice abierto, también hay que procurar conservar la vitalidad de aquellos que han completado su desarrollo. (5)

B.1.4 Avulsión: la rotura de todas las fibras periodontales permite la salida del diente de su alveolo. Asimismo se produce la rotura completa del paquete neurovascular. El ligamento está cortado y pueden ocurrir fracturas alveolares. En la exploración, el alveolo está vacío o si el diente aún permanece en el alveolo, está suelto y la menor maniobra da lugar a su salida.

Tratamiento en dientes temporales: en la avulsión de un diente temporal no se debe reimplantar el diente, ya que el riesgo de lesionar el diente permanente es grande, por lo que lo único que debe cuidarse es que la cicatrización sea correcta. Se pueden fabricar aparatos fijos o removibles para satisfacer las preocupaciones de los padres acerca de la estética.

Tratamiento en dientes permanentes: el tratamiento básico consiste en mantener la vitalidad de las fibras del ligamento periodontal y, cuanto más tiempo estén fuera de la boca, el pronóstico empeora en cuanto a su supervivencia. El protocolo de atención contempla dos momentos esenciales: el inmediato y tras retirar la férula.

Momento inmediato:

- a) Limpiar la raíz irrigándola con suero fisiológico y cuidando de no eliminar los restos periodontales.
- b) Depositar el diente en suero fisiológico mientras se prepara el alveolo.
- c) Lavar el alveolo con suero fisiológico eliminando el coagulo, pero sin dañar los restos periodontales.
- d) Reimplantar el diente por presión manual.
- e) Ferulizar con una férula semirrígida durante 7-10 días.(ver anexo 7)
- f) Instruir al paciente en las técnicas preventivas, incluyendo la utilización de enjuagues con clorhexidina.
- g) Valorar la necesidad de administrar la vacuna antitetánica.
- h) Implantar una cobertura antibiótica con penicilina a dosis altas durante una semana como mínimo. (5,18)

B.2 Traumatismo Dentoalveolar: más frecuente durante la niñez y adolescencia, siendo la mayor incidencia entre lo 6 y 12 años de edad, si el niño presenta protrusión de los incisivos estará más predispuesto al traumatismo que quien presenta una oclusión normal. (3)

El trauma dentoalveolar puede involucrar diferentes partes del diente:

-Fractura de esmalte: es una lesión de poca extensión que no traspasa la unión amelodentinaria. Se diferencian dos tipos: con pérdida o sin pérdida de tejido dentario.

Tratamiento: sellar con fluoruro el esmalte fracturado y suavizar los bordes para evitar que corten los tejidos blandos. Si se estima necesario, restaurar el diente. (5,19)

- Fractura de esmalte y dentina: lesión que rompe los tejidos de la corona dentaria. Según su trayectoria, extensión y dirección puede afectar el esmalte y la dentina sin exponer la pulpa (no complicada).

Cuando la cámara pulpar se rompe por el traumatismo se produce una exposición pulpar (complicada).

Tratamiento: En caso de involucración de la dentina se puede proteger la pulpa con hidróxido de calcio y restaurar la corona.

Si hay afección pulpar se realizará una pulpotomía o pulpectomía con hidróxido de calcio; en dientes permanentes con cierre apical, deberá realizarse la endodoncia. (5,19)

- Fractura coronoradicular: el recorrido de la fractura en la corona y la raíz suele tener una dirección oblicua, de modo que el fragmento fracturado tiene forma de cuña, siendo generalmente la parte más ancha la coronaria. La fractura puede o no afectar a la pulpa en su trayectoria, si la involucra va a provocar una exposición pulpar.

Tratamiento: extracción del diente temporal.

El tratamiento adecuado de estas fracturas en dientes permanentes, consiste en la recolocación, de la porción coronal del fragmento dentario (si esta desplazado) e inmovilización firme con una férula durante 3 a 6 meses. No se debe iniciar el tratamiento de conducto radicular hasta que aparezcan signos clínicos y radiográficos de resorción y necrosis. Incluso en esos casos, el tratamiento suele limitarse al fragmento coronal. (5, 18,19) (Ver anexo 7)

- Fractura radicular: afectan el cemento, la dentina y la pulpa. La zona de la raíz en que se localizan es absolutamente variable, se diferencian en:

a) Fractura del tercio apical

b) Fractura del tercio medio

c) Fractura del tercio cervical.

El pronóstico de estas lesiones depende de la parte de la raíz en que se produzcan. Cuanto mas situadas hacia apical estén menos movilidad tendrá la corona. El pronóstico empeora progresivamente cuanto mas se acercan las fracturas al plano cervical.

Tratamiento en dientes temporal: el tratamiento en los casos en que la movilidad es mínima, debe dirigirse a permitir que la fractura cure espontáneamente, indicando al paciente y a sus padres que mantengan el diente en relativo reposo, dieta liquida. Si la movilidad es mayor el tratamiento consistirá en la extracción del diente temporal.

Tratamiento en diente permanente: recolocación de los fragmentos y ferulización si hay movilidad de estos. Los fragmentos deben colocarse manualmente en su posición correcta. Con frecuencia es necesario utilizar anestesia local y la fuerza aplicada debe ser suave y continua. La estabilización debe ser firme y mantenida durante 3 meses o más, hasta que tenga suficiente consistencia; al retirar la férula el diente deberá permanecer en un reposo relativo. (Ver anexo 7)

Si no hay movilidad, será suficiente con el reposo del diente y evitar el traumatismo oclusal y la función masticatoria de ese diente, control de infección a través de un programa de eliminación de placa y la utilización de preparados antisépticos en colutorios o barnices. (5, 18)

B.3 Hiperemia pulpar (Estado Prepulpítico): Es una lesión inflamatoria incipiente, ocasionada por la ausencia de esmalte protector o cemento cervical, que deja expuestos los túbulos dentinarios al medio ambiente, es un estado pulpar caracterizado por vasodilatación de una parte localizada de la pulpa, donde encontramos una respuesta pulpar inicial, potencialmente reversible.

Está caracterizado por dolor intenso de corta duración, producido por estímulos químicos, mecánicos y térmicos, desaparece inmediatamente al retirar el irritante. No hay historia previa de dolor.

A la inspección podemos encontrar caries ó restauraciones con filtraciones, recidiva, o bien restauraciones extensas en las cuales no se colocó protector pulpar, o piezas dentales que han sido sometidas a sustancias desinfectantes, ya sea alcohol, peróxido de hidrógeno, fenol, etc. En otros casos los cuellos se encuentran descubiertos, hay pérdida de cemento y retracciones gingivales, dando como resultado una sensibilidad en los cuellos por efecto del trauma oclusal, abrasión, erosión, por un cepillado inadecuado o tras alisado radicular⁽³⁾

Los agentes alogénicos endógenos inician el dolor por estimulación directa de las terminaciones nerviosas, se produce vasodilatación prolongada que provoca lesión capilar, hay pérdida de líquido plasmático, edema, mínima infiltración de leucocitos y extravasación de hematíes.

Por esto, con la aplicación de aire comprimido intenso sobre la superficie dentinal se sucede un movimiento de líquidos en sentido periférico dentro de los canalículos dentinales con aspiración de los odontoblastos y desgarramiento de las fibras nerviosas, y la porción externa del canalículo se rellena de aire. Hay acumulación de proteínas y bloqueo de flujo de líquidos.

Al realizar pruebas térmicas la pieza dental responde más al frío que los dientes normales, la respuesta a la percusión: es (-), y al pulpóvitalómetro se requiere una corriente mínima para conseguir respuesta (+). Esto refleja una mayor excitabilidad de las fibras A delta.

Radiográficamente la distancia entre caries y/o restauraciones, con respecto a la cavidad pulpar, ligamento periodontal y lámina dura son normales.

Esta sintomatología se explica porque la presión generada por la vasodilatación, soportada por los odontoblastos y fibras A delta es subliminal, es decir; no es lo bastante intensa como para desencadenar un impulso doloroso, pero, desciende su umbral, dejando a la dentina en un estado de hipersensibilidad, porque ha bajado el umbral de las fibras A delta.

Este es un cuadro reversible.

Diagnóstico Diferencial

- Con hipersensibilidad dentinaria la cual puede deberse a exposición de túbulos dentinarios por la abrasión, erosión, raspado y alisado radicular.
- Con pulpitis en los casos límite, porque la diferencia solo es cuantitativa. (20).
- No debe confundirse con caries, ya que la sensibilidad dentinaria en el caso de la hiperemia, se produce por estímulos químicos, mecánicos y térmicos.

Tratamiento: como tratamiento de urgencia se limpia la superficie con agua oxigenada, se coloca una capa muy pequeña de hidróxido de calcio, y sobre ésta, ionómero de vidrio.

Donde hay erosión superficial, se coloca ionómero de vidrio, enjuagues de nitrato de potasio en cuellos descubiertos, colocación adecuada de cementos base y obturaciones bien adaptadas (3,21).

B.4 Hipersensibilidad Dental: se le denomina de esta manera, a la sensibilidad exagerada de los dientes, hay dolor generalmente de corta duración, el cual se desencadena con el frío, calor, alimentos ácidos, salados o al contacto.

Hay varias situaciones que presentan la misma sintomatología, por ejemplo, en caries radicular o recurrente, en alguna de las obturaciones presentes; y

después de tratamientos de operatoria con eliminación de caries profunda, exposición pulpar u obturaciones que contacten prematuramente, es un problema frecuente en los dientes con la zona cervical expuesta, ya sea por acción de la enfermedad periodontal o por su tratamiento.

La hipersensibilidad dental que ocurre como consecuencia de la exposición de dentina es por lo general temporal y se reduce rápidamente; hay ocasiones en que es muy severa y persistente y requiere tratamiento. (3)

Tratamiento: lo más importante es un estricto control de placa por parte del paciente, si la hipersensibilidad es severa y la sintomatología persiste se prescribe o aplica un agente desensibilizante (3,21).

Entre los agentes utilizados se encuentran los corticosteroides, que tienen una acción sedante y antiinflamatoria sobre la pulpa. Otros agentes actúan sellando los túbulos dentinales; entre ellos se encuentra el hidróxido de calcio, los fluoruros, citrato de sodio, hidrofosfato de calcio y nitrato de plata; este último no es recomendable por la producción de manchas negras sobre la superficie de los dientes. El nitrato de potasio tiene un efecto oxidante y de bloqueo de los túbulos dentinales.

B.5 Pulpitis irreversible aguda: respuesta inflamatoria intensa, dolorosa e irreversible, caracterizada por dolor a cambios térmicos, osmóticos, a la presión y a la masticación.

Tratamiento: apertura cameral, pulpotomía o pulpectomía, para la eliminación de la sintomatología o exodoncia si se involucra la zona de furca, o el diente no puede ser restaurado. (3,21)

B.6 Periodontitis apical aguda: destrucción alveolar periapical localizada con colección de pus, caracterizada por dolor a la presión sobre el diente afectado, dolor severo palpitante, se puede observar inflamación del tejido alrededor del

ápice y movilidad dentaria, radiográficamente se observa radiolucidez nítida a nivel del periápice.

Tratamiento: al inicio de la lesión drenaje con previa prescripción antibiótica por medio de conducto radicular. Apertura cameral. (3)

B.7 Síndrome del diente agrietado (o fisurado): es un tipo de hipersensibilidad dental con sintomatología dolorosa al morder, sin posibilidad de encajarla en otro esquema diagnóstico. Se caracteriza por dolor al morder alimento fibroso y también con el frío, el dolor desaparece tan pronto se deja de hacer presión contra el diente, es más frecuente en cúspides linguales inferiores, dientes abrasionados, bruxismo, y en casos donde existen restauraciones muy grandes sin protección cuspea. Difícil diagnóstico clínico y radiológico, se puede comprobar haciendo que el paciente muerda un rollo de algodón en esa zona y así se replica el dolor, porque hay tendencia a la separación de las dos partes al ejercer esa presión, pues se presenta un efecto cuña en la relación, cúspide-fosa que provoca un agrietamiento vertical, al punto de llegar en casos más avanzados, hasta el compromiso de la pulpa si no se hace un diagnóstico rápido.

Este efecto cuña es más grave, a medida que hay atrición de las cúspides funcionales, cuando existen interferencias oclusales, o en episodios de bruxismo, y se presenta con mayor frecuencia en las cúspides no funcionales, puesto que las funcionales tienen apoyo interno y externo.

Para hacer menos difícil el diagnóstico se puede utilizar algún medio de tinción para identificar la grieta.

Tratamiento: se realiza un ajuste oclusal, que debe concluir con la confección de una restauración con recubrimiento cuspeo, que abrace las dos cúspides para evitar así su desplazamiento, y la producción de los síntomas descritos, En

casos crónicos, realizar endodoncia; y en el peor de los casos se puede llegar a la pérdida del diente. (3).

Técnica de ajuste oclusal para el síndrome del diente agrietado.

A) Se reduce la altura cusplídea (cúspide no funcional)

B) Se elimina el contacto de la vertiente interna de la cúspide no funcional. Hay que verificar movimientos excéntricos.

C) Se recontornean las cúspides linguales.

B.8 Absceso periodontal agudo: inflamación purulenta dolorosa, edematosa roja, brillante, ovoídea, que afecta el margen gingival, encía insertada o ambos, ocurre por obstrucción de una bolsa periodontal, los abscesos se deben a la invasión de bacterias piógenas a través del epitelio de la bolsa, se presenta en pacientes con enfermedad periodontal preexistente, hay dolor, el diente afectado generalmente presenta movilidad, sensibilidad a la percusión y sensación de alargamiento, la encía o mucosa adyacente ocasionalmente a uno o dos dientes de distancia se presenta inflamada y color rojo.

En pocos días se puede perder varios milímetros de adherencia periodontal y hueso alveolar, el drenaje de pus puede ocurrir a través del surco o a lo largo del desarrollo de un conducto fistuloso en el proceso alveolar, la tumefacción puede afectar el vestíbulo o la mejilla, ya que el pus sigue el trayecto de menos resistencia.

Según la gravedad de la infección el paciente puede experimentar linfadenitis regional, malestar general, o fiebre. Tales circunstancias pueden ser de urgencia que exige atención inmediata.

Tratamiento: la finalidad del tratamiento es aliviar el dolor, controlar la diseminación de la infección y establecer drenaje, a través, del surco gingival, mediante la introducción de un instrumento romo, esta maniobra se efectuará con mucho cuidado, pues duele mucho y talvez no se pueda realizar el drenaje.

No se debe intentar la anestesia mediante inyección de solución anestésica en la zona afectada para evitar la diseminación de la infección. Se puede explorar la bolsa y desbridarla con una cureta, la bolsa se puede irrigar con una jeringa con solución salina o solución antiséptica, en caso de malestar general o dolor se puede prescribir antibióticos sistémicos y analgésicos. Los pacientes con abscesos se deben revalorar a los tres o siete días para verificar la resolución del problema agudo. (3, 6,22)

B.9 Trauma oclusal agudo: lesiones o alteraciones histopatológicas que resultan de una fuerza indebida, cuando las cargas oclusales exceden la capacidad de adaptación de los tejidos. El traumatismo oclusal agudo es consecuencia de un cambio repentino en la fuerza oclusal, como la provocada al morder un objeto duro (por Ej., una semilla de aceituna, una piedra en la comida, o por algún tipo de hábito como destapar botellas con los dientes), así mismo, las restauraciones o dispositivos protésicos que interfieren con, o alteran la dirección de las cargas oclusales, las consecuencias son dolor dental, sensibilidad a la percusión y mayor movilidad de los dientes.

Tratamiento: en general, el tratamiento del trauma oclusal puede ser realizado en cualquier fase del tratamiento periodontal, mediante un ajuste oclusal, pero al tratarse de una manifestación aguda debe ser realizada en la fase inicial del tratamiento y se debe hacer una evaluación continuada de la oclusión a lo largo de las diferentes fases. (6, 9,17)

Ajuste oclusal: se talla la interferencia y queda solucionado el problema. También se puede provocar por un contacto prematuro durante el cierre que produce deslizamiento y que se va a reflejar en los dientes anteriores que son los que reciben el choque. En este caso se hace una terapia de ajuste oclusal y se recomienda verificar el acople anterior.

B.10 Alveolitis: llamada también alveolo seco, osteítis alveolar, alveología, osteomielitis alveolar localizada aguda, clínicamente el estado puede describirse como un alveolo en el cual se ha destrozado el coágulo sanguíneo primario y se mantiene dentro del alveolo como un cuerpo extraño séptico.

La definición más reciente que hemos hallado define la alveolitis como un dolor postoperatorio en y alrededor del alveolo dentario, el cual se incrementa en severidad en algún momento entre el primer y el tercer día postextracción, acompañado de una desintegración parcial o total del coágulo sanguíneo intraalveolar, acompañado o no de halitosis. (23)

La frecuencia de aparición de la alveolitis se ha referido en un margen muy amplio, desde el 1 % hasta el 70 %.(24,25)

Generalmente, se acepta que la mayor incidencia de alveolitis acontece tras la extracción, de terceros molares retenidos, en los que la aparición de esta complicación se tasa en un 20-30 % de las extracciones, diez veces más que en el resto de extracciones dentales (21). La cifra promedio de aparición de la alveolitis en el conjunto de todas las exodoncias, es según distintos autores, del 3-4% (26).

Dado que la etiología del cuadro no es conocida, la principal arma terapéutica de la que disponemos es la prevención. Los estudios epidemiológicos han detectado distintos factores de riesgo en el desarrollo de la alveolitis postextracción: la dificultad de la extracción, la inexperiencia del cirujano, el uso de anticonceptivos orales, una inadecuada irrigación intraoperatoria, la edad avanzada, el sexo femenino, el tabaquismo, la inmunosupresión, y el trauma quirúrgico.

Clínicamente se caracteriza por la existencia de un alveolo desnudo, sin presencia de coágulo sanguíneo, con las paredes óseas expuestas y los bordes gingivales separados. Tras la extracción dentaria, el coágulo sanguíneo se pierde de una forma prematura, primero adoptando una coloración grisácea para posteriormente desaparecer completamente. Aunque no se evidencia supuración, existe un dolor muy importante, agudo y tormentoso, que aumenta con la succión o la masticación y que persiste durante varios días. No es rara la irradiación del dolor al oído y a la sien homolateral. También se han referido, aunque de forma infrecuente, la aparición de adenopatías.

El cuadro tiene su aparición típica en el segundo o tercer día tras la extracción, y suele durar, unos diez o quince días. El paciente nota un ligero malestar inicial, seguido de una leve mejoría y un empeoramiento súbito, en forma de dolor importante que es difícil de controlar, incluso con analgésicos potentes(20).

Tratamiento: aunque no es la norma, algunos autores no aceptan hablar aún de tratamiento de la alveolitis en tanto no se conozca adecuadamente su etiología. Dicho tratamiento, sólo puede tener por objetivo el control del dolor durante el periodo de curación del cuadro, y ello se logra fundamentalmente mediante medidas paliativas.

Aún cuando el cuadro cura tras diez o quince días de evolución, con o sin medicación, se propugna realizar tratamiento sintomático analgésico, acompañado de tratamiento antiinflamatorio y antibiótico (este último punto no es aconsejado por todos los autores) (23).

Según otros autores el tratamiento es sintomático y consiste en la irrigación suave con solución salina o algún antiséptico, eliminación de cuerpos extraños con una cureta, sin raspar las paredes, proteger el alveolo con una gasa yodoformada. (3,8)

Algunos autores, aconsejan la colocación de pastas antisépticas intraalveolares medicamentosas (27). Estas pastas medicamentosas, según su principio activo, se pueden clasificar en apósitos antimicrobianos, apósitos calmantes o apósitos con anestésicos locales. El uso de estas pastas disminuiría el malestar del paciente durante la recuperación de la alveolitis, aunque generalmente estas afirmaciones están basadas en las experiencias de los autores. (26)

En un estudio publicado por Garibaldi y cols. Se comparan la ventaja del tratamiento con apósitos a base de eugenol, de lidocaína y el enjuague con clorhexidina al 0,12 %, encontrando que el primero de ellos produce una mayor reducción del tiempo de curación (28).

B.11 Trauma Maxilofacial: se le denomina así a la fractura de los maxilares y otros huesos de la cara, consecuencia de accidentes automovilísticos, motocicleta etc. Cuando se producen fracturas de los maxilares se pierde principalmente, la función masticatoria y su restitución se logrará por la cicatrización adecuada de los segmentos óseos y la obtención de la oclusión normal.

Tratamiento: mantenimiento de la vía aérea, hemostasia, inmovilización temporal para control del dolor, profilaxis antitetánica y antibiótica, en casos de fracturas abiertas, remisión al especialista (3).

B.12 Dislocación aguda del maxilar inferior: este trastorno se denomina a menudo “bloqueo abierto”, se trata de una luxación espontánea del cóndilo y del disco. El paciente acude al consultorio dental con la boca abierta y le resulta imposible cerrarla, refiere la aparición del trastorno inmediatamente después de un movimiento de apertura amplia, por ejemplo, un bostezo o una intervención dental, con frecuencia existe dolor secundario a los intentos de cerrarla. A veces los pacientes suelen presentar un trastorno conocido como subluxación conocida con el nombre de hiper movilidad, en este caso el cóndilo se desplaza

hacia delante en dirección a la cresta de la eminencia articular. No es un trastorno patológico, sino que refleja una variación en la forma anatómica de la fosa. El paciente refiere una sensación de bloqueo siempre que abre demasiado la boca. Puede restablecer la posición de cierre de esta, pero a menudo durante la fase final de la apertura máxima de la boca, puede observarse un salto brusco hacia delante del cóndilo.

Tratamiento: el tratamiento para la dislocación aguda del maxilar inferior va dirigido a aumentar el espacio discal, lo que permite que la lamina retrodiscal superior retraiga el disco. Cuando se intenta reducir la luxación, el paciente debe abrir la boca por completo, como si bostezara, al mismo tiempo una ligera presión aplicada en el mentón reducirá a veces la luxación espontáneamente. Si no da resultado, se colocan los pulgares sobre los molares mandibulares y se ejerce una presión hacia abajo, mientras el paciente bosteza, la reducción suele conseguirse con un cierre brusco de la boca; para proteger los pulgares es aconsejable envolverlos cada uno con una gasa. Si tampoco así se logra la reducción, es probable que exista un mioespasmo; en estos casos es conveniente inyectar un anestésico local sin vasoconstrictor en el músculo. El tratamiento para la subluxación consiste en la educación del paciente respecto a la causa de la luxación y los movimientos que crean la interferencia, debe aprender a limitar la apertura de la boca para no alcanzar el punto de traslación que inicia dicha interferencia. (3,11)

B.13 Capsulitis y Sinovitis: estos trastornos se describen juntos, puesto que no existe ninguna forma de diferenciarlos con métodos clínicos simples, además, como el tratamiento conservador es el mismo para ambos, es conveniente comentarlos conjuntamente. Su causa es, o bien un traumatismo o la extensión de una infección procedente de una estructura adyacente. Si existe una infección, es preciso abordarla con un tratamiento apropiado, como la

medicación antibiótica. La mayoría de estos trastornos inflamatorios son secundarios a macro traumatismos; es decir, que se ven afectados los componentes articulares como resultado de un golpe en el mentón o en la zona articular, que al producir elongación de los ligamentos, degenera en desplazamientos, en dislocación discal o ambos; y a micro traumatismo, considerado este último como el trauma pequeño y repetitivo sobre las estructuras articulares, como resultado de mal oclusión y que termina en el desplazamiento anterior del disco. El dato más significativo en la capsulitis y la sinovitis es el antecedente de un macro traumatismo; es frecuente que se trate de un golpe en el mentón sufrido en un accidente o una caída. Es más probable que un traumatismo cause una lesión del ligamento capsular cuando los dientes están separados. Cuando existe Capsulitis y Sinovitis, cualquier movimiento que tienda a alargar el ligamento capsular acentuara el dolor; este se percibe justo delante del oído; y la cara externa del cóndilo suele ser dolorosa a la palpación.

Tratamiento: se indica al paciente que reduzca todos los movimientos mandibulares a los límites en que no se produce dolor; es necesario adoptar una dieta blanda, movimientos lentos y bocados pequeños. A los pacientes que refieren dolor constante se les debe administrar analgésicos suaves como un analgésico inflamatorio no esterooidal. A menudo es útil la termoterapia del área articular, y se indica al paciente que aplique calor húmedo durante un periodo de diez a quince minutos cuatro o cinco veces al día. (3,11)

B.14 Retrodisquitis: se le denomina así; a la inflamación de los tejidos retrodiscales. Se trata de un trastorno intracapsular bastante frecuente. Su causa suele ser un traumatismo y deben considerarse dos tipos distintos de este:

1. El traumatismo extrínseco se debe a un movimiento brusco del cóndilo hacia los tejidos retrodiscales; cuando se sufre un golpe en el mentón, es probable que los cóndilos sean forzados a moverse hacia atrás en dirección de estos tejidos. El desplazamiento posterior importante encuentra la resistencia del ligamento temporomandibular, siendo este tan eficaz que con frecuencia un golpe intenso causa una fractura del cuello del cóndilo en vez de moverlo hacia atrás, sin embargo,
2. tanto con un traumatismo importante como un leve es posible que el cóndilo se desplace momentáneamente hacia los tejidos retrodiscales, a menudo estos responden a este tipo de traumatismo con una inflamación que produce tumefacción. La hinchazón de los tejidos retrodiscales puede empujar el cóndilo hacia delante, dando lugar a una mal oclusión aguda; cuando esta situación se presenta el paciente muestra incapacidad de morder con los dientes posteriores en el lado afectado; y si se aplica una fuerza, aumenta el dolor en la articulación afectada. A veces el traumatismo causa hemartrosis; esta es una complicación grave de la retrodisquitis y puede dar lugar a adhesiones y/o a anquilosis de la articulación.
3. El traumatismo intrínseco se puede producir cuando existe un desplazamiento funcional anterior o una luxación del disco; al adoptar esta una posición más adelantada, el cóndilo se sitúa sobre el borde posterior del disco así como sobre los tejidos retrodiscales.

La retrodisquitis causada por estas dos etiologías diferentes, es probable que se manifieste con las mismas características clínicas; este hecho constituye un problema, puesto que su tratamiento es diferente, por lo que la historia clínica es muy importante para determinar la conducta terapéutica apropiada. La retrodisquitis produce un dolor preauricular constante, que se acentúa con los movimientos mandibulares. La acción de apretar los dientes suele aumentar dicho dolor. Si se produce una tumefacción de los tejidos, puede aparecer una pérdida del contacto oclusal posterior del lado afectado. Debido a que el tratamiento de la retrodisquitis difiere según su etiología, sus tratamientos deben ser analizados por separado.

Tratamiento: para la retrodisquitis por traumatismo extrínseco, el tratamiento empieza con una observación cuidadosa del estado oclusal. Si no se observa ningún indicio de maloclusión aguda, se administra analgésicos y se le indica al paciente que restrinja el movimiento a los límites en que no produce dolor y que inicie una dieta blanda; sin embargo para reducir las posibilidades de anquilosis se fomenta el movimiento. Cuando existe una maloclusión aguda la acción de apretar los dientes puede agravar aun mas la inflamación de los tejidos retrodiscales, se debe fabricar un aparato de estabilización, conocido como desprogramador de Lucy, para proporcionar estabilidad oclusal durante la reparación tisular. El tratamiento de la retrodisquitis por traumatismo intrínseco empieza con una restricción voluntaria del uso de la mandíbula a los límites en que no produce dolor. Se prescriben analgésicos cuando el dolor no desaparece con el dispositivo de reposicionamiento. (3,11)

C) EMERGENCIAS POR FALLAS OPERATORIAS Y/O PROTÉSICAS.

Debido a la falta de disponibilidad de material y equipo para solventar este tipo de emergencias, los odontólogos de las unidades de salud deben valorar las posibilidades de solventar dichas emergencias, esto basándose en el manual de procedimientos odontoestomatológicos, brindado a cada odontólogo que labora para el MSPAS, el cual es una herramienta técnico-administrativa que regula los tratamientos odontológicos en las unidades de salud. Este manual no contempla la resolución a problemas por fallas protésicas; por tanto los tratamientos que serán expuestos en este apartado se basan en la literatura estudiada.

C.1 Fracturas en prótesis completa:

Diferentes tipos de accidente, como el de expulsar la prótesis de la boca por nauseas, comer alimentos duros, sufrir caídas, etc.; pueden dar lugar a fracturas de la base acrílica o de los dientes de una prótesis total. Esta situación clínica, representa una urgencia estética y funcional que se debe solucionar de inmediato (3).

Sin embargo el odontólogo debe determinar si puede solventar las diferentes emergencias; tomando en cuenta la disponibilidad de material e instrumental; también debe tomar en cuenta que ejecuta sus actividades, en base al manual de procedimientos odontoestomatológicos, herramienta técnico-administrativa que regula los tratamientos odontológicos en las unidades de salud.

-Fractura de la base acrílica:

Tratamiento:

1) se unen los fragmentos con cera pegajosa o resina tipo “duralay”, ayudándose con palillos de madera.

2) tomar impresión con hidrocoloide irreversible y vaciar en yeso, esperar que el molde fragüe para poder extraer el modelo.

3) preparar la dentadura para la reparación, creando retenciones en ambos fragmentos e introducir alambres o mallas para ofrecer mayor duración a la preparación; también se puede biselar a cada lado del fragmento.

4) recolocar las piezas de la dentadura sobre el modelo; se debe aplicar una solución separadora sobre el mismo, a continuación se coloca el acrílico de autocurado con la técnica polvo-liquido; permitir que fragüe.

5) recortar y pulir. (3,29)

-Fractura de dientes:

Tratamiento: cuando se necesita reemplazar un diente urgentemente, se crea un área retentiva con una fresa para acrílico en el lugar donde se localizara el diente, agregando acrílico de autocurado, con la técnica polvo-liquido, luego recortar y pulir. (3).

C.2 Fracturas en prótesis parcial removible: generalmente estas fracturas se presentan en prótesis con diseño inadecuado, falta de estabilidad y retención, mal asentamiento de los apoyos, mal trato por parte del paciente. (29)

-Brazos de retenedor roto:

la rotura puede ser resultado de flexión repetida, deficiencia estructural, incluso por manipulación descuidada por parte del paciente.

Tratamiento: reemplazar el brazo retentivo roto con alambre forjado de calibre 18. El alambre es incluido firmemente con resina acrílica autopolimerizable en un surco tallado en la base de la resina. (3,29)

C.3 Perdida de un diente no involucrado en el soporte o en la retención de PPR³: perdida de una pieza dental la cual no influye en la retención, soporte y estabilidad de una prótesis parcial removible, pero, que afecta la función masticatoria y estética.

Tratamiento: cuando la base es metálica, se realizan múltiples cortes sobre la base para mayor retención y se elabora el diente en resina acrílica de autocurado o fotopolimerizable. Cuando las bases son de resina, se hacen retenciones con una fresa, en la zona donde se reemplazará el diente, luego se procede a la elaboración del mismo con resina. (3,29)

C.4 Perdida de un diente pilar: es la pérdida de una pieza dental, la cual es fundamental para el soporte y estabilidad de la prótesis parcial removible.

Tratamiento: eliminar todo tipo de arista de la prótesis parcial removible, que pueda estar causando irritación o molestia en los tejidos orales blandos. (3,29)

³ PPR: Prótesis parcial removible.

C.5 Fractura de carilla de porcelana: un pequeño porcentaje de carillas se fracturará, sin embargo es posible reparar la porcelana fracturada.

Tratamiento: el sitio de la fractura de la porcelana se grava con ácido fluorhídrico al 9.5% durante 4 minutos, debido a que el ácido no debe tocar estructura dentaria natural o tejidos blandos, este procedimiento de grabado solo debe realizarse con un aislamiento con dique de goma. Alternativamente, la porcelana puede ser preparada con fluoruro de fosfato acidulado al 1.23%, o mediante abrasión por aire con óxido de aluminio. Después la carilla se lava y se seca, se coloca el silano y nuevamente se seca, entonces la reparación se realiza con una resina compuesta convencional. (30)

C.6 Fractura de retenedores intrarradiculares sin involucración de la raíz: siempre que se presenta, es una emergencia de difícil solución; pero se empeora la situación cuando se trata de un diente anterior en el cual se compromete la estética, y aun así, puede ser de mayor o menor gravedad, dependiendo de la zona donde se haya fracturado.

Tratamiento: si es en el tercio apical se puede solucionar dejando el fragmento fracturado en el sitio; se prefiere esto a tomar el riesgo de intentar retirarlo por la posibilidad de perforar o fracturar la raíz. Se toma un nuevo patrón sacrificando parcialmente la retención y se cementa. Para la urgencia se puede temporalizar convencionalmente. Si es en el tercio medio se ve seriamente afectada la retención, por lo cual se requiere desobturar por lo menos la mitad del poste intrarradicular, para manejarlo como si fuera fractura del tercio apical. En la urgencia se puede utilizar el conducto, pero puede mejorarse la retención uniendo el diente temporal a los adyacentes con resina de fotocurado. Si es en el tercio cervical, se requiere desobturar por lo menos la mitad del poste y posteriormente se maneja como si se tratara de una fractura en el tercio medio.

Si no se logra retirar el metal, puede recurrirse a confeccionar una sobrecofia con cuatro pines. (3)

C.7 Fractura de material cosmético: es un accidente frecuente y cuando afecta dientes anteriores es una de las urgencias más comunes, en lo que se refiere a la estética. Puede tener distintas causas, pero generalmente la solución es la misma. Se debe averiguar que lo produjo: fractura por trauma, desprendimiento interfase material cosmético-metal, iatrogenia (intubación anestésica, endoscopia, etc.), trauma oclusal, defectos del diseño de la estructura metálica, procedimientos inadecuados del laboratorio, hábito alimenticio anormal, preparaciones dentarias retentivas (al colocar la restauración hay flexión del metal con la consiguiente fractura de la cerámica), sobrepase del material cerámica, mas allá de la línea terminal.

Tratamiento: si es una carilla estética a base de resina, verificar estado de retenciones mecánicas (si quedo expuesto el metal), si son buenas se coloca algún silanizador, se requiere un opacador y por ultimo una resina de fotocurado. Si el material cosmético es cerámica se requiere grabar la superficie (ácido cítrico o fosfórico, micro arenado o ácido fluorhídrico). Luego se coloca un imprimidor “primer”, y por ultimo algún tipo de resina de fotocurado. Es importante verificar la oclusión, puesto que muchas veces una interferencia en una excursión excéntrica o el deslizamiento entre oclusión habitual y oclusión en relación céntrica pueden afectar la estabilidad del material estético, tornándose repetitivo hasta tanto no se elimine el problema oclusal. (3)

C.8 Desalojo de obturación: la caída de las obturaciones es una emergencia muy común, que generalmente produce dolor; pues, queda expuesta la dentina y a su vez los canalículos dentinales a través de los cuales se irrita la pulpa. Puede tratarse la caída de obturación de resina o una de amalgama.

-Resina: se considera una emergencia, pues compromete la estética. La principal causa es una técnica inadecuada de grabado de esmalte, aunque también puede ser el utilizar resina y agente de unión no compatible, agua o aceite en el aire del compresor, en fin contaminación de la zona de grabado ácido del esmalte, aunque muchas veces es un uso inadecuado del diente por parte del paciente, también juega un papel muy importante la oclusión, en algunos casos es el trauma oclusal, el culpable del fracaso.

-Amalgama: si la cavidad es poco profunda puede fracturarse fácilmente, también una mala técnica de amalgamación puede variar la proporción de mercurio con la limadura de plata, dejándola de una consistencia arenosa, lo que la hace muy poco resistente y le aumenta las posibilidades de desalojarse de la cavidad, puede también presentarse cuando después de colocada la obturación se pone en contacto con la humedad muy pronto, por lo cual se recomienda dejar que esta se cristalice por lo menos 10 minutos.

Tratamiento:

-Resina: recolocar con una mejor técnica: colocar ácido grabador por 30 segundos, lavar por 1 minuto y secar, colocar adhesivo y fotocurar por 10 segundos; luego empacar la resina con incrementos, fotocurando por 40 segundos cada uno. Se verifica que el compresor esté arrojando aire seco, disparando la jeringa triple contra un espejo para así apreciar si hay algo de grasa o humedad en el aire.

-Amalgama: hacer la obturación nuevamente, pero si es para solucionar la emergencia se puede colocar un tipo de cemento intermedio hasta que el paciente regrese a una cita regular donde se cuente con el tiempo para realizar el procedimiento adecuadamente. (3)

C.9 Descementaciones: la descementación de una restauración puede motivar una urgencia, dependiendo del diente que se vea afectado, si este es vital o no lo es, lo mismo que si es pilar de una prótesis fija. Cuando se descementa alguno de los dientes anteriores se compromete la estética, por lo que el paciente consulta con cierta urgencia, debiéndose investigar la causa, entre las cuales tenemos: la Caries, que puede producirse por disolución del cemento, abriéndose así una brecha para la filtración de saliva y residuos alimenticios, los cuales se descomponen en unión de la placa bacteriana, en un medio húmedo; producen toxinas que atacan el tejido dentario remanente, originando mal sabor y halitosis, y algunas veces sensibilidad. Por lo que se debe limpiar la caries y para la urgencia se puede llenar el espacio con algún cemento (ionomero de vidrio) y la restauración se limpia de los residuos de alimentos y de cemento, se le hacen luego retenciones en su cara interna con fresa de carburo redonda numero medio o uno; se rebasa con resina acrílica de temporales y se cementa con un cemento temporal (se le recomienda al paciente consultar posteriormente con el especialista para el cambio de la restauración). En algunos casos puede suceder que la caries ha llegado a la pulpa y para solucionar esta urgencia se hace la pulpectomía y se utiliza el proceso descrito anteriormente. (3)

-De restauraciones definitivas: Averiguar cuanto tiempo llevaba cementado, y que tipo de cemento. Si es ionomero de vidrio tipo I y esta cementado sobre un núcleo; se sabe, que no hay buena adherencia del ionomero al metal y se descementa fácilmente; verificar oclusión, una interferencia o un contacto prematuro pueden estar aumentando la carga afectando la retención, verificar la preparación del diente y su asentamiento; esta falta de asentamiento o una preparación dentaria de tipo cónico comprometen la retención y pueden dar lugar a que se descementa fácilmente. (3)

Tratamiento: después de haber comprobado que no existe ningún problema se procede a rescementar con cemento de oxifosfato de zinc como material de elección; es importante el aislamiento adecuado del campo operatorio y permitir que el cemento fragüe por un tiempo mínimo de diez minutos. (3)

-De retenedores de prótesis fija: se puede verificar si se trata de la descementación de un retenedor de la prótesis fija, utilizando un enhebrador para seda dental, esta se pasa por debajo del pónico, se tensiona y se tira de ella en sentido opuesto a la vía de inserción de la prótesis, si algún retenedor esta descementado, se apreciara fácilmente su desplazamiento. (3)

Tratamiento: existen dos situaciones diferentes:

-Si la descementación de la prótesis parcial fija es completa, se llevan acabo los procedimientos descritos en los puntos anteriores.

-Si es un solo pilar el que esta suelto, se procede a:

Tratar de retirarlo con un martillo quita puentes con precaución, debido a que la fuerza ejercida puede resultar en fractura del pilar, o de las tablas óseas.

Con fresa redonda de carburo numero uno o dos hacer una ranura de la cara lingual o palatina hacia oclusal sobre el metal. Si el material estético es cerámica se trabaja en esta, con una fresa de diamantes hasta visualizar el metal, resquebrajar el cemento con algún instrumento haciendo presión en los bordes de la ranura, y posteriormente utilizar un martillo quita puentes para retirarla.

Temporalizar: se puede utilizar la misma prótesis sellando la ranura con acrílico para temporales, o confeccionar otro temporal, revisar el estado del diente pilar en el que se encontraba cementado el retenedor, limpiar caries si la hubiere; luego sí, se procede a cementar con un cemento temporal (3)

-Descementación de provisionales: en las restauraciones provisionales existen otros dos factores que generalmente originan esta descementación, y son: la incorrecta utilización de la seda dental y el consumo de alimentos pegajosos o melcochudos.

Tratamiento: se procede a recementar con un cemento temporal, y se le dan las recomendaciones al paciente sobre la utilización adecuada de la seda dental y evitar alimentos pegajosos. (3)

-De retenedores intrarradiculares: la descementación de un retenedor intrarradicular lleva consigo la caída de la restauración que soporta. Se debe analizar la causa que lo produjo, entre las cuales tenemos:

- Núcleo.
- Conducto de morfología circular.
- Disolución del cemento.
- Caries recurrente.
- Sin razón aparente.

Tratamiento:

Confeccionar temporalmente con pin intrarradicular. Es importante no usar ganchos o clips de escritorio; sino alambre inoxidable para aparatología removible en ortodoncia; previamente se debe mejorar la morfología del conducto, haciendo una forma triangular u oval que sea antirrotacional, para mejorar la retención.

Recementar, previa remoción de cemento antiguo, preferiblemente utilizar cemento de oxifosfato de zinc.

Limpiar caries y tejido reblandecido, temporalizar con pin intrarradicular.

Cementar con cemento de oxifosfato de zinc. (3)

-De Carillas de porcelana: en raras ocasiones, una carilla de porcelana se despegara. Cuando esto pasa, es importante determinar en cual interfase adherida presentó la falla. Si el cemento permanece sobre el diente, entonces la falla es probable que se deba a un grabado inadecuado de la carilla, o al uso de un silano vencido. Si la resina permanece en el lado interno de la carilla, entonces hubo un problema con los materiales adhesivos o con la técnica de colocación.

Tratamiento: cuando la resina permanece en la superficie interna de la carilla; esta, debe ser removida cuidadosamente, con una fresa de diamante sin filo; luego, la carilla se limpia con acetona y se regraba con acido fluorhídrico al 9.5% durante 4 minutos. Si no se encuentra disponible este ácido, puede usarse el fluoruro de fosfato acidulado al 1.23% para gravar la porcelana, no obstante; esto requiere un tiempo de grabado de 10 minutos. Entonces la carilla se lava, se seca, se coloca el silano y es readherida. (30)

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Tipo de investigación.

La presente investigación es de tipo diagnóstica, transversal y descriptiva; pues en ella se describen las diferentes emergencias odontológicas que se presentan en las unidades de salud y el tratamiento que se les administra.

Variables e indicadores

El estudio comprende las siguientes variables: 1) Tipos de emergencias odontológicas, 2) El tratamiento de emergencias 3) Conocimiento teórico del profesional sobre las emergencias y su tratamiento, 4) Abordaje de las diferentes emergencias.

<u>VARIABLE</u>	<u>INDICADOR</u>
▪ TIPOS DE EMERGENCIAS	-PRESENCIA DE LAS EMERGENCIAS.
▪ TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS	-TRATAMIENTOS REALIZADOS.
▪ CONOCIMIENTO TEORICO SOBRE EMERGENCIAS ODONTOLOGICAS	- IDENTIFICACION DE LAS DIVERSAS URGENCIAS Y SUS TRATAMIENTOS
▪ ABORDAJE DE LAS DIFERENTES EMERGENCIAS	- PROTOCOLO QUE REALIZA AL TRATAR LAS DIFERENTES EMERGENCIAS.

2. Definición real de términos básicos

- **Emergencia o urgencia odontológica:**

Cualquier situación que comprometa el sistema estomatognático de un individuo, en el campo patológico, protésico, o estético que requiere una atención pronta e inmediata.

- **Presencia de emergencia odontológica:**

Serán las diferentes emergencias odontológicas que acuden a las unidades de salud en estudio (del SIBASI CENTRO).

- **Tratamientos realizados:**

Serán las diferentes intervenciones que el odontólogo realizará, para solventar el caso de urgencia.

- **Identificación de emergencia odontológica:**

Reconocer entre varias identidades clínicas cuales son emergencia.

- **Tratamientos:**

Aplicación de diversos protocolos para solventar alguna emergencia.

- **Protocolo:**

Pasos a seguir para dar una completa y adecuada atención a las emergencias que se presentan.

- **Tratamiento adecuado:**

Cumplimiento de un protocolo para el tratamiento correcto de una emergencia.

- **Tratamiento inadecuado:**

Incumplimiento de un protocolo correcto en el tratamiento a una emergencia

3. Tiempo y lugar

El estudio se realizó durante la primera y tercera semana del mes diciembre de 2005 y durante el período de enero a junio de 2006, se visitaron tres días durante ocho horas, cada una de las unidades de salud del SIBASI CENTRO (San Salvador) que cuentan con clínica de atención odontológica(Ver anexo 2).

4. Población y muestra

Las unidades de análisis fueron los odontólogos asignados en las clínicas de salud del SIBASI CENTRO (San Salvador) del MSPAS. No se utilizó las técnicas de muestreo ya que se cubrió toda la población; la cual es de 55 odontólogos, para obtener datos más fidedignos. (Ver anexo 2 y 6)

5. Recolección y análisis de datos

Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron fueron la encuesta y la observación, se llevaron a cabo por medio de un cuestionario que consta de 8 preguntas de las cuales; 2 son preguntas cerradas, 1 de tipo semi-cerradas y 5 son abiertas (las cuales fueron cerradas antes de ser tabuladas).

(Ver anexo 3)

También se utilizó una guía de observación con el objetivo de conocer la frecuencia de las emergencias, que se presentan en estas unidades de salud y el tipo de tratamiento que el odontólogo general les brinda, dicha guía consta

de tres grandes apartados, que coinciden con la clasificación de emergencias odontológicas, que el grupo investigador decidió utilizar (Ver anexo 1 y 4).

Para la obtención de dichos datos, fue necesario solicitar y obtener el permiso correspondiente por parte del odontólogo supervisor del SIBASI CENTRO, así como el de cada uno de los directores de cada unidad de salud y el Jefe del área odontológica, por escrito, el cual fue solicitado por el decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador y el docente asesor.

Luego de la obtención de dichos permisos, el grupo investigador se distribuyó en las diferentes unidades de salud del SIBASI CENTRO, con el fin de darle cobertura en un 100%. Consecutivamente, cada investigador procedió a informar a los odontólogos sobre el trabajo de investigación y pedir su colaboración, para que diera respuesta a las diferentes interrogantes planteadas en el cuestionario; entre estos odontólogos no faltó aquel que debido a diferentes causas no respondió el cuestionario, estos fueron 3 odontólogos. La guía de observación se llevó a cabo en cada una de las diferentes unidades de salud excepto en la unidad de salud Cuscatancingo, en la cual no fue permitida la permanencia de los estudiantes investigadores. Para el análisis de los resultados obtenidos se utilizó el software Microsoft Excel.

6. Recurso humano

Los estudiantes investigadores que pasaron los instrumentos y elaboraron el informe y el docente director que asesoró y supervisó el trabajo de los alumnos.

7. Recursos materiales

Los recursos materiales utilizados en esta investigación, fueron los siguientes:

- 3 resmas de papel bond
- 12 lápices
- 12 lapiceros
- 2 sacapuntas
- 2 correctores de tinta
- 2 tijeras
- 2 borradores
- 3 empastados
- anillados
- Internet
- Energía eléctrica
- levantamiento de texto
- tinta para impresor
- 3 CD regrabables
- 3 memorias USB
- 3 cuadernos
- fotocopias
- libreta de fichas
- alimentación
- transporte
- 1 caja de fólter tamaño carta
- 2 Computadoras

8. Recursos financieros

Los recursos económicos necesarios para esta investigación, fueron asumidos por el grupo investigador.

RESULTADOS

Los siguientes datos son el resultado de encuestas hechas a 55 profesionales de la odontología, que desempeñan sus labores en las diferentes unidades de salud del SIBASI CENTRO (San Salvador).

Estos fueron obtenidos a través de un cuestionario y de una guía de observación, los cuales fueron orientados a recolectar información sobre las emergencias odontológicas que se presentan, y el tratamiento que el profesional les brinda.

TABLA I

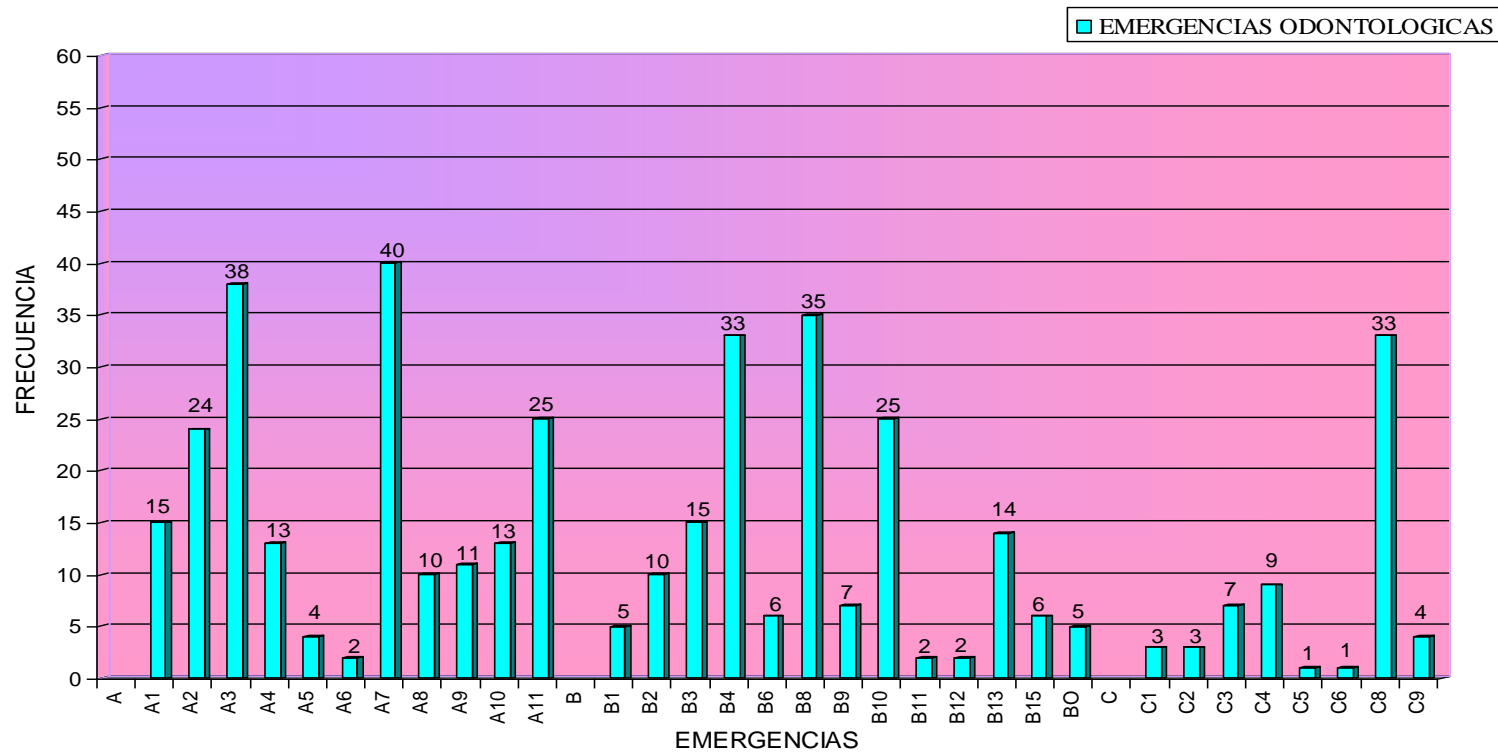
EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS QUE SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA

VARIABLE: Tipos de emergencias

INDICADOR: Presencia de las emergencias

CODIGO	EMERGENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	EN TEJIDOS ORALES BLANDOS		
A1	Estomatitis	15	3,56
A2	Empaquetamiento Alimenticio	24	5,70
A3	Pericoronitis Aguda	38	9,03
A4	Laceracion	13	3,09
A5	GUNA	4	0,95
A6	Pericoronitis mas GUNA	2	0,48
A7	Absceso Gingival Agudo	40	9,50
A8	Quiste de la Erupcion	10	2,38
A9	Dolor Miofacial	11	2,61
A10	Hemorragia	13	3,09
A11	Edema	25	5,94
B	EN TEJIDOS ORALES DUROS		
B1	Lesiones de fibras Periodontales	5	1,19
B2	Trauma Dentoalveolar	10	2,38
B3	Hiperemia Pulpar	15	3,56
B4	Hipersensibilidad Dental	33	7,84
B6	PAAS	6	1,43
B8	Absceso Periodontal Agudo	35	8,31
B9	Trauma oclusal agudo	7	1,66
B10	Alveolitis	25	5,94
B11	Trauma de los Maxilares	2	0,48
B12	Dislocacion Aguda del Maxilar	2	0,48
B13	Desordenes Articulares	14	3,33
B15	Artralgia	6	1,43
BO	Otras	5	1,19
C	OPERATORIAS Y/O PROTESICAS		
C1	Fractura de protesis completa	3	0,71
C2	Fractura de protesis removible	3	0,71
C3	Perdida de un diente no involucrado en el soporte	7	1,66
C4	Perdida de un diente pilar	9	2,14
C5	Fractura de carillas	1	0,24
C6	Fractura de retenedores intrarradiculares	1	0,24
C8	Desalojo de Obturacion	33	7,84
C9	Desementacion de restauraciones definitivas	4	0,95
	TOTAL	421	100

GRAFICO I
EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS QUE SE PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA



Podemos observar que las tres emergencias odontológicas más frecuentes son: el absceso gingival agudo con un 9.50%, seguido de pericoronitis aguda con 9.03% y absceso periodontal agudo con 8.31%.

TABLA II

SE REALIZAN TRATAMIENTOS, PARA SOLVENTAR LAS EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS

VARIABLE: Tratamientos de emergencias

INDICADOR: Tratamientos realizados

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	30	54.55
NO	0	0.00
AVECES	25	45.45
TOTAL	55	100

Del 100% de odontólogos encuestados, el 54.55% contestó que si se realizan tratamientos para solventar las emergencias odontológicas en las unidades de salud y el 45.45% contestó que a veces se realizan tratamientos para solventar las emergencias.

GRAFICO II
SE REALIZAN TRATAMIENTOS, PARA SOLVENTAR LAS EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS

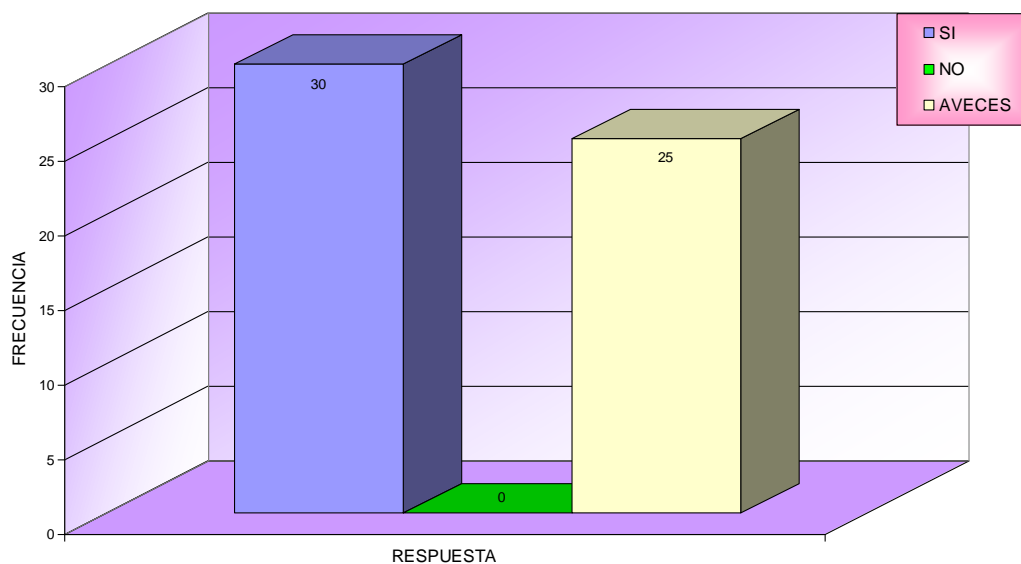


TABLA III**EXPLICACION DE RESPUESTA****VARIABLE: Tratamientos de emergencia****INDICADOR: Tratamientos realizados**

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Limitado a la existencia de material, instrumental y equipo	29	51.79
Porque depende del estado sistémico del paciente	2	3.57
Por los programas del MSPAS	3	5.36
No explica	22	39.29
TOTAL	56	100

Las opciones de la pregunta anterior no eran excluyentes unas de otras; por lo que hay una variación en el total de la población. El 51.79% de odontólogos encuestados, contestaron que es limitado a la existencia de material, instrumental y equipo con los que se cuenta en las unidades de salud; el 3.57% manifestó que depende del estado sistémico del paciente; mientras que el 5.36% explicó que es limitado por los programas del MSPAS y el 39.29% no explicó.

GRAFICO III
EXPLICACION DE RESPUESTA

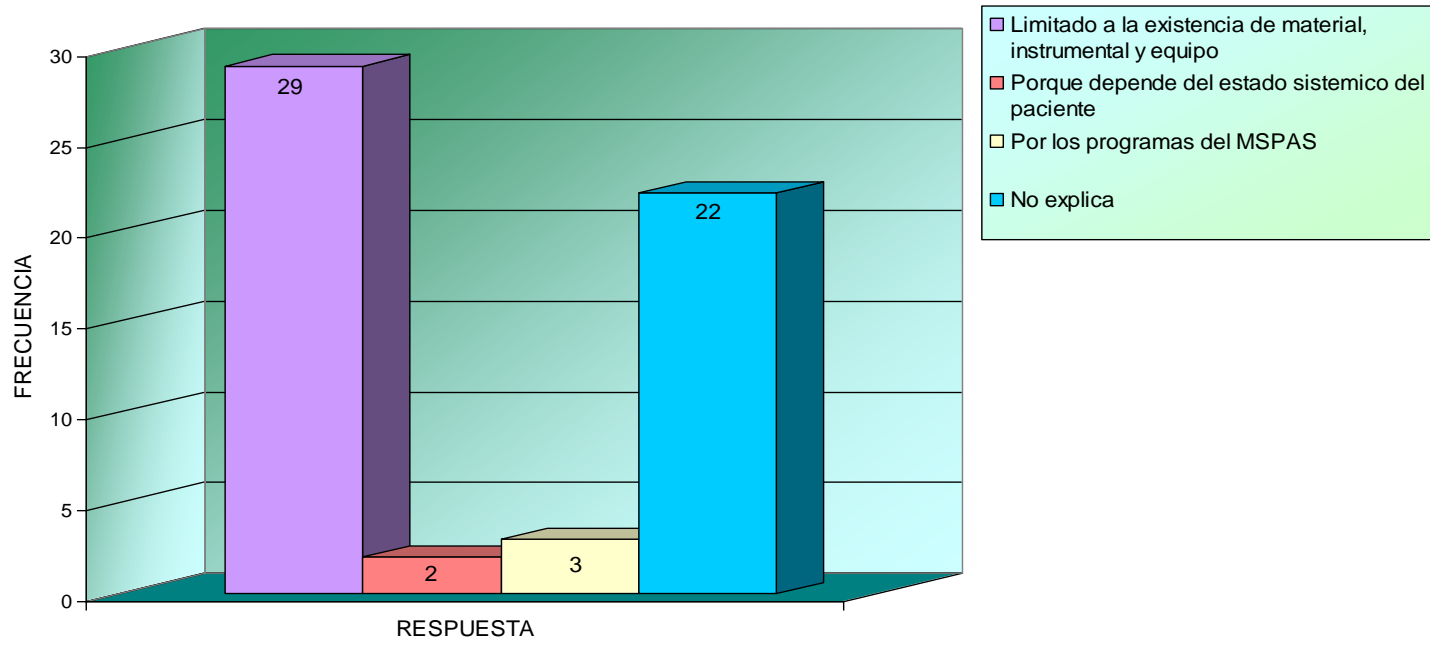


TABLA IV**TRATAMIENTOS QUE SE BRINDAN A LAS DIFERENTES EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS****VARIABLE:**

- Tratamiento de emergencia
- Conocimiento teórico
- Abordaje

INDICADOR:

- Tratamientos realizados
- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos.
- Protocolo que realiza al tratar las emergencias.

CODIGO	RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Exodoncias	22	14.29
2	Curetajes	12	7.79
3	Detartrajes	1	0.65
4	Drenaje de Abscesos	13	8.44
5	Medicacion Antibiotica y/o Analgesica	40	25.97
6	Referencias a universidades o clinicas asistenciales	16	10.39
7	Cirurgia	5	3.25
8	Sutura	8	5.19
9	Aplicacion de antihemorragico IM	1	0.65
10	Pulpotomia	8	5.19
11	Apertura Cameral	3	1.95
12	Recubrimiento Pulpar	5	3.25
13	Ferulizacion	3	1.95
14	Ajuste Oclusal	2	1.30
15	Obturaciones	10	6.49
16	Toma de Radiografia	2	1.30
17	No contesto	3	1.95
	TOTAL	154	100

Se observa que los tratamiento que con mayor frecuencia se brinda a las emergencias odontológicas son: Medicación antibiótica y/o analgésica con un 25.97%, seguido de exodoncias con un 14.29% y las referencias a universidades o clínicas asistenciales con el 10.39%

GRAFICO IV
TRATAMIENTOS QUE SE BRINDAN A LAS DIFERENTES EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS

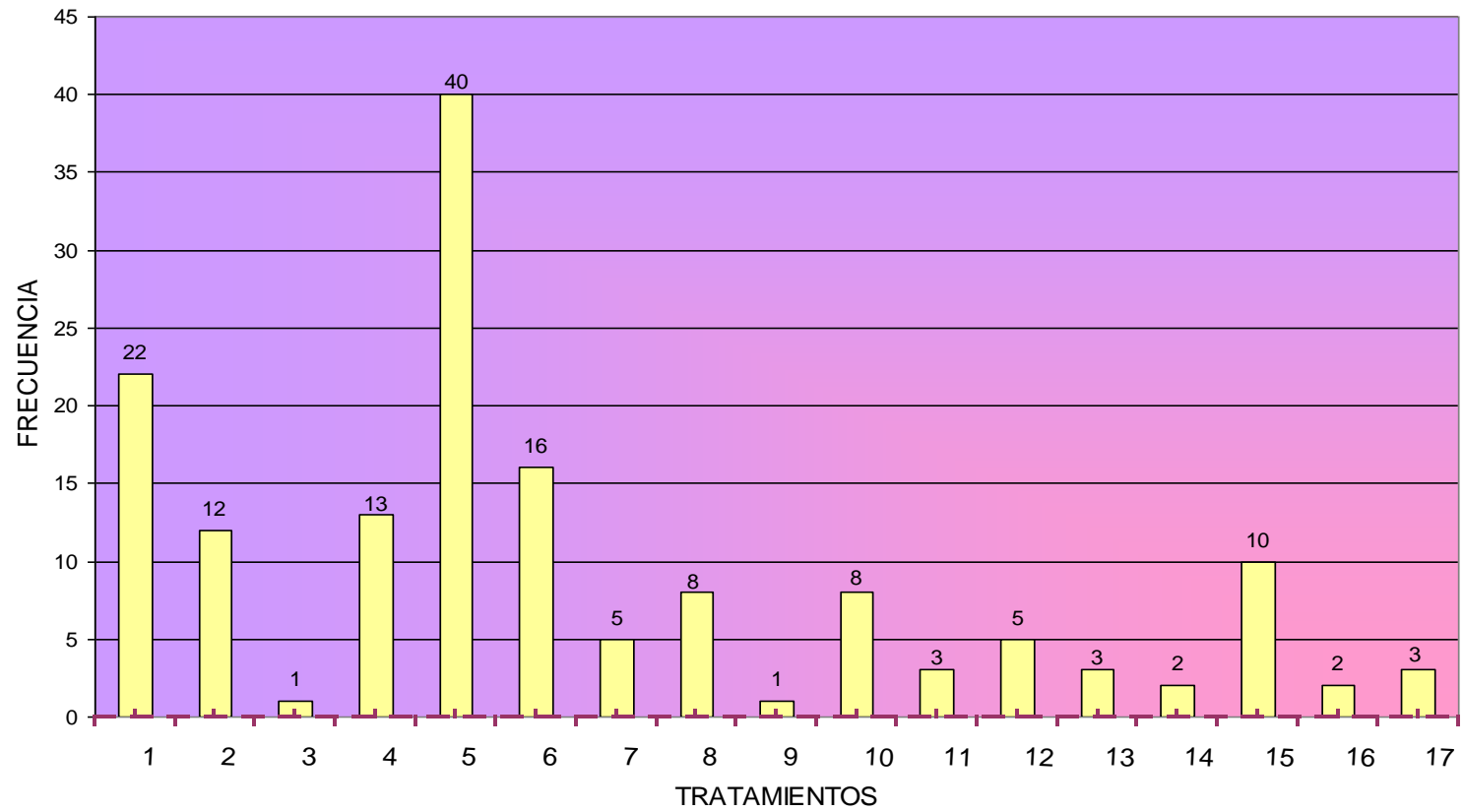


TABLA V

EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS QUE LOS ODONTÓLOGOS CONSIDERAN NECESARIO REMITIR

VARIABLE:

- Tipos de emergencias
- Conocimiento teórico

INDICADOR:

- Presencia de las emergencias
- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos

CODIGO	RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Piezas anquilosadas	2	1.27
2	Piezas incluidas	37	23.42
3	Problemas pulpares	42	26.58
4	Pericoronitis	7	4.43
5	Traumas de ATM	9	5.70
6	Quemaduras de tercer grado	1	0.63
7	Nodulos y quistes	1	0.63
8	Absceso peiodontal agudo	4	2.53
9	Alveolitis	1	0.63
10	Desordenes articulares	1	0.63
11	Dislocacion del maxilar	4	2.53
12	GUNA	2	1.27
13	Absceso facial agudo	4	2.53
14	Celulitis	7	4.43
15	Fractura de piezas	1	0.63
16	Hemorragia profusa postexodoncia	2	1.27
17	Trauma maxilofacial	12	7.59
18	Fractura de protesis completa	4	2.53
19	Fractura de PPF	4	2.53
20	Fractura de PPR	4	2.53
21	Dolor miofacial	1	0.63
22	Fractura de carillas	1	0.63
23	Otras	7	4.43
	TOTAL	158	100

GRAFICA V
EMERGENCIAS QUE LOS ODONTÓLOGOS CONSIDERAN NECESARIO REMITIR

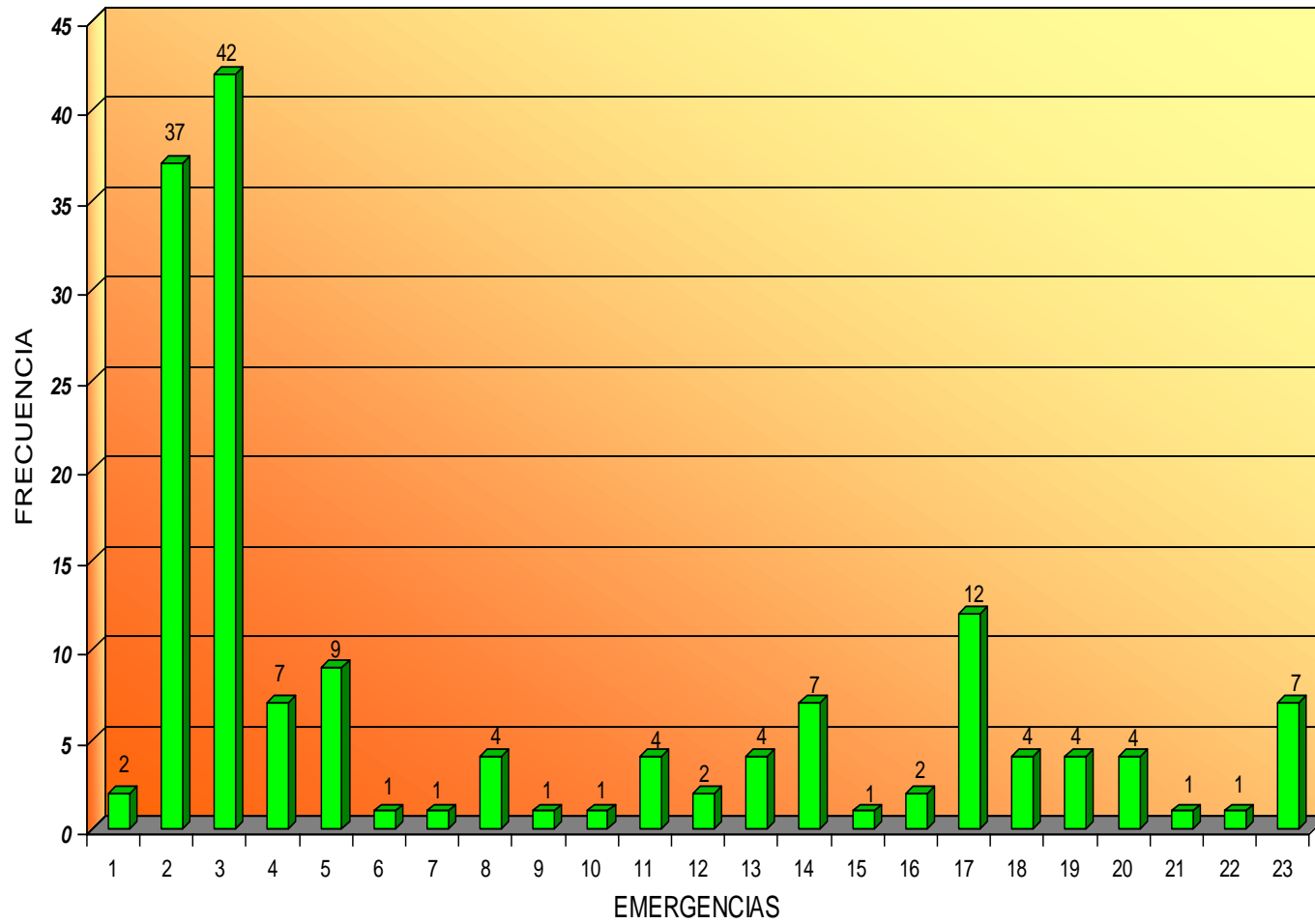


TABLA VI

CUANDO SE LE PRESENTA UN CASO DE PULPITIS IRREVERSIBLE, EL ODONTÓLOGO HACE LO SIGUIENTE:

VARIABLE:

- Tratamiento de emergencia
- Conocimiento teórico
- Abordaje

INDICADOR:

- Tratamientos realizados.
- Identificación de las diversas Emergencias y sus tratamientos
- Protocolo que realiza al Tratar la emergencia.

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alivia la emergencia y luego remite	19	34.55
Da medicacion y luego remite	35	63.64
Da la referencia	1	1.82
TOTAL	55	100

Podemos observar que cuando se presenta un caso de pulpitis irreversible, el 63.64% de los odontólogos da medicación y luego remite, mientras que el 34.55% da tratamiento a la emergencia y luego remite, finalmente el 1.82% únicamente da la referencia.

TABLA VII**EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS A LAS CUALES SE LES BRINDA ATENCIÓN EN LAS UNIDADES DE SALUD**

VARIABLE:

- Tipos de emergencias
- Conocimiento teórico

INDICADOR:

- Presencia de las emergencias
- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos

CODIGO	RESPUESTAS	FRECUENCIA
1	Trauma oclusal	2
2	Absceso periodontal	20
3	Alveolitis	14
4	Hemorragias	10
5	Pericoronaritis	13
6	Absceso gingival agudo	17
7	Pulpitis irreversible	20
8	Absceso apical agudo	19
9	Impacto alimenticio	4
10	Hipersensibilidad dental	1
11	Fractura de amalgama	5
12	Desalojo de obturacion	4
13	Fractura dental	9
14	Celulitis	6
15	Mal posicion dental	3
16	Estomatitis	4
17	Trauma dentoalveolar	6
18	Dolor miofacial	3
19	Odontalgia	6
20	Fractura de protesis	2
21	Artralgias	1
22	Dislocacion aguda del maxilar	1
23	Edema	6
24	Absceso dentoalveolar agudo	10
25	Periodontitis apical aguda	4
26	Neuralgias	2
27	No contesto	5
28	Ninguna	1
	TOTAL	198

Se observa que las emergencias odontológicas que con mayor frecuencia se les brinda atención son: Con una frecuencia de 20, absceso periodontal agudo y pulpitis irreversible, con una frecuencia de 19 el absceso apical agudo, y con frecuencia de 17 el absceso gingival agudo, y Alveolitis con una mención de 14

GRAFICA VII
EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS A LAS CUALES SE LES BRINDA ATENCIÓN EN LAS UNIDADES DE SALUD

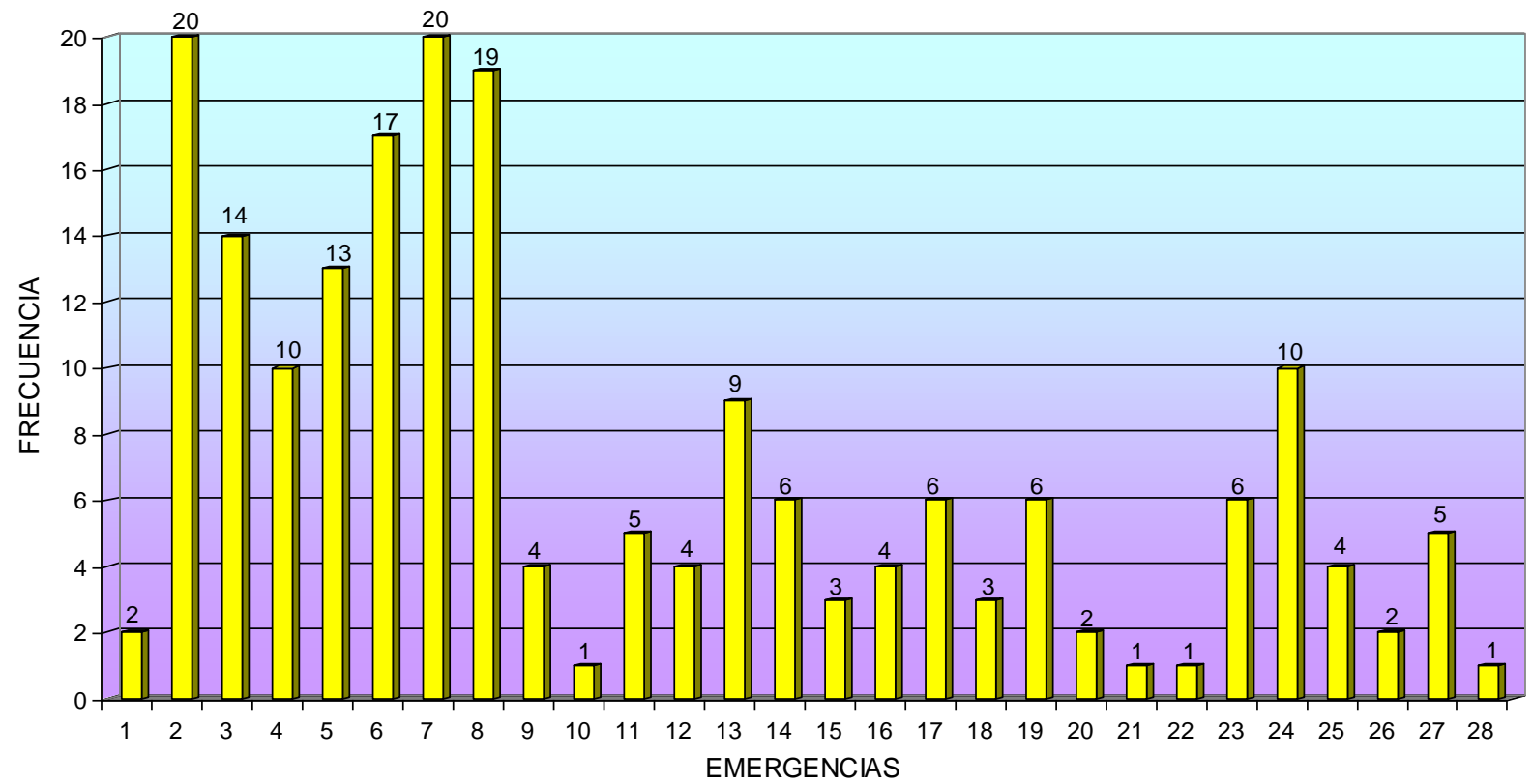


TABLA VIII

QUE TRATAMIENTO REALIZARIA EN LA UNIDAD DE SALUD,
SI SE LE PRESENTARA:

VARIABLE:

- Tratamiento de emergencia
- Conocimiento teórico
- Abordaje

INDICADOR:

- Tratamientos realizados.
- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos
- Protocolo que realiza al tratar la emergencia.

CODIGO	EMERGENCIA	TRATAMIENTO ADECUADO	TRATAMIENTO NO ADECUADO	NO CONTESTO	FRECUENCIA
A3	Pericoronitis	9	39	7	55
B5	Pulpitis Irreversible	19	29	7	55
B7	Sindrome de diente fisurado	3	32	20	55
B8	Absceso Periodontal Agudo	22	27	6	55
B9	Avulsion de diente deciduo	6	35	14	55
B10	Alveolitis	24	26	5	55
	TOTAL	83	188	59	330
	PORCENTAJE	25.15	56.97	17.88	100.00

Según los resultados obtenidos el 43.64% de los odontólogos encuestados efectúa tratamientos adecuados al presentarse le un caso de alveolitis, no obstante el 47.27% realiza tratamientos no adecuados o incompletos, ante esta misma situación, por otra parte el 9.09% no contestó.

GRAFICA VIII
QUE TRATAMIENTO REALIZARIA EN LE UNIDAD DE SALUD, SI SE LE PRESENTARA:

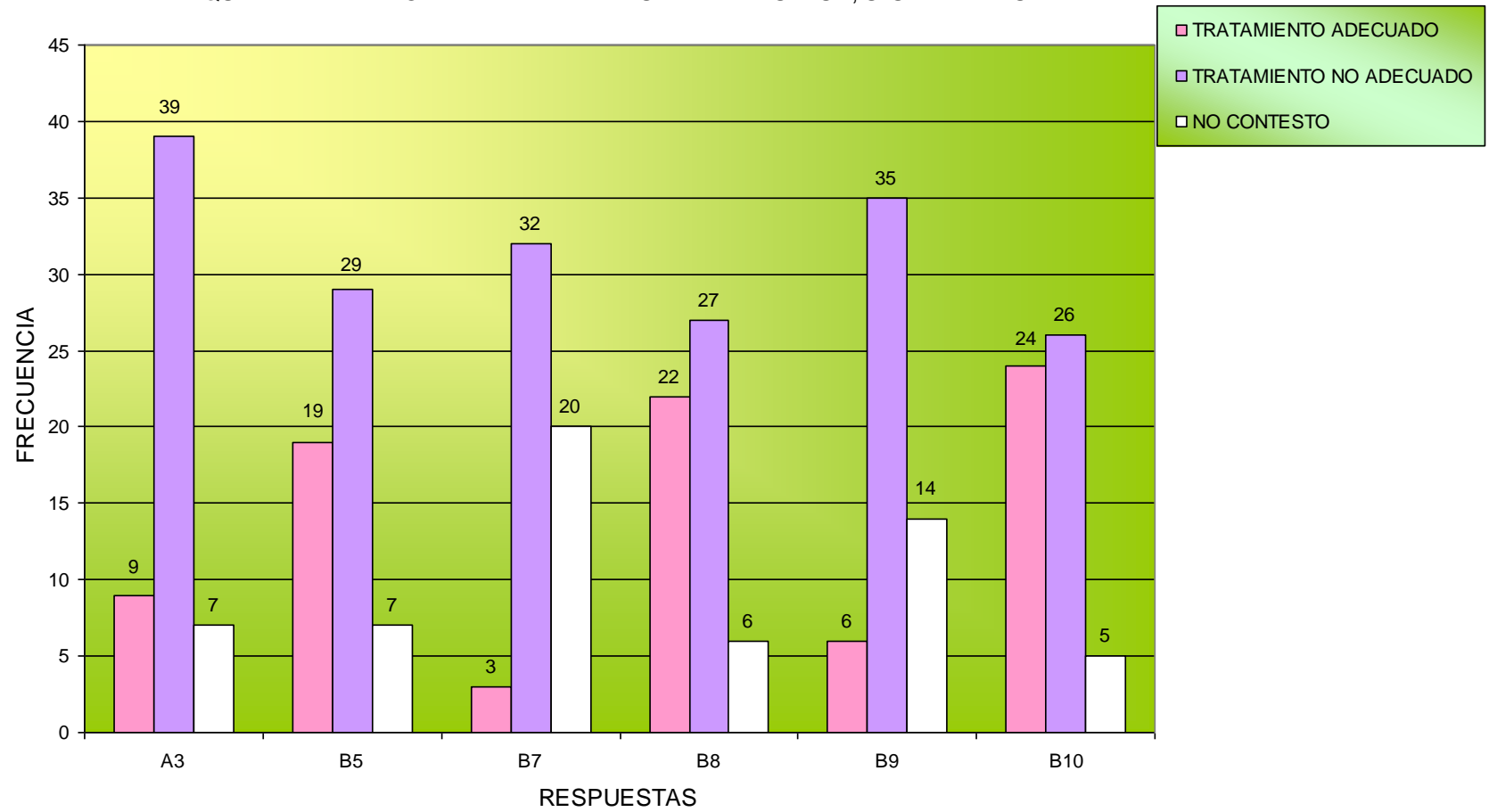


TABLA IX**MOTIVOS POR LOS CUALES NO SON ATENDIDAS TODAS LAS EMERGENCIAS ODONTOLOGICAS****VARIABLE:**

- Conocimiento teórico sobre emergencias odontológicas

-Abordaje

INDICADOR:

- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos.

- Protocolo que realiza al tratar las emergencias.

¡Error! Vínculo no válido.

A todos los odontólogos encuestados se les preguntó por qué motivo no son atendidas todas las emergencias en las unidades de salud; mencionando algunos más de una respuesta. Observamos que 58.54% consideraron que se debe a falta de material instrumental y/o equipo, 17.07% a la falta de recurso humano capacitado y 9.76% a la falta de tiempo para cada paciente.

GRAFICA IX
MOTIVOS POR LOS CUALES NO SON ATENDIDAS TODAS LAS EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS

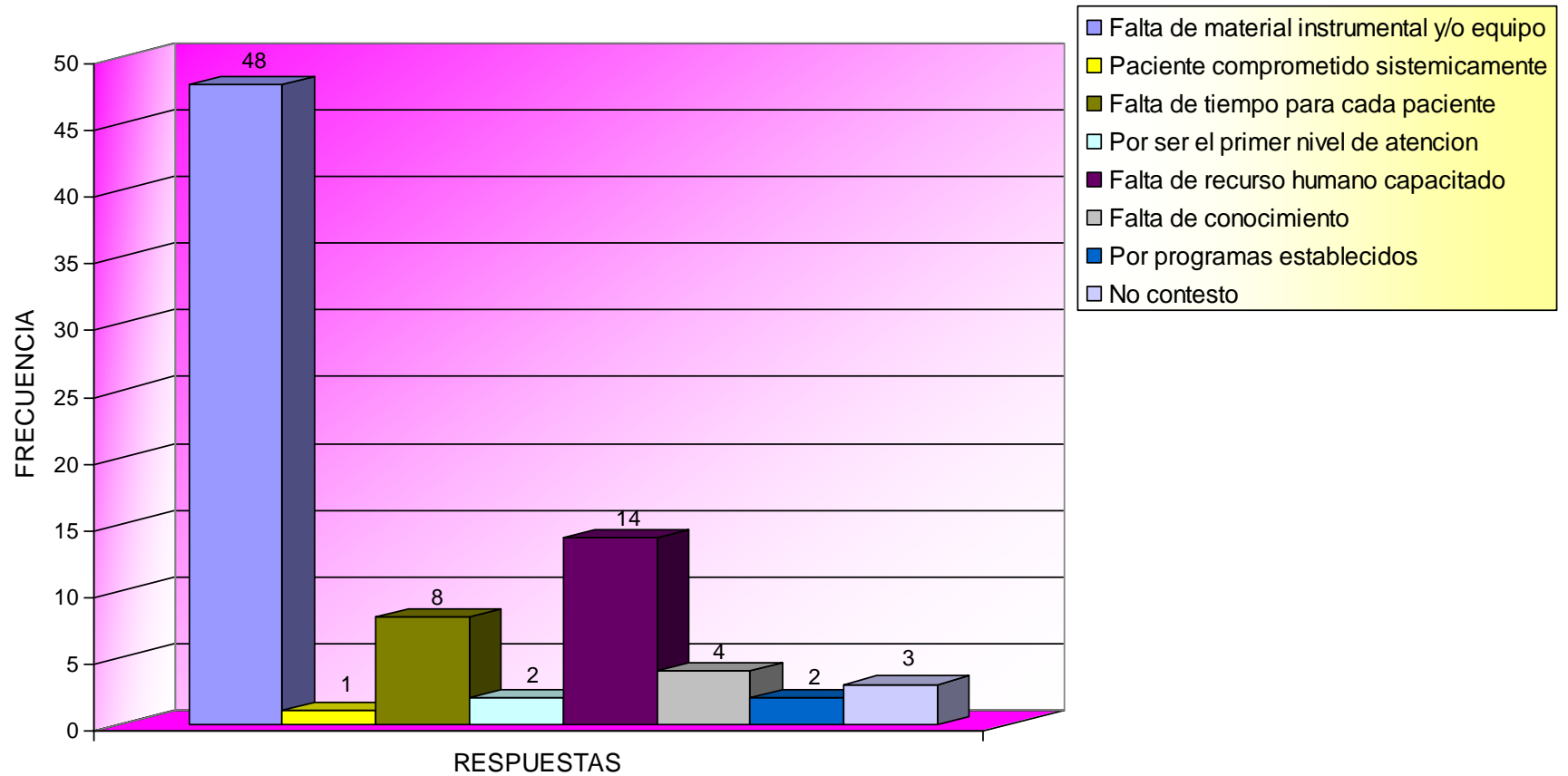
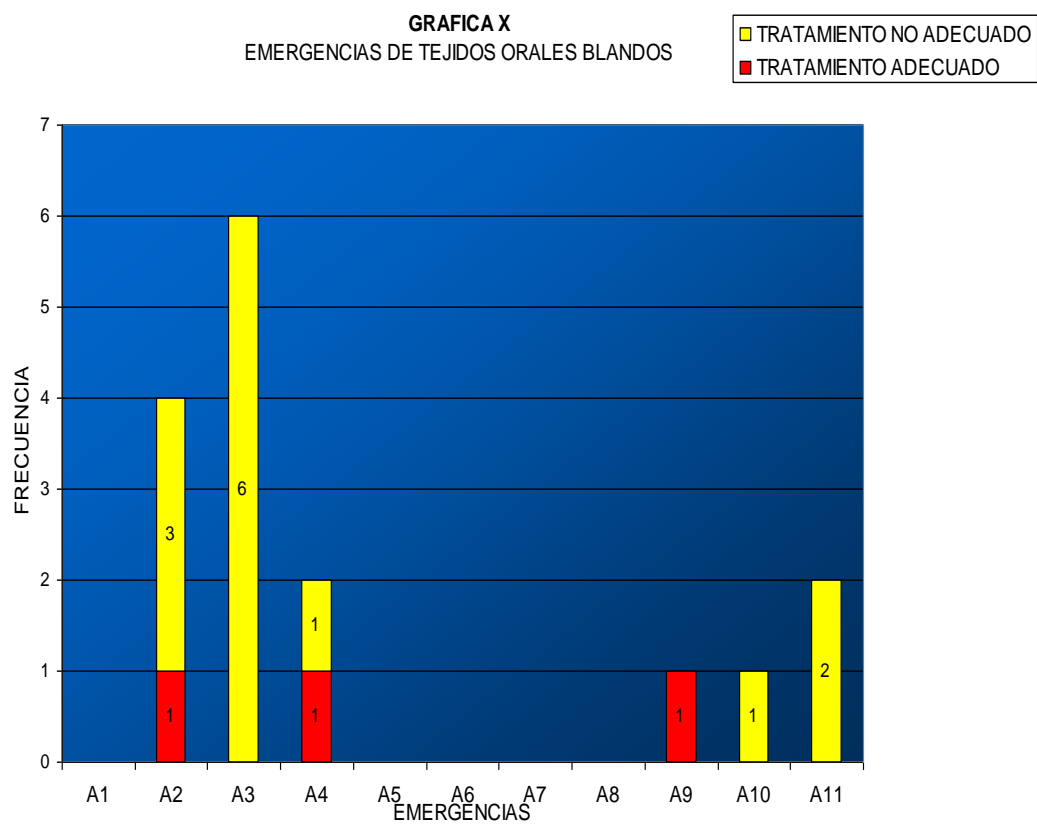


TABLA X**EMERGENCIAS DE TEJIDOS ORALES BLANDOS.****VARIABLE:**

- Tipos de tratamientos.
- Tratamiento de emergencia
- Conocimiento Teórico.
- Abordaje

INDICADOR:

- Presencia de las emergencias
- Tratamientos realizados.
- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos
- Protocolo que realiza al tratar la emergencia.



De los 4 casos que se presentaron de empaquetamiento alimenticio, a 3 de ellos se les brindó un tratamiento no adecuado y a 1, un tratamiento adecuado; en el caso de pericoronitis se presentaron 6 emergencias y ninguno de los tratamientos brindados fue adecuado. Mientras que al presentarse 2 casos de laceración de la mucosa uno fue adecuado y el otro no adecuado.

Se presentó un caso de dolor miofacial al cual se le brindó un tratamiento adecuado, sin embargo al presentarse un caso de hemorragia el tratamiento no fue adecuado. Mientras tanto al presentarse 2 casos de edemas los dos fueron atendidos de manera inadecuada o incompleta.

TABLA XI

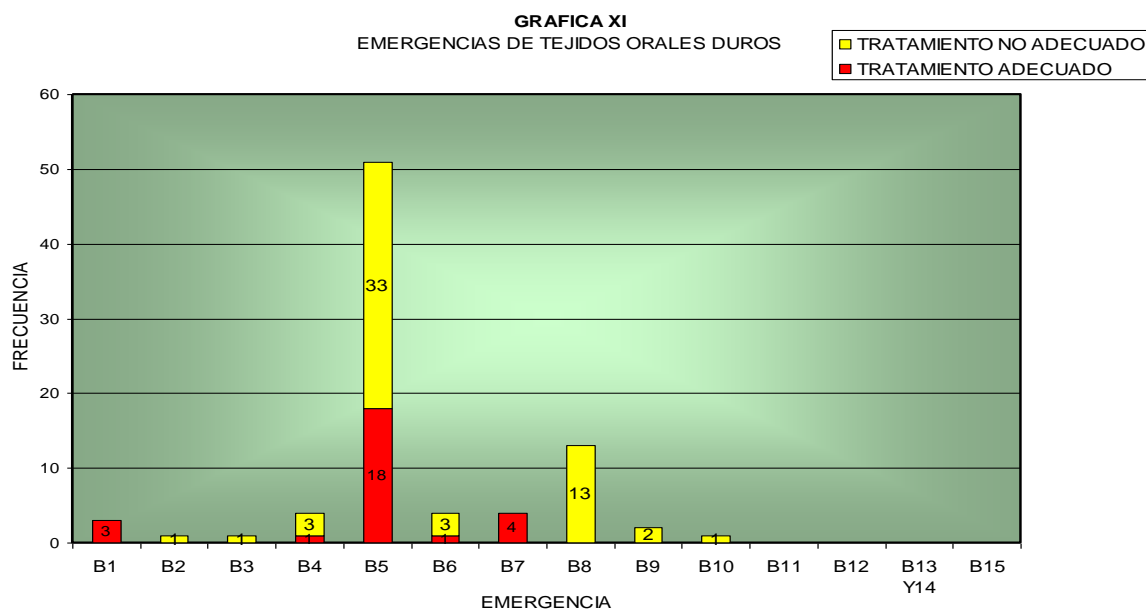
EMERGENCIAS DE TEJIDOS ORALES DUROS:

VARIABLE:

- Tipos de emergencias
- Tratamiento de emergencia
- Conocimiento teórico
- Abordaje

INDICADOR:

- Presencia de las emergencias
- Tratamientos realizados.
- Identificación de las diversas Emergencias y sus tratamientos
- Protocolo que realiza al tratar la emergencia.



Las emergencias odontológicas de tejidos orales duros que se presentaron con mayor frecuencia y los tratamientos brindados fueron las siguientes:

Pulpitis irreversible 51 casos de los cuales 33 fueron tratados de forma no adecuada, mientras que 18 de ellos de forma adecuada predominando así los tratamientos inadecuados.

Absceso periodontal agudo, 13 casos de los cuales en su totalidad fueron atendidos de forma inadecuada.

Periodontitis apical aguda supurativa 4 casos, de los cuales 3 fueron atendidos inadecuadamente y 1 de forma adecuada.

TABLA XII
EMERGENCIAS OPERATORIAS Y/O PROTESICAS

VARIABLE:

- Tipos de emergencias
- Tratamiento de emergencia
- Conocimiento teórico
- Abordaje

INDICADOR:

- Presencia de las emergencias.
- Tratamientos realizados.
- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos
- Protocolo que realiza al tratar la emergencia.

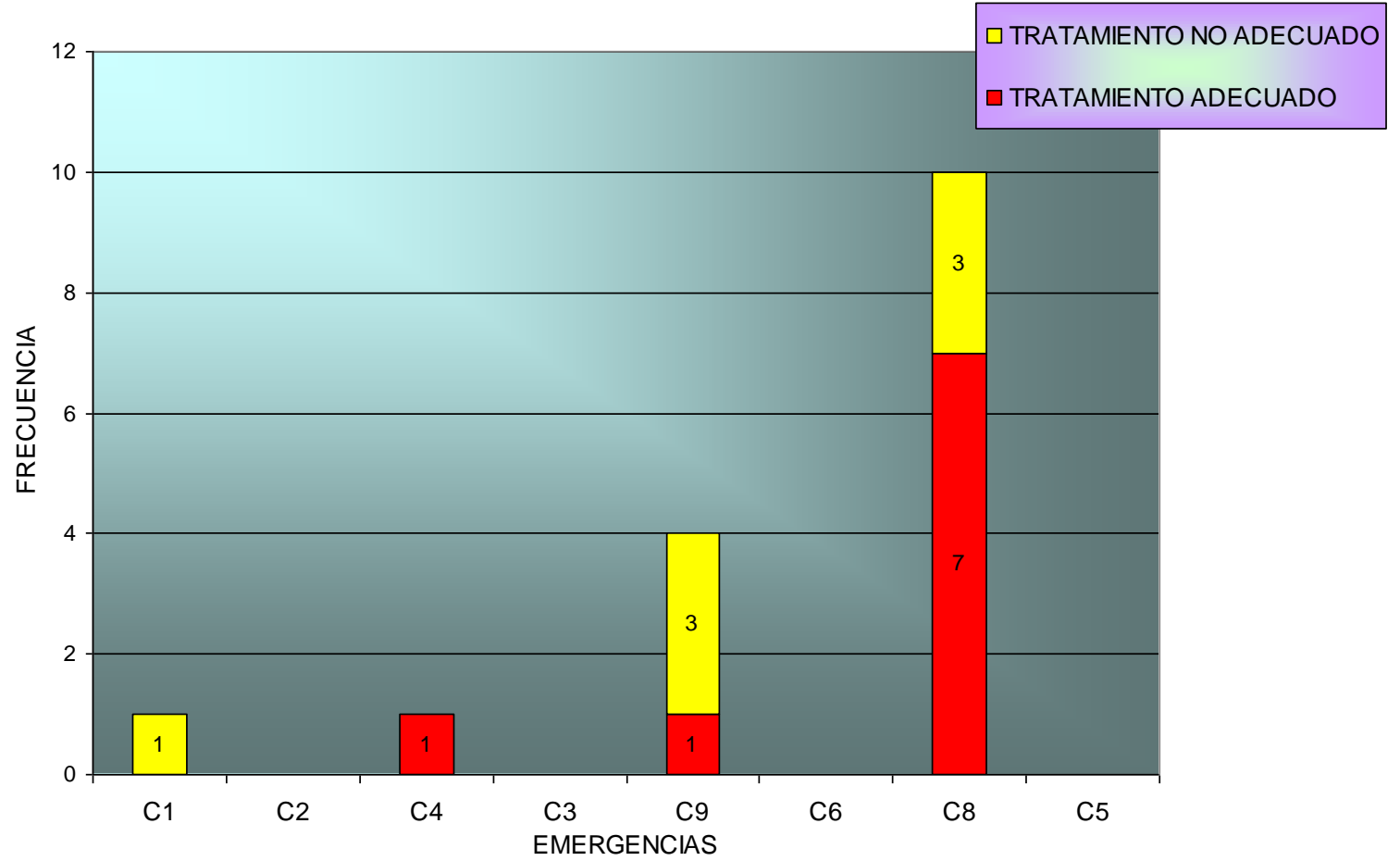
CODIGO	Emergencia	Tratamiento adecuado	Tratamiento no adecuado	Frecuencia
C1	Fractura de prótesis completa		1	1
C2	fractura de PPR			
C4	Perdida de un diente pilar	1		1
C3	Perdida de un diente no involucrado en el soporte o en la restauración			
C9	descementación de restauraciones definitivas, provisionales y retenedores intrarradiculares	1	3	4
C6	Fractura de retenedores intrarradiculares			
C8	Desalajo de obturación	7	3	10
C5	Fractura de carrilla de porcelana			
	TOTAL	9	7	16

Se presentó un caso de fractura de prótesis completa la cual no recibió tratamiento; al presentarse un caso de pérdida de un diente pilar, el tratamiento recibido fue el adecuado.

Se presentaron 4 casos de descementación de restauraciones definitivas, de las cuales solamente a uno de ellos se le brindó el tratamiento adecuado.

En el caso de desalajo de obturación fueron 10, de los cuales 7 se resolvieron de manera adecuada, mientras que 3 casos fueron resueltos inadecuadamente.

GRAFICA XVII
EMERGENCIAS OPERATORIAS Y/O PROTESICAS



DISCUSION

Emergencia o urgencia odontológica se define como cualquier situación que comprometa el sistema estomatognático de un individuo, ya sea en el campo patológico, psicológico o social y que requiere de una atención inmediata del odontólogo general; Dworkin (1973) (1). Holroyd (1973) por su parte, define una urgencia como una situación imprevista que requiere atención inmediata; pues tanto en la odontología como en medicina, el dolor y la infección son frecuentes en este tipo de situaciones (2).

Este trabajo de investigación ha permitido conocer que hay un porcentaje significativo de personas que buscan la atención odontológica de emergencia en las clínicas asistenciales del MSPAS, dicha atención es brindada por Odontólogos generales. Por ello, se indagó sobre las emergencias que se presentan en las clínicas odontológicas de las unidades de salud que pertenecen al SIBASI CENTRO, donde se encontró que dentro de las cinco emergencias que se presentan con mayor frecuencia, en base a la respuesta obtenida de los 55 odontólogos encuestados; tenemos en primer lugar el Absceso gingival agudo (9.50%), seguido de Pericoronaritis aguda (9.03%), Absceso periodontal agudo (8.31%), Hipersensibilidad Dental y Desalajo de Obturaciones (7.84%) (Ver tabla I y grafico I). También pudimos conocer si se realizan tratamientos odontológicos en las unidades de salud para solventar las emergencias que se presentan, de los 55 odontólogos encuestados, 30 manifestaron que si se realizan tratamientos y 25 manifestaron que a veces, (Ver tabla II y Grafico II). Según lo expresado por los odontólogos se debe a la limitada existencia de material, instrumental y equipo; además, que la atención depende del estado sistémico del paciente, otros respondieron que se sujeta a los programas del MSPAS (Ver tabla y Grafico III).

Además, permite identificar cuales son las emergencias odontológicas a las que se les brinda atención en estas unidades de salud, entre estas tenemos: absceso periodontal agudo, pulpitis irreversible, absceso apical agudo, absceso gingival agudo, alveolitis, pericoronitis aguda, hemorragia, absceso dentó alveolar agudo, entre otras. (Ver tabla VII y cuadro VII)

Se identificó que los tratamientos que con mayor frecuencia se efectúan para solventar las emergencias odontológicas son: Medicación antibiótica y analgésica (25.97%), exodoncia (14.29%), referencia a universidades (10.39%), drenaje de abscesos (8.44%) y curetaje (7.79%). (Ver tabla y grafico IV)

Debido a la limitada atención y cobertura de las emergencias odontológicas que promueven los programas del MSPAS y el poco tiempo que los Odontólogos manifiestan tener asignado para brindar un tratamiento adecuado a cada paciente; ellos consideran necesario remitir las siguientes emergencias odontológicas: Problemas pulpares, trauma maxilofacial, trauma de ATM, pericoronitis, celulitis, absceso periodontal agudo, dislocación del maxilar, entre otras (Ver Tabla y Grafico V).

Al indagar sobre que haría el odontólogo al presentarse un caso de pulpitis irreversible únicamente el 34.55% alivia la emergencia y luego remite al paciente, mientras un 63.64% respondió que da medicación y luego remite y un 1.82% solamente da la referencia; (Ver tabla y Grafico VI) lo cual difiere de lo expuesto por Inge y Londoño quienes indican que el tratamiento a realizar es una apertura cameral, pulpotomía o pulpectomía para la eliminación del dolor o la exodoncia si se involucra la zona de furca o el diente no puede ser restaurado, (3,21)

Además, se pudo observar una deficiencia en el tratamiento que se brinda a las diferentes emergencias en las unidades de salud, ya que por ejemplo, se

identificó que para La Pericoronaritis Aguda, Londoño y Carranza sugieren que el manejo de la pericoronitis consiste básicamente en el retiro de los detritus que se encuentran alojados en el interior del saco pericoronario que rodea el diente implicado, a través de irrigación, así como la prescripción de antibióticos si hay compromiso sistémico, la eliminación de los irritantes mediante el lavado de la zona deberá realizarse con agua caliente para quitar desechos y exudados, realizar curetaje, establecimiento de drenaje, enjuagues frecuentes con solución salina o antiséptica e indicar una terapia analgésica (3,6) sin embargo solo el 16.36% de los odontólogos encuestados brinda el tratamiento adecuado o completo, basándose en la literatura, mientras que el 70.91% está brindando un tratamiento inadecuado o incompleto, (Ver anexo 9) porque únicamente prescribió medicación, dio referencia, o consideran realizar operculectomía o una cirugía del capuchón de encía y en algunos casos mencionaron realizar exodoncia, durante la fase aguda, lo que se considera un tratamiento no adecuado por no seguir el protocolo indicado en la literatura; el 12.73% no contestó.

Un caso muy similar se presentó cuando los odontólogos respondieron sobre el tratamiento que realizarían, al atender un caso de Alveolitis. Kruger y Londoño, sugieren que el tratamiento para la alveolitis consiste en irrigación suave con solución salina o antiséptico, eliminación de cuerpos extraños con cureta sin raspar las paredes, proteger el alveolo con una gasa yodoformada y finalmente prescribir medicamento para dolor e infección. (3,8), este tratamiento fue efectuado únicamente por el 43.64% de los odontólogos, mientras que el 47.27% realizó un tratamiento no adecuado ya que algunos pasos indispensables para resolver la emergencia no fueron ejecutados, (Ver anexo 8) por ejemplo; únicamente indicaban medicamento, remisión a otro establecimiento o dieron medicación y referencia, y en otros casos se realizó únicamente curetaje o solo irrigación de la zona; otros indicaron enjuagatorios

con gluconato de clorhexidina o regularización ósea, sutura, colocación de gasa yodoformada; el 9.09% no contestó a esta interrogante.

Por otra parte, al indagar sobre el tratamiento que realizaría si se le presenta un caso de pulpitis irreversible aguda, el 34.55% brindó un tratamiento adecuado según Pinkham y Londoño (3,18) mientras que el 52.73%; (Ver anexo 10) no dio un tratamiento adecuado pues únicamente:

1. Prescriben medicamento, 2. Dan referencia a otro establecimiento, 3. Dan medicación y referencia, y en otros casos se sugirió toma de radiografía o sacar de oclusión; el 12.73% no contestó la pregunta.

Al presentarse un caso de síndrome del diente fisurado el 20.00% brindó un tratamiento adecuado según lo expuesto por Londoño quien sugiere realizar un ajuste oclusal y una restauración con recubrimiento cuspeideo que abrace las dos cúspides para evitar así su desplazamiento, en casos crónicos, realizar endodoncia; y en el peor de los casos se puede llegar a la pérdida del diente. (3) Mientras que el 38.18%; dió un tratamiento no adecuado, pues únicamente prescribieron analgésicos o desensibilizantes, dieron referencia, aplican fluor tópico, indicación o toma de radiografía, colocación de acido - adhesivo y fotocurar, confección de carillas de resina. Finalmente el 41.82% no contesto la pregunta. (Ver anexo 11).

En caso de una avulsión de un diente deciduo; el 10.91% contesta adecuadamente según lo mencionado por Barberia y Pinkham los cuales plantean que en la avulsión de un diente temporal no se debe reimplantar el diente, ya que el riesgo de lesionar el diente permanente es grande, por tanto lo único que debe hacerse es cuidar que la cicatrización sea correcta. (5,18); el 63.64%; no brindó un tratamiento adecuado debido a que sugirieron como tratamiento la extracción del diente el cual se supone ya no se encuentra en el

alveolo, reposicionar el diente en el alveolo lo que pudiera dañar al diente permanente, referencia, ferulización mas medicación y mantenedor de espacio y el 25.45% no contestó la pregunta. (Ver anexo 12).

Al preguntar a los odontólogos que tratamiento realizarían en caso de un absceso periodontal agudo, el 40.0% realizaría un tratamiento adecuado según Carranza y Regezi quienes sugieren controlar la diseminación de la infección mediante el establecimiento de drenaje a través del surco gingival; en caso de malestar general o dolor se puede prescribir antibióticos sistémicos y analgésicos y revalorar el caso a los tres o siete días (3,6,22), mientras que el 49.09% brindo un tratamiento inadecuado pues únicamente establecía el drenaje o solo indicaba medicamento, otros respondieron que realizarían exodoncia previa a terapia antibiótica, referencia para tratamientos de conductos radiculares, confundiendo esta patología con un absceso periapical agudo haciendo notar falta de capacidad para diagnosticar y por ende falta de conocimiento; el 10.91% no contesto la pregunta.(Ver anexo 13).

Al hacer un consolidado sobre los tratamientos que se realizan en las unidades de salud al presentarse: Pericoronitis aguda, Pulpitis Irreversible, Síndrome del Diente Fisurado, Absceso Periodontal Agudo, Avulsion de Diente Deciduo y Alveolitis; podemos observar que un 56.97% de los odontologos encuestados brindan un tratamiento no adecuado; mientras, que 17.88% no contesto la interrogante; haciendo un total de 74.85% de encuestados que no realizan un protocolo acorde a lo expuesto en la literatura. En comparación con el 25.15% de odontologos que brindaron un tratamiento siguiendo un adecuado protocolo de atención a las emergencias. (Ver tabla y Grafica IX)

Según la experiencia del grupo investigador al acercarse a las unidades de salud en estudio se pudo constatar a través de la guía de observación que las

cuatro emergencias odontológicas mas frecuentes en las unidades de salud son: pulpitis irreversible presentándose 51 casos, absceso periodontal agudo 13 casos(Ver tabla y Gráfico XI), 10 casos de desalojo de obturación(Ver Tabla y Gráfico XII), y 6 casos de pericoronitis aguda (Ver Tabla y Grafico XI), por lo que se puede afirmar una estrecha relación con lo que expresan los profesionales de la odontología sobre las emergencias mas frecuentes.

Además se pudo constatar que tipo de tratamiento brindaba el odontólogo general a las emergencias odontológicas en las unidades de salud, donde de los 51 casos de pulpitis irreversible que se presentaron 18 tuvieron un tratamiento adecuado mientras que 33 fueron no adecuados. De los 13 casos de absceso periodontal agudo ninguno tuvo un tratamiento adecuado. (Ver tabla XI). En cuanto al desalojo de obturación de los 10 casos que se presentaron 7 tuvieron un tratamiento adecuado y 3 un tratamiento no adecuado (Ver Tabla XII). Los 6 casos de pericoronitis aguda tuvieron un tratamiento no adecuado.

El MSPAS a través de la dirección de regulación de unidades de salud bucal ha elaborado un manual de procedimientos en odontoestomatología, este manual estandariza los procedimientos en la atención odontológica, unifica la ruta de ejecución de los tratamientos y minimiza a la vez los tiempos de trabajo, puede considerarse por lo tanto como una herramienta técnico-administrativa que orienta los procesos a ejecutar, lo que permite delimitar la responsabilidad de ejecución de los diferentes procedimientos, de acuerdo al nivel de atención.(14)

Este manual posee algunas de las patologías bucales con su respectivo tratamiento paso a paso (31); para unificar el trabajo que se realiza en las unidades de salud. Al mismo tiempo este manual propone una delimitación entre atención de primer nivel y de segundo nivel, sin tomar en cuenta un protocolo de atención para las emergencias odontológicas y aliviar estas; antes de referirlas al segundo nivel de atención. Sin embargo como pudimos observar

en esta investigación un buen porcentaje de los odontólogos no lo ponen en práctica; según las diferentes respuestas obtenidas.

Por otro lado se pudo constatar que existe falta de conocimiento por parte del odontólogo para reconocer las diferentes emergencias al mencionar situaciones clínicas que no se catalogan como tal; por ejemplo mencionaron: piezas incluidas, piezas anquilosadas, nódulos y quistes, mal posición dental. Además confunden lo que es diagnóstico y tratamiento ya que al preguntar sobre los tratamientos que se realizan en las unidades de salud, algunos contestaron con el diagnóstico y al preguntar que emergencias odontológicas se presentan en la unidad de Salud contestaron con el tratamiento que brindan.

Finalmente los odontólogos manifestaron diferentes motivos por los cuales no son atendidas todas las emergencias en las unidades de salud. Estos son:

- Falta de material, instrumental y/o equipo.
- Paciente comprometido sistémicamente.
- Falta de tiempo para cada paciente.
- Por ser el primer nivel de atención.
- Falta de recurso humano capacitado.
- Falta de conocimiento.
- Por programas establecidos del MSPAS.

Debido a lo expuesto anteriormente podemos afirmar que las emergencias odontológicas no son atendidas adecuadamente y en el caso donde pudimos medir el mayor índice de tratamientos no adecuados fue en la pericoronitis aguda con 70.91%. (Ver anexo 9)

CONCLUSIONES

El grupo investigador concluye que:

- En las unidades de salud del SIBASI CENTRO (San Salvador) se presenta todo tipo de emergencia odontológica entre estas, emergencias de tejidos orales blandos y duros y emergencias de tipo protésico.
- Las emergencias odontológicas que se presentan con mayor frecuencia son: Absceso gingival agudo, pericoronitis aguda, absceso periodontal agudo, hipersensibilidad dental y desalajo de obturación.
- La mayoría de los tratamientos odontológicos brindados a las diferentes emergencias odontológicas que se presentan a las unidades de salud del SIBASI Centro (San Salvador) son incompletos o no adecuados.
- La falta de conocimiento del odontólogo en el diagnóstico y ejecución de un plan de tratamiento ideal, es causa de una atención no acorde con el manual de atención brindado por el MSPAS al momento de atender una emergencia odontológica, ya que más 50% de los odontólogos en estudio brindó un tratamiento no adecuado o incompleto al presentársele una emergencia odontológica.

- La falta de insumos, material y equipo necesario en las diferentes unidades de salud es uno de los factores por los cuales no se puede dar solución a las emergencias odontológicas.
- Los odontólogos se ven limitados a realizar solo algunos tipos de tratamientos, en un tiempo estipulado debido a los programas establecidos por el MSPAS y a la falta de insumos odontológicos
- Un factor importante en el alto porcentaje de incumplimiento en de un protocolo de atención a las diferentes emergencias odontológicas es la falta de interés por parte de los odontólogos para solventar las dichas emergencias.

RECOMENDACIONES.

- Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- a) Brindar capacitaciones sobre emergencias odontológicas a sus odontólogos para ampliar su conocimiento.
- b) Implementar programas de atención de tal manera que un odontólogo se encargue de aliviar las emergencias que se presenten en el día y de esta manera eliminar el problema de la falta de tiempo entre paciente.
- c) Equipar mejor las unidades de salud, en lo que respecta a material, instrumental y equipo para solventar emergencias odontológicas.
- d) Elaborar un programa orientado a la educación del paciente para que no busque atención, solo cuando ya adolece una emergencia.

- A los odontólogos en general:

- a) Que adquieran un verdadero compromiso, que les permita simplificar y optimizar el material y equipo con el que se cuenta, para poder brindar la atención de calidad y calidez que promueve el MSPAS.
- b) Atender a todo el paciente que se presenta en estado de emergencia, pues la salud es un derecho humano, que no podemos negar.

- A la facultad de odontología de la Universidad de El Salvador:

Reconocer el problema para poder plantear reformas institucionales que mejoren la formación profesional de sus estudiantes; sobre el abordaje de las diferentes emergencias odontológicas; y de ser posible crear un área clínica específica para su atención.

ANEXOS

CODIGO	EMERGENCIAS DE TEJIDO BLANDO	CODIGO	EMERGENCIAS DE TEJIDO DURO	CODIGO	EMERGENCIAS OPERATORIAS Y/O PROTESICAS
A1	Estomatitis	B1	Lesiones de las fibras periodontales	C1	Fractura en protesis completa
A2	Impacto alimenticio	B2	Trauma dentoalveolar	C2	Fractura en PPR
A3	Pericorontis aguda	B3	Hiperemia pulpar	C3	Perdida de un diente no involucrado en el soporte
A4	Laceracion	B4	Hipersensibilidad dental	C4	Perdida de un diente pilar
A5	Gingivitis necrosante aguda	B5	Pulpitis irreversible aguda	C5	Fractura de carilla de porcelana
A6	Pericorontis + GUNA	B6	Periodontitis apica aguda	C6	Fractura de retenedores intrarradiculares
A7	Absceso gingival agudo	B7	Sindrome del diente agrietado	C7	Fractura de material cosmetico
A8	Quiste de la erupcion	B8	Absceso periodontal agudo	C8	Desalojo de obturación
A9	Dolor miofacial	B9	Trauma oclusal agudo	C9	Descementaciones
A10	Hemorragia	B10	Alveolitis		
A11	Edema	B11	Trauma maxilofacial		
A12	Contusión	B12	Dislocacion aguda del maxilar		
A13	Abrasión de la mucosa	B13	Capsulitis y sinovitis		
A14	Gingivoestomatitis herpetica aguda	B14	Retrodisquitis		

ANEXO 1 Elaborado por el grupo investigador para la codificación de los datos, siguiendo el orden que lleva el expediente diagnostico de la FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

ANEXO 2

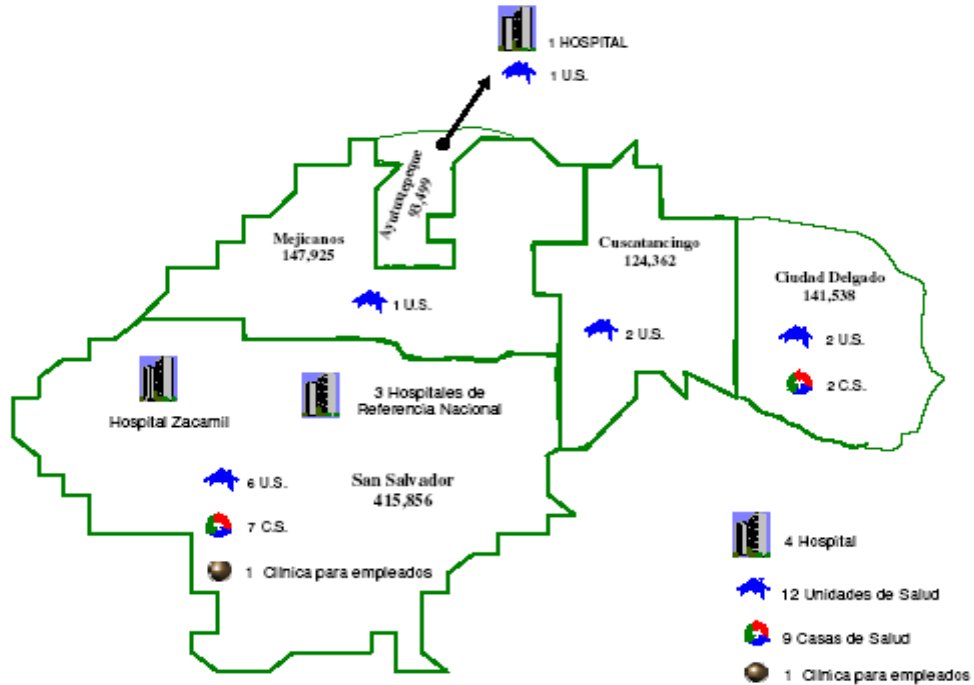


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
UNIDAD DE INFORMACIÓN EN SALUD



Población y Establecimientos de Salud por Municipios SIBASI CENTRO (San Salvador)

Total Población 2,005: 923,180



Convenios establecidos

Municipios	SIBASI	Población cedida	Municipio que recibe
Ciudad Delgado	Centro	20,922	Soyapango
Ciudad Delgado	Centro	6,654	Apopa
Ciudad Delgado	Centro	900	Tonacatepeque
San Salvador	Centro	3,520	Tonacatepeque
Mejicanos	Centro	45,877	Ayutuxtepeque
Mejicanos	Centro	13,351	Cuscatancingo
San Salvador	Centro	88,290	SIBASI Sur

Fuente:
Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE ODONTOLOGÍA COORDINACIÓN GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN



“CUESTIONARIO PARA ODONTÓLOGOS DE LAS
UNIDADES DE SALUD DEL SIBASI SAN SALVADOR CENTRO”

“TIPOS DE EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS MAS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD DEL SIBASI SAN SALVADOR CENTRO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DE 2005”

OBJETIVO:

Recolectar información sobre la atención de emergencias odontológicas en las unidades de salud.

INDICACIONES:

1. Leer cuidadosamente las preguntas.
2. En las preguntas de selección, marque con una “X “ la respuesta que considere conveniente.
3. Si necesita explicar, favor sea lo mas conciso y objetivo posible.
4. Agradecemos de antemano su valiosa colaboración. Se considera como emergencia odontológica cualquier situación que afecta al individuo, ya sea en el campo patológico, psicológico o social aunque estas situaciones no comprometan su vida, sin embargo son consideradas por el paciente una necesidad prioritaria.

CUESTIONARIO

1. Seleccione del siguientes listado, cuales son las Emergencia odontológicas que se presentan en esta unidad de salud :

Estomatitis		Trauma dentoalveolar		Fractura de protesis completa	
Empaquetamiento alimenticio		Hiperemia pulpar		Fractura de PPR	
Pericoronitis aguda		PAAS		Perdida de diente pilar	
Laceración		Hipersensibilidad dental		Pérdida de un diente no involucrado en el soporte o en la restauración	
GUNA		Abseso periodontal agudo		Descementación de restauraciones definitivas, provisionales y retenedores intraradiculares	
Pericoronitis mas GUNA		Trauma oclusal agudo		Fractura de retenedores intraradiculares	
Abseso gingival agudo		Alveolitis		Desalojo de obturación	
Quiste de la erupción		Trauma de los Maxilares		Fractura de carillas de porcelana	
Dolor Miofacial		Dislocación aguda del Maxilar		Hemorragia	
Desordenes articulares		Edema		Artralgia	
Lesiones de fibras periodontales.					

2. ¿En esta Unidad de Salud se realizan tratamientos para solventar las emergencias odontológicas?

SI

NO

AVECES

Explique: _____

3. ¿Cuáles son los tratamientos que se brinda a las diferentes emergencias odontológicas en esta Unidad de Salud?

4. Si se le presenta una emergencia odontológica en la cual considera necesario remitir al paciente a una institución especializada, usted hace lo siguiente:

1. Da tratamiento a la emergencia y luego remite

2. Da medicación y luego remite

3. Da la referencia

5. ¿En qué casos considera necesario remitir al paciente? Mencione al menos tres ejemplos: _____

6. Enumere los programas de atención Odontológica que tiene el MSPAS, para el abordaje de Emergencias Odontológicas.

7. ¿Qué tratamiento realizaría en la unidad de Salud si se le presentara alguno de los siguientes situaciones clínicas?

Alveolitis _____

Pericoronitis _____

Pulpitis Irreversible aguda _____

Síndrome del diente fisurado _____

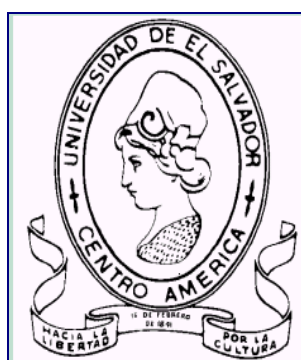
Avulsión de un diente deciduo _____

Abseso Periodontal Agudo _____

8. ¿Cuáles son las limitantes con las que se enfrenta para tratar las diferentes emergencias Odontológicas?

ANEXO 4

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN GENERAL DE
PROCESOS DE GRADUACIÓN



“GUIA DE OBSERVACION SOBRE LAS EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS QUE SE PRESENTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD DEL SIBASI CENTRO (SAN SALVADOR) Y EL TRATAMIENTO QUE EL ODONTOLOGO GENERAL LE BRINDA DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DE 2005”

INDICACIONES:

- ✓ Utilizar una guía de observación por día.
- ✓ Utilizar tinta indeleble para la recopilación de datos.
- ✓ Identificar respectivamente la unidad de salud de la cual se obtendrán los datos.

GUIA DE OBSERVACION

UNIDAD DE SALUD: _____

FECHA: _____

Emergencias de tejidos orales blandos:

EMERGENCIA	PRESENCIA		Fc	TRATAMIENTO	
	SI	NO		SI	NO
1. Estomatitis					
2. Empaquetamiento alimenticio					
3. Pericoronitis aguda					
4. Laceración					
5. GUNA					
6. Pericoronitis + GUNA					
7. Absceso gingival agudo					
8. Quiste de la erupción					
9. Dolor miofacial					
10. Hemorragia					
11. Edema					

PROTOCOLO DE ATENCION DE LA EMERGENCIA:

Emergencias de tejidos orales duros:

EMERGENCIA	PRESENCIA		Fc.	TRATAMIENTO	
	SI	NO		SI	NO
1. Lesiones de la fibra periodontales					
2. Trauma dentoalveolar					
3. Hiperemia pulpar					
4. Pulpitis irreversible					
5. PAAS					
6. Síndrome del diente fisurado					
7. Hipersensibilidad dental					
8. Absceso periodontal agudo					
9. Trauma oclusal agudo					
10. Alveolitis					
11. Trauma de los maxilares					
12. Dislocación aguda del maxilar					
13. Desordenes articulares					
14. Artralgias					

PROTOCOLO DE ATENCION DE LA EMERGENCIA:

Artículo I. Emergencias protésicas:

EMERGENCIA	PRESENCIA		Fc	TRATAMIENTO	
	SI	NO		SI	NO
Fractura de prótesis completa					
Fractura de prótesis removible					
Pérdida de un diente pilar					
Pérdida de un diente no involucrado en el soporte o en la restauración					
Descementación de restauraciones definitivas, provisionales y retenedores intrarradiculares.					
Fractura de retenedores Intrarradiculares					
Desalojo de obturación					
Fractura de carilla de porcelana					

PROTOCOLO DE ATENCION DE LA EMERGENCIA:

ANEXO 5

CARTA EMITIDA A LOS DIRECTORES DE LAS UNIDADES DE SALUD Y DIRECTORES DEL AREA ODONTOLOGICA

Nombre del director (a).

Nombre de la Unidad de Salud.

Le saludamos cordialmente deseándole éxito en sus actividades profesionales y familiares. Nosotros, bachilleres egresados de la promoción 2005 de la FOUES, nos encontramos realizando nuestro trabajo de tesis para optar al grado de Doctorado en Cirugía Dental, titulado “Emergencias odontológicas que se presentan y el tratamiento en la Unidades de Salud pertenecientes al SIBASI CENTRO (San Salvador) por lo cual solicitamos su permiso para visitar dicho centro de salud y a la vez de permanecer por un lapso no mayor a una semana del mes de diciembre para desarrollar una guía de observación y paso de cuestionario a los odontólogos. Para la recolección de datos que serán de gran utilidad para nuestra investigación. Esperando una respuesta favorable y deseando bendiciones nos despedimos

Atentamente

F. _____

Br. Carmen Elena Henríquez Arévalo.

F. _____

Br. Yamilet Marisol Moncada.

F. _____

Br. Omar Antonio Serrano Vásquez.

F. _____

Br. Eva Patricia Medrano Ponce

V.B F. _____

Dra. Ruth B. Fernández de Quezada

Docente Director

V.B F. _____

Dr. Rubén Coto Dimas

Decano de la FOUES

ANEXO 6

LISTADO DE LAS UNIDADES DE SALUD PERTENECIENTES AL SIBASI SAN SALVADOR (CENTRO), Y EL NOBRE DE SUS RESPECTIVOS DIRECTORES GENERALES Y DEL AREA ODONTOLÓGICA.

UNIDAD DE SALUD	DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR DEL AREA ODONTOLOGICA.
ZACAMIL	Dra. Mireya de Otero	Dr. Rubén de Jesús Alvarado
SAN MIGUELITO	Dr. Héctor Quintanilla	Dra. Reina Garay de Argueta
SAN ANTONIO ABAD BARRIOS	Dr. Juan F. Cobar	Dr. Manuel Amaya
CONCEPCION	Dra. Carolina Campos	Dra. Silvia de Bieytes
BARRIO LOURDES	Dra. Linda de Martínez	Dra. Karina de Bautista
VILLA MARIONA	Dra. Ivón Minero	Dra. Emely de Sáenz
MEJICANOS	Dra. Sandra C. de Lemus	Dr. Carlos Orellana
CUSCATANCINGO	Dr. Salvador Rosales	Dra. Maritza Galán.
MONSERRAT	Dra. Lisbia de Jarquín	Dra. Miriam M. de Sandoval
CIUDAD DELGADO	Dra. Silvia de Rivas	Dra. Karla Monches de Rubio
MILINGO	Dr. Ángel Huevo.	Dr. Alejandro Torres
	Dr. Carlos A. Brizuela	Dra. Julissa Mena

ANEXO 6

LISTADO DE LAS UNIDADES DE SALUD PERTENECIENTES AL SIBASI SAN SALVADOR (CENTRO), Y EL NOBRE DE SUS RESPECTIVOS DIRECTORES GENERALES Y DEL AREA ODONTOLÓGICA.

UNIDAD DE SALUD	DIRECTOR GENERAL	DIRECTOR DEL AREA ODONTOLOGICA.
ZACAMIL	Dra. Mireya de Otero	Dr. Rubén de Jesús Alvarado
SAN MIGUELITO	Dr. Héctor Quintanilla	Dra. Reina Garay de Argueta
SAN ANTONIO ABAD BARRIOS	Dr. Juan F. Cobar	Dr. Manuel Amaya
CONCEPCION	Dra. Carolina Campos	Dra. Silvia de Bieytes
BARRIO LOURDES	Dra. Linda de Martínez	Dra. Karina de Bautista
VILLA MARIONA	Dra. Ivón Minero	Dra. Emely de Sáenz
MEJICANOS	Dra. Sandra C. de Lemus	Dr. Carlos Orellana
CUSCATANCINGO	Dr. Salvador Rosales	Dra. Maritza Galán.
MONSERRAT	Dra. Lisbia de Jarquín	Dra. Miriam M. de Sandoval
CIUDAD DELGADO	Dra. Silvia de Rivas	Dra. Karla Monches de Rubio
MILINGO	Dr. Ángel Huevo.	Dr. Alejandro Torres
	Dr. Carlos A. Brizuela	Dra. Julissa Mena

ANEXO 7

CUANDO SE PRESENTA UN CASO DE ALVEOLITIS, EL ODONTÓLOGO HACE LO SIGUIENTE:

VARIABLE:

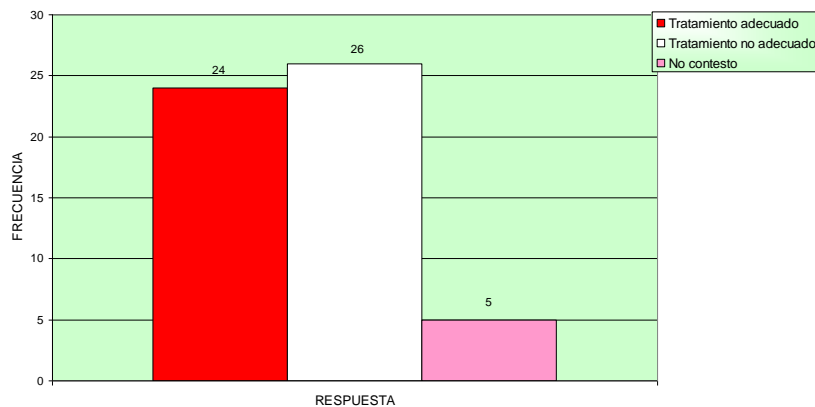
- Conocimiento teórico
 - Abordaje adecuado Odontológicas
- no válido.**

INDICADOR:

- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos
- Protocolo que realiza al tratar las emergencias. **¡Error! Vínculo no válido.**

Según los resultados obtenidos el 43.64% de los odontólogos encuestados efectúa tratamientos adecuados al presentarse le un caso de alveolitis, no obstante el 47.27% realiza tratamientos no adecuados o incompletos ante esta misma situación, por otra parte el 9.09 no contestó.

GRAFICA
CUANDO SE PRESENTA UN CASO DE ALVEOLITIS, EL ODONTÓLOGO HACE LO SIGUIENTE:



ANEXO 9

CUANDO SE PRESENTA UN CASO DE PERICORONITIS AGUDA, EL ODONTÓLOGO HACE LO SIGUIENTE:

VARIABLE:

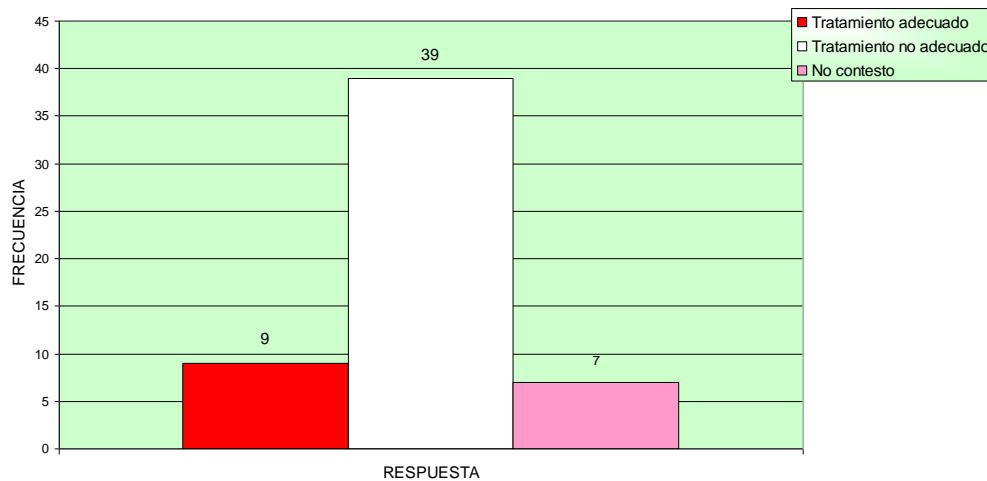
- Conocimiento teórico
- Abordaje adecuado Odontológicas

INDICADOR:

- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos
- Protocolo que realiza al tratar las emergencias.

El 70.91% de los odontólogos encuestados brinda un tratamiento no adecuado, mientras que únicamente el 16.36% brinda un tratamiento adecuado o completo, un 12.73% no contestó.

GRAFICA
CUANDO SE PRESENTA UN CASO DE PERICORONITIS AGUDA,
EL ODONTÓLOGO HACE LO SIGUIENTE:



ANEXO 10

CUANDO SE PRESENTA UN CASO DE PULPITIS IRREVERSIBLE, EL ODONTÓLOGO HACE LO SIGUIENTE:

VARIABLE:

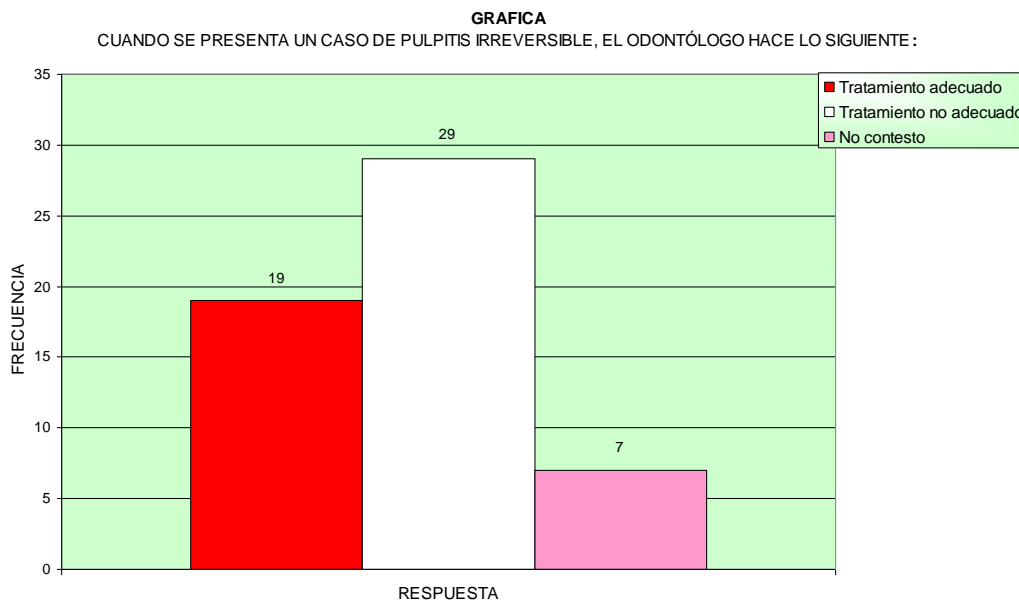
- Conocimiento teórico
- Abordaje adecuado Odontológicas

INDICADOR:

- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos
- Protocolo que realiza al tratar las emergencias.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tratamiento adecuado	19	34,55
Tratamiento no adecuado	29	52,73
No contesto	7	12,73
TOTAL	55	100

El 52.73% brinda un tratamiento no adecuado, el 34.55% un tratamiento adecuado, mientras que el 12.73% no contestó.



ANEXO 11

CUANDO SE PRESENTA UN CASO DE SÍNDROME DE DIENTE FISURADO, EL ODONTÓLOGO HACE LO SIGUIENTE:

VARIABLE:

- Conocimiento teórico

- Abordaje adecuado

Odontológicas

INDICADOR:

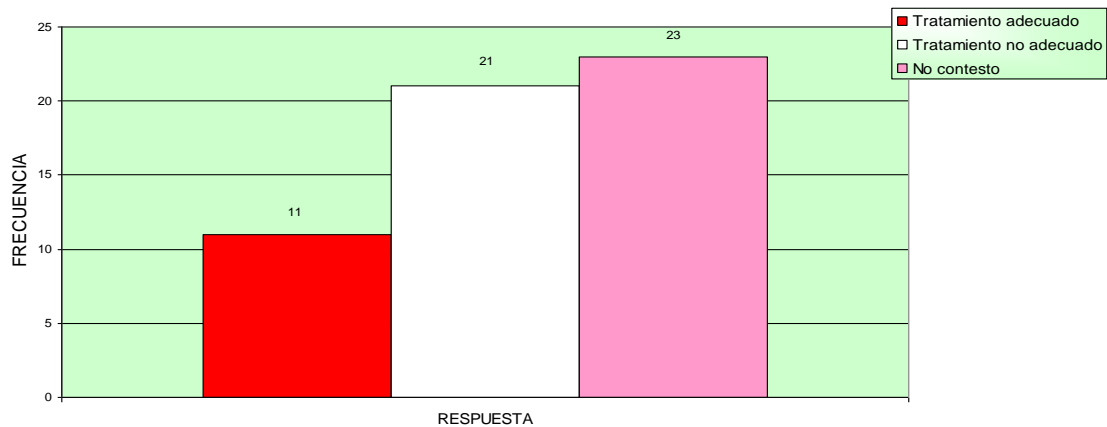
- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos

- Protocolo que realiza al tratar

las emergencias.

¡Error! Vínculo no válido. Según los datos obtenidos el 38.18% de los encuestados realiza un tratamiento no adecuado o incompleto, el 41.82% no contestó y únicamente el 20.00% brinda un tratamiento adecuado, notándose gran deficiencia.

GRAFICA
CUANDO SE PRESENTA UN CASO DE SÍNDROME DE DIENTE FISURADO, EL ODONTÓLOGO HACE LO SIGUIENTE:



ANEXO 12

CUANDO SE PRESENTA UN CASO DE AVULSIÓN DE DIENTE DECIDUO, EL ODONTÓLOGO HACE LO SIGUIENTE:

VARIABLE:

- Conocimiento teórico

- Abordaje adecuado

Odontológicas

INDICADOR:

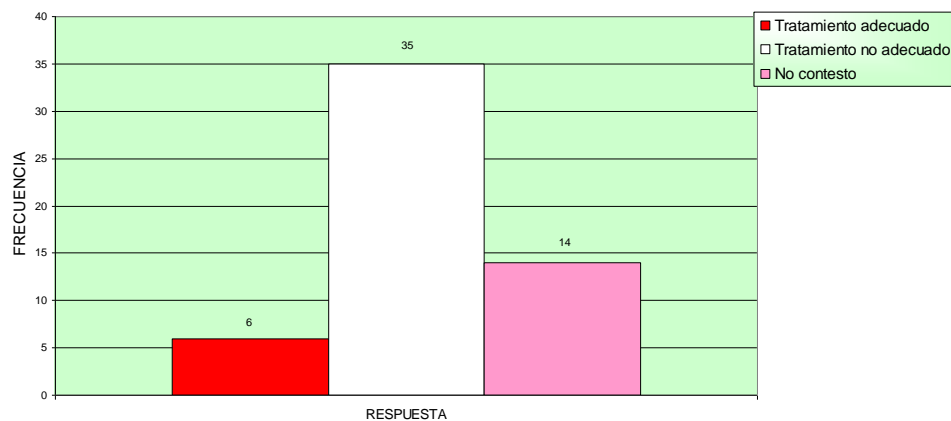
- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos

- Protocolo que realiza al tratar las emergencias.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tratamiento adecuado	6	10,91
Tratamiento no adecuado	35	63,64
No contesto	14	25,45
TOTAL	55	100

El 63.64% de los encuestados brinda un tratamiento no adecuado o incompleto, el 25.45% no contestó y el resultado menor con un 10.91% es de los odontólogos que si brindan un tratamiento adecuado o completo.

GRAFICA
CUANDO SE PRESENTA UN CASO DE AVULSIÓN DE DIENTE DECIDUO, EL ODONTÓLOGO HACE LO SIGUIENTE:



ANEXO 13

CUANDO SE PRESENTA UN CASO DE ABSCESO PERIODONTAL AGUDO, EL ODONTÓLOGO HACE LO SIGUIENTE:

VARIABLE:

- Conocimiento teórico

- Abordaje adecuado

Odontológicas

INDICADOR:

- Identificación de las diversas emergencias y sus tratamientos

- Protocolo que realiza al tratar las emergencias.

¡Error! Vínculo no válido.

El 49.09% de los odontólogos no realizaron un tratamiento adecuado o completo, el 40% un tratamiento adecuado, y el 10.91% no contestó.

