
	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 1 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		



MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA

 ELABORO: María Victoria Vargas Riobueno Coordinadora Odontología Camilo Andres Cubides Moreno Odontólogo SSO San Juanito	 REVISÁ: María Danela Sogamoso García Subgerente Asistencial	 LUIS IGNACIO BETANCOURT SILGUERO. Gerente
FECHA: 2019/09/04	FECHA: 2019/09/08	APROBADO:
Vo.Bo: Martha E. Amaya C. Oficina de Calidad	FECHA: 2019/09/12	RESOLUCIÓN No. 633 de 2019/09/16

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 2 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	3
2.	ALCANCES Y RESPONSABLES.....	3
3.	GENERALIDADES.....	3
3.1	MANEJO DEL DOLOR.....	3
3.1.1	LEVE A MODERADO:.....	4
3.1.2	MODERADO A SEVERO:.....	4
3.2	MANEJO DE LA INFECCIÓN.....	4
3.2.1	ANTIBIOTICOS VÍA ORAL.....	4
3.2.2	ANTIBIÓTICOS VÍA PARENTERAL PARA EL MANEJO AMBULATORIO... 4	4
3.3	MANEJO DE URGENCIAS ENDODONTICAS PREOPERATORIAS.....	5
3.3.1	PULPITIS REVERSIBLE.....	5
3.3.2	PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA.....	5
3.3.3	ABSCESO PERIAPICAL AGUDO PRIMARIO O SECUNDARIO.....	6
3.3.4	PERIODONTITIS APICAL AGUDA PRIMARIA O SECUNDARIA.....	7
3.3.5	MANEJO DE URGENCIAS ENDODONTICAS POSOPERATORIAS.....	8
3.4	ALVEOLITIS.....	8
3.5	PERICORONITIS.....	9
3.6	ESTOMATITIS.....	10
3.7	HIPERSENSIBILIDAD DENTAL.....	11
3.8	LA HEMORRAGIA.....	11
3.9	LA INFECCION.....	12
3.9.1	ABSCESO PERIODONTAL.....	13
3.9.2	GINGIVITIS NECROSANTE AGUDA.....	13
3.9.3	INFECCIONES ODONTOLOGICAS DE CARA Y CUELLO.....	14
3.9.4	PROCESO DE DIAGNOSTICO EN INFECCIÓN ODONTOGENICA.....	15
3.10	EL TRAUMA.....	15
3.10.1	TRAUMA OCLUSAL.....	16
3.10.2	TRAUMA MAXILOFACIAL.....	17
3.10.3	TRAUMA DENTOALVEOLAR.....	18
3.10.4	TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS.....	19
3.11	SITUACIONES DE EMERGENCIA EN EL CONSULTORIO.....	20
3.11.1	SHOCK ANAFILACTICO.....	20
3.11.2	CRISIS EPILEPTICA.....	21
3.11.3	CRISIS ASMATICA.....	22
3.11.4	PARO CARDIORESPIRATORIO.....	23
4.	FLUJOGRAMA.....	25
5.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	26
6.	BIBLIOGRAFIA.....	26
7.	REGISTRO DE CALIDAD.....	27

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON-04	Página 3 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

1. OBJETIVO

Suministrar al profesional una orientación que le brinde la posibilidad de dar una atención segura a sus pacientes en lo relacionado con el diagnóstico, prevención y registro de las complicaciones que se puedan presentar en el servicio de odontología, pueden existir urgencias o patología no descritas en esta guía para lo cual pedimos lo aprendido en su academia e investigar y estar actualizado.

2. ALCANCES Y RESPONSABLES

Aplica para los usuarios que solicitan el servicio de odontología en el centro de atención y Puestos de salud de la ESE Departamental Solución Salud.

Es responsabilidad del odontólogo (a) que labore en el servicio.

3. GENERALIDADES

El ejercicio de la profesión dentro del consultorio trae para el profesional de la salud frecuentes circunstancias inesperadas, para las cuales debe estar convenientemente preparado a fin de poder afrontarlas en la forma más adecuada posible. Los procedimientos utilizados en odontología sobre el paciente pueden desencadenar reacciones sorprendentes, que van desde el estado de tensión emocional, explicable en la mayoría de los casos, hasta situaciones graves que pueden ponerlo en serios aprietos. La previsión del profesional, pero sobre todo su preparación y habilidad, son condiciones que lo ayudan a sortear con éxito la mayoría de las contingencias.

La urgencia odontológica generalmente requiere manejo del dolor y tratamiento antibiótico en caso de infección, como norma general tenemos diferentes opciones terapéuticas en el manejo de dolor y la infección. El profesional debe elegir cuál es la más adecuada para su paciente, dependiendo si el dolor es leve, moderado y/o severo. También es importante decidir dependiendo el trauma si solamente administrar analgésicos orales o es necesario administrar antibióticos. En el manejo de la infección debe decidir si la terapia es solamente oral o si requiere terapia parenteral (I.M.).

3.1 MANEJO DEL DOLOR

Se considera como un mecanismo de protección o, mejor aún, como un aviso de que existe una anomalía orgánica en un momento determinado.

Se recomienda entre los medicamentos del POS:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON-04	Página 4 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

3.1.1 LEVE A MODERADO:

AINES: Acetaminofén 500mg c/6 horas, Naproxeno 250mmg c/12 horas, Ibuprofeno 400-600 mg c/6 horas.

3.1.2 MODERADO A SEVERO:

- Iniciar terapia por vía intramuscular por prescripción médica según dolor.

3.2 MANEJO DE LA INFECCIÓN.

Los antibióticos son sustancias químicas que inhiben el crecimiento bacteriano y se obtiene de otros microorganismos.

Es importante recordar que el uso de antibióticos se debe emplear en casos estrictamente necesarios.

Para la correcta elección de un antibiótico debemos tener en cuenta:

- Un correcto diagnóstico clínico y microbiológico.
- Conocer en antimicrobiano que se va a prescribir y saber si el microorganismo es sensible.
- La localización de la infección.
- Las características del paciente como por ejemplo: edad, función renal y hepática.
- Costo del antimicrobiano.

Se recomienda entre los medicamentos del POS:

3.2.1 ANTIBIOTICOS VÍA ORAL



Las Penicilinas se han considerado tradicionalmente antibióticos de elección en infecciones bucodentales.

Se recomienda:

Amoxicilina 500mg c/8 horas, Clindamicina 600mg c/8 horas, Metronidazol 250-500 mg c/8 horas(infecciones periodontales).

3.2.2 ANTIBIÓTICOS VÍA PARENTERAL PARA EL MANEJO AMBULATORIO

Clindamicina – 600mg c/8 – 12 horas I.M.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 5 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

3.3 MANEJO DE URGENCIAS ENDODONTICAS PREOPERATORIAS

Aproximadamente el 90% de los pacientes que requieren tratamiento para el dolor dental presentan un problema pulpar y/o periapical, lo que representa un componente fundamental del ejercicio del odontólogo y cualquier servicio de odontología.

Para asegurarse que el paciente de urgencia reciba una asistencia apropiada es fundamental seguir los principios básicos y los métodos de diagnóstico exacto. El Diagnóstico o tratamiento incorrectos no alivian el dolor y de hecho agravan la situación esto puede ser malinterpretado por el paciente y refuerza la tergiversada idea del paciente acerca de que el tratamiento de endodoncia es el más doloroso y menos deseable de todos los procesos dentales.

3.3.1 PULPITIS REVERSIBLE



- Suprimir la causa de la irritación dentinaria (caries, restauraciones defectuosas, abrasiones cervicales).
- Lo más indicado es la obturación definitiva, pero si el tiempo no es suficiente la obturación con cemento temporal se puede realizar.
- Mantener en observación y evaluación posterior durante un par de semanas.
- Deben realizarse las pruebas diagnósticas durante los controles posteriores.
- En casos de hipersensibilidad dentinaria posterior a la terapia básica, pulir con copa de caucho y piedra pómez, aplicar Fluoruro de Na al 2% por 4 minutos en la superficie seca. Formular crema dental desensibilizante.

3.3.2 PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA

- Anestesia
- Se recomienda aislamiento absoluto opcional: Aislamiento relativo usando retractores de lengua y algodones y succión adecuada.
- Extirpación del tejido pulpar inflamado que está provocando la sintomatología, dependiendo del diente se puede realizar pulpectomía o pulpotomía

PULPECTOMIA:

1. **Unirradiculares:** debido a lo amplio del conducto, se puede realizar con relativa facilidad
2. **Multirradiculares:** si existe dolor a la percusión, la sola pulpectomía del conducto más amplio, palatino para los molares superiores o distal para los molares inferiores, es suficiente para eliminar el dolor.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 6 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

PULPOTOMIA:

1. **Multirradiculares:** Si no existe dolor a la percusión
2. **Dientes permanentes con formación radicular incompleta:** Pulpotomía vital: remoción coronal de tejido pulpar y colocación de Ca (OH)₂ para mantener la vitalidad, así el tejido pulpar se encuentre severamente afectado se debe conservar un muñón pulpar vital en la porción apical del conducto que garantice la completa formación radicular
 - Se recomienda no intentar introducir limas en los conductos estrechos si éstos no van a ser preparados de una vez, ya que se lesionaría el tejido pulpar remanente, pudiendo agudizar el cuadro
 - Sellado de la cavidad con cemento temporal
 - Medicación analgésica

Se debe indicar al paciente la necesidad de asistir lo más pronto posible a consulta programada para finalizar el tratamiento.

3.3.3 ABSCESO PERIAPICAL AGUDO PRIMARIO O SECUNDARIO

Es un cuadro en el que se produce una supuración de forma rápida en el periapice. Se acompaña de una reacción severa localizada y en ocasiones generalizada.

Es causado generalmente debido a invasión bacteriana del tejido pulpar necrótico aun cuando también puede ser resultado de trauma o de irritación química o mecánica.

SINTOMAS

- Dolor severo, pulsátil.
- Con o sin hinchazón facial.
- Fiebre.
- Dolor a la percusión.
- Sensibilidad en el diente.
- El diente se siente elongado, doloroso y móvil, afectando igual a los dientes vecinos.
- Puede causar: osteítis, periodontitis, celulitis u osteomielitis.

Drenaje a través de conducto:

1. Realizar apertura de cámara pulpar con lo que se logra drenaje del exudado
2. Se puede ayudar haciendo una leve presión dactilar a nivel apical del diente y succionar el fluido,

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 7 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		



3. Irrigación abundante con hipoclorito de sodio al 5.25%, removiendo los restos necróticos y detritus del interior del conducto
4. Preparación Corono apical ver sección tratamiento dientes necróticos
5. Secar con conos de papel estériles,
6. Si lo considera necesario, medicación antibiótica y analgésica ver manejo farmacológico
7. Sellar la cavidad de acceso.
8. Si continúa drenando a través de conducto y no puede ser secado coloque hidróxido de calcio y selle la cavidad de acceso.

Drenaje por incisión

1. Se indica cuando el edema es localizado y fluctuante.
2. La incisión recomendada es vertical (brinda una recuperación más rápida comparada con la horizontal), debe llegar hasta el periostio, y es en la base de la tumefacción, a fin de que el exudado fluya ayudado por la gravedad
3. Se debe explorar con una pinza hemostática o una cureta el interior de la tumefacción para romper y hacer fluir el exudado atrapado entre los tabiques del tejido.
4. El uso de dispositivos para mantener el drenaje no está indicado en edemas intraorales localizados o difusos ni extraorales leves.
5. La inserción de estos dispositivos se indica solamente en casos que presentan una celulitis de moderada a severa u otros signos de un proceso infeccioso agresivo
6. Control del paciente de 24 a 48 horas después de realizar la intervención
7. Recomendaciones: dieta blanda, hidratación y buena higiene oral
8. Prescripción de antibióticos
9. Una inflamación difusa se puede convertir en una urgencia médica debido a complicaciones con compromiso vital potencial como celulitis
10. En individuos que muestren signos de toxicidad, alteraciones del SNC o complicaciones respiratorias se debe considerar su inmediata hospitalización.

3.3.4 PERIODONTITIS APICAL AGUDA PRIMARIA O SECUNDARIA

- Anestesia
- Utilizar la técnica corono-apical ver sección de tratamiento
- Utilizar Limas de calibre intermedio 20 - 25
- Limitar el desbridamiento y ensanchado de 2 a 3 milímetros del ápice radicular obteniendo una longitud tentativa.
- **Evitar movimientos de impulsión:** Durante la preparación lo que puede ocasionar el transporte de detritus al periápice y agravar la situación del paciente

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 8 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

- Emplear abundante solución irrigante (hipoclorito de sodio) que ayude a remover el contenido del conducto.
- Ambientar conductos con hidróxido de calcio.
- sellar la cavidad con cemento temporal.
- Control de oclusión.
- Comunicarle al paciente que posiblemente seguirá sintiendo dolor en las próximas horas (48 horas).
- Mediar analgésico.

3.3.5 MANEJO DE URGENCIAS ENDODONTICAS POSOPERATORIAS

CAUSAS

- Agudización de una patología periradicular tras la iniciación o continuación de un tratamiento endodóntico.
- Irritantes del conducto radicular: bacterias, subproductos bacterianos, tejido pulpar necrótico y cualquier antígeno que penetre conducto y tejidos periapicales.
- Factores terapéuticos iatrogénicos: sobre instrumentación o subinstrumentación, soluciones irritantes, medicamentos intraconducto, debridación incompleta, hiperoclusión.
- Factores del huésped: edad, dolor preoperatorio, tamaño de la lesión y presencia de fístula, diente involucrado.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

- Tener en cuenta los conceptos de limpieza y conformación de los conductos utilizando la técnica corono – apical
- Evitar dejar los dientes abiertos, para prevenir futuras complicaciones, debido a que estos dientes abiertos implican que frecuentemente se den agudizaciones durante el tratamiento endodóntico
- La obturación temporal colocada en infra oclusión o el ajuste selectivo de cúspides pueden ser unas medidas preventivas ya que un cemento sobrecontorneado o en hiperoclusión puede causar dolor periapical.
- Medicación.

3.4 ALVEOLITIS

GENERALIDADES

- Esta lesión conocida también como alveolo seco, osteítis alveolar, osteomielitis alveolar localizada aguda, es una reacción inflamatoria que ocurre en el alveolo dentario.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 9 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

- Es la más común de las complicaciones durante la cicatrización de una exodoncia.
- La lesión es una osteomielitis focal en la cual el coagulo se ha perdido o deteriorado, exponiendo el hueso alveolar y causando el dolor.
- Es más frecuente después de las extracciones difíciles o traumáticas.

EXAMEN CLINICO

- El paciente sufre dolor localizado que se presenta 1-3 días después de la extracción.
- En el examen clínico se observa que el alveolo presenta en su interior coágulos oscuros desorganizados, ausencia de secreción y parte de las paredes óseas expuestas.
- El más leve contacto sobre el interior de la herida aumenta dramáticamente el dolor y hay halitosis.

TRATAMIENTO



- El tratamiento es sintomático y consiste en la irrigación suave, con solución salina o algún antiséptico.
- Eliminación de cuerpos extraños como espículas óseas, restos dentarios o materiales de obturación, con una cureta y sin raspar las paredes
- Protección del alveolo con tira de gasa yodoformada, de tal manera que haya contacto con toda la pared alveolar y ejerza su efecto antiséptico y calmante, para lo cual se deja en su lugar uno o dos días, cambiándose varias veces hasta que las paredes óseas se cubran con el tejido de granulación; entre uno y otro cambio de apósito se debe irrigar y eliminar los secuestros óseos desprendidos.
- Aunque el tratamiento local aliviara los síntomas de la alveolitis, es recomendable el empleo de analgésicos en sus primeras etapas.
- Por lo general, la normalización de la cicatrización ocurre entre 7 y 10 días después de la aparición de los síntomas.
- Se prescribe analgésicos para el dolor severo.

3.5 PERICORONITIS

GENERALIDADES

Es la infección que se presenta alrededor de la corona de diente incompletamente erupcionado.

Es un área con alto potencial de infección frecuentemente traumatizada por los dientes antagonistas; su morfología, a manera de tapa, cubre parcialmente la

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 10 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

cripta dentaria, dificultando la higiene oral adecuada y favoreciendo la proliferación de microorganismos y acumulación de irritantes.

EXAMEN CLINICO

Durante la erupción de los dientes, la superficie oclusal se encuentra cubierta por una porción de tejido gingival, que se conoce como capuchón pericoronario u opérculo, el cual puede persistir después de terminar el proceso eruptivo y permanecer asintomático.

TRATAMIENTO

- Eliminación de irritantes como palca bacteriana y restos alimenticios con una cureta
- Irrigación con agua o solución salina mediante el uso de la jeringa es útil para remover los residuos que se encuentran debajo del capuchón.
- Se recomienda enjuagues frecuentes con solución salina tibia o agentes antisépticos (clorhexidina/Listerine)
- Algunas veces establecer un drenaje
- Prescripción de antibióticos si hay compromiso sistémico

3.6 ESTOMATITIS

GENERALIDADES

Se conoce como estomatitis la reacción inflamatoria que afecta la mucosa bucal. Es causa frecuente de dolor.

TIPOS

- Estomatitis aftosa recurrente: Se presenta con dolor, se observan úlceras únicas o múltiples, cubiertas por un material blanco amarillento con margen bien circunscrito, rodeadas por halo eritematoso, afecta la mucosa de revestimiento
- Estomatitis alérgica: Es una reacción de hipersensibilidad; raras veces se acompaña de prurito. La mucosa se nota edematosa y con frecuencia presenta vesículas y ulceraciones. Es inespecífica y no se identifica fácilmente.
- Estomatitis tóxica: Se presenta con dolor y ardor de diferente intensidad. Hay edema y eritema que ocurre después de la aplicación local de alguna sustancia perjudicial.
- Estomatitis por quimioterapia: se manifiesta con dolor y ardor y sensibilidad al contacto. La mucosa esta eritematosa, hay glositis y ulceraciones en la mucosa

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 11 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

de revestimiento, acompañadas por quelosis y ulceraciones en la región perioral.

- Estomatitis nicotínica: se presenta con ligera hiperestesia, en etapas iniciales. Hay enrojecimiento e inflamación del paladar y posteriormente toma aspecto nodular y color blanco, con puntos rojos en el centro de cada nódulo.

TRATAMIENTO

Para la estomatitis aftosa recurrente:

- El tratamiento es paliativo del dolor, en algunos casos en necesario el uso de analgésicos y sedantes.
- Los corticoesteroides, aplicados localmente, como pomadas, en orabase, o enjuagues, junto con anestésicos y antisépticos, reducen el tiempo de curación de lesiones.
- Se ha usado TETRACICLINA tópica, disolviendo 1 Cap. De 250 mg en 5 cm³ de agua para hacer enjuagues 4 veces/día.

Para el tratamiento de las otras formas de estomatitis, además de controlar el dolor, se debe identificar y eliminar el agente causante

3.7 HIPERSENSIBILIDAD DENTAL

GENERALIDADES

Se denomina a la sensibilidad exagerada de los dientes. Es un motivo frecuente de la consulta de urgencias.

CLINICAMENTE

Hay dolor, generalmente de corta duración, el cual se desencadena con el frío, calor, alimentos ácidos, salados o al contacto.



TRATAMIENTO

Posterior a la terapia básica, realizar profilaxis con piedra pómez, aplicar Fluoruro de Na al 2% por 4 minutos en la superficie seca.

3.8 LA HEMORRAGIA

GENERALIDADES

- La palabra hemorragia viene del griego **haima**: sangre, y **regnyñar**: reventar. Es sencillamente el flujo de la sangre fuera del sistema vascular.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON-04	Página 12 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

- La hemorragia en cavidad oral se produce como parte normal del acto quirúrgico, por laceraciones originadas en traumatismos o espontáneamente a causa de enfermedades que alteren los diversos factores que intervienen en el proceso normal de coagulación. Debe tenerse un conocimiento adecuado del proceso biológico de coagulación y de los procedimientos técnicos que se utilizan para el control de la hemorragia o hemostasia.
- Cuando se va a intervenir quirúrgicamente, el paciente debe tener una historia clínica minuciosa que descarte antecedentes de trastorno de coagulación sanguínea o de enfermedades que puedan influir sobre en los factores vasculares, plaquetario o plasmático de dicho proceso de coagulación. Si hay algún antecedente, el paciente debe ser estudiado y preparado por el hematólogo para la intervención quirúrgica.
- Si la hemorragia sobrepasa ciertos límites y no es controlada se compromete el estado general del paciente produciendo hipovolemia e hipoperfusión de los tejidos que puede conducir al estado de shock, la más seria complicación de la hemorragia.



MANEJO

- Se requiere un control riguroso con el fin de obtener una zona seca para prevenir la formación de hematomas que puedan infectarse o involucrar áreas vitales para el paciente.
- El control de la hemorragia se obtiene con diversas maniobras y elementos cuando el paciente no tiene alteraciones de la coagulación como se anotó anteriormente.
- La presión es la primera maniobra que se realiza y debe ser directamente en el sitio sangrante o en puntos donde se localice el vaso principal que conduce a la zona donde está la hemorragia.
- Si no se logra el control con la presión se procede a ubicar el vaso sangrante para ocluirlo directamente por medio de pinzas hemostáticas y aplicación de ligaduras

3.9 LA INFECCION

Las infecciones de la cavidad oral son odontógenas y no odontógenas.

- **Odontógenas:** Son las usualmente relacionadas directamente con el diente y así sea ocasionalmente, pueden originar complicaciones graves, incluso con peligro de la vida. Entre estas se mencionan las caries dentales, las pulpitis, los abscesos periapicales, las gingivitis, las infecciones periodontales y del espacio aponeurótico profundo. Pueden producir extensión intracraneal, retrofaringea, lesiones pericárdicas y pulmonares, artríticas, en fin por siembras a distancia pueden llegar a originar sepsis de la más variada naturaleza.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 13 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

- **No odontógenas:** se mencionan la estomatitis, infecciones de las glándulas salivares, son manifestaciones o de lesiones primarias de vecindad o de problemas relacionados con la boca.

COMPLICACIONES DE LAS INFECCIONES ODONTÓGENAS

Las complicaciones de las infecciones odontógenas pueden ocurrir por vía hematógena o por extensión directa. Es bien conocido el riesgo de bacteremias o septicemias después de extracciones de dientes infectados o de procedimientos dentales sépticos por descuido del odontólogo en el uso de sus manos, instrumentos o materiales contaminados.

SITUACIONES ESPECÍFICAS:

3.9.1 ABSCESO PERIODONTAL

GENERALIDADES

Es un proceso destructivo que se produce como consecuencia de la obstrucción de un saco periodontal que permite la acumulación del exudado inflamatorio que drena a través de la bolsa; este material infeccioso infiltra los tejidos adyacentes, atravesando el epitelio del saco.

CLINICAMENTE



Se presenta en pacientes con enfermedad periodontal preexistente; hay dolor, el diente afectado por lo general presenta movilidad, sensibilidad a la percusión y sensación de alargamiento; en la encía o mucosa adyacente y ocasionalmente a uno o dos dientes de distancia se presenta inflamada.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en buscar drenaje, bien sea a través del surco o si fuera necesario mediante incisión; debe hacerse un cuidadoso raspado y alisado radicular; se recomienda la irrigación con agentes antimicrobianos.

El uso de antibióticos se recomienda en pacientes con compromiso sistémico como los pacientes diabéticos o inmunosuprimidos.

3.9.2 GINGIVITIS NECROSANTE AGUDA

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 14 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

GENERALIDADES

Es una infección oportunista de origen bacteriano, que afecta la encía. Puede aparecer como un signo temprano de diversas enfermedades con serio compromiso sistémico.

CLINICAMENTE

Presenta dolor, necrosis y ulceración en la papila interdental, sangrado espontáneo al contacto, hay presencia de pseudomembranas y halitosis.

TRATAMIENTO

Se trata con desbridamiento mecánico suave bajo anestesia, enjuagues con una parte de agua oxigenada y una parte de agua tibia.

Si hay compromiso sistémico o del estado general, es recomendable el uso de antibióticos.

3.9.3 INFECCIONES ODONTOLÓGICAS DE CARA Y CUELLO

GENERALIDADES

Los procesos infecciosos relacionados con los dientes son causados por afecciones del tejido pulpar o el periodontal. La infección se disemina al tejido óseo y de allí a la región bucal o a los espacios aponeuróticos de la cara y el cuello, lo cual depende de las inserciones musculares. Si el proceso infeccioso se disemina por encima de la inserción muscular en el maxilar, se disemina hacia la piel y si se disemina por debajo, se formará un absceso bucal.

CLASIFICACION Y VIAS DE ABORDAJE

Las infecciones se clasifican según la localización anatómica. La infección se disemina por vía linfática y sanguínea y en forma directa al subperiostio o hacia los espacios aponeuróticos de acuerdo con las inserciones musculares (Espacios para alveolares, espacio maxilar superior o canino, espacio maxilar inferior o mentoniano, espacio faríngeo lateral, espacio retrofaríngeo)



TRATAMIENTO

El tratamiento depende del estado en que se encuentra el proceso infeccioso.

EDEMA (INICIAL): Terapia antibiótica y eliminación de la causa.

INFILTRADO (INTERMEDIO): Terapia antibiótica y eliminación de la causa

ABSCESO (FINAL): Terapia antibiótica, drenaje y eliminación de la causa.

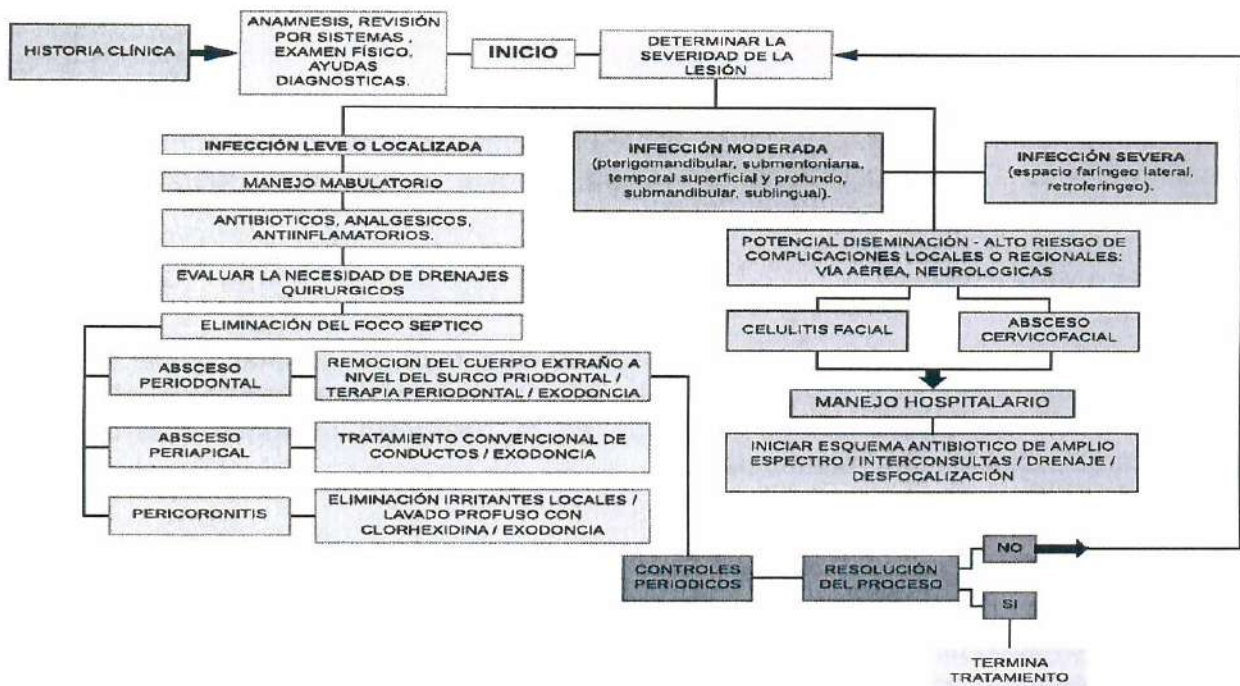
	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 15 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

CELULITIS: Terapia antibiótica y posible manejo intrahospitalario. Posteriormente de restablecimiento de su celulitis retirar la causa según diagnóstico, ver guías de manejo de tratamientos.

Se decide manejo hospitalario cuando el paciente presenta:

- Cuadros febriles mayor de 38.5°C
- Cuadros de deshidratación.
- Cuadros de desnutrición.
- Cuadros de trismus severos
- Signos de dificultad respiratoria.
- Cuadro hemático con una leucocitosis por encima de 12000
- Dificultad de obtener una adecuada anestesia local.

3.9.4 PROCESO DE DIAGNOSTICO EN INFECCIÓN ODONTOGENICA



Dr. Duarte Germán, odontólogo Colegio Odontológico Colombiano. Cirujano Oral y Maxilofacial. Universidad de Buenos Aires, Argentina., Seminario Infecciones cervico-faciales

3.10 EL TRAUMA

El paciente traumatizado, dentro del concepto de atención integral, debe someterse no solo a la rigurosa revisión general, sino a la corrección de trastornos

Dr. Duarte Germán, odontólogo Colegio Odontológico Colombiano. Cirujano Oral y Maxilofacial. Universidad de Buenos Aires, Argentina., Seminario Infecciones cervico-faciales.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 16 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

inherentes a la emergencia misma, como dificultad respiratoria, pérdida de sangre, dolor intenso, entre otras, con criterios bien definidos y la necesaria destreza para no perder innecesariamente tiempo en detrimento de la vida.

3.10.1 TRAUMA OCLUSAL

GENERALIDADES

El trauma oclusal es una de las expresiones utilizadas para describir las alteraciones patológicas o de adaptación que ocurren en el periodonto como resultado de fuerzas excesivas producidas por los músculos de masticación.

Puede ser:

Primario: lesión del aparato de inserción, provocada por fuerzas oclusales excesivas sobre un diente o dientes con soporte periodontal normal.

Presenta: Niveles de hueso normales, niveles de inserción normales, fuerzas oclusales excesivas.

Secundario: lesión en el aparato de inserción, provocada por fuerzas oclusales normales o excesivas aplicadas sobre un diente o dientes con soporte periodontal reducido. Presenta: Pérdida de hueso, pérdida de inserción, fuerzas oclusales normales o excesivas.

EXAMEN CLINICO

Los propioceptores que se encuentran en ligamento periodontal, pulpa, músculos masticadores y ATM perciben el estímulo y se empiezan a registrar cambios en la relación intermaxilar como resultado de la respuesta muscular que origina el cambio de posición mandibular.

CARACTERISTICAS CLINICAS

- Migración dental.
- Movilidad dental.
- Desgaste dental.
- Contactos prematuros.
- Espasmos musculares.
- Trastornos de la ATM.
- Dolor a la palpación y a la percusión.
- Sensibilidad térmica.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 17 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

- Aumento del espacio del ligamento periodontal.
- Perdida de la lámina dura.
- Perdida del hueso alveolar.
- Reabsorción radicular.
- Fractura radicular.
- Radiolucidez.

TRATAMIENTO

- Ajuste oclusal.
- Verificación del acople anterior.

3.10.2 TRAUMA MAXILOFACIAL

CLASIFICACION

Fracturas de la mandíbula:


- Fractura cerrada: No se encuentra expuesta al medio externo y se puede presentar en una sola línea de fractura o en conminación.
- Fractura abierta: Se encuentra expuesta al medio externo.
- Fractura en leño verde: Hay fractura únicamente en una de las corticales, es decir no es completa.

Fracturas del tercio medio de la cara:

- Lefort I (Horizontal): El maxilar se separa de la base del cráneo.
- Lefort II (Piramidal): Pared anterior del maxilar en unión maxilomalar y huesos propios.
- Lefort III (Transversal): Pasa a través de las orbitas, base de la nariz, la región etmoidea y arcos cigomáticos.

VALORACION

- La vía aérea debe estar totalmente permeable; se deben retirar prótesis removibles y constatar que no existan cuerpos extraños o fracturas que puedan obstruir la vía aérea.
- La sangre y secreciones se deben aspirar y si la hemorragia es constante, se debe realizar la hemostasia inmediata.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 18 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

- En estas condiciones se procede a realizar la inmovilización provisional por medio de ligaduras a los dientes; si hay compromiso del tercio medio de la cara se agrega un vendaje craneomandibular.
- Finalizado el tratamiento de urgencia se remite al especialista para el tratamiento definitivo.

TRATAMIENTO

- Mantenimiento de la vía aérea
- Control de la hemorragia
- Inmovilización provisional para el control del dolor
- Profilaxis antitetánica y antibiótica en caso de fracturas abiertas
- Remisión al especialista

3.10.3 TRAUMA DENTOALVEOLAR

GENERALIDADES

El trauma Dentoalveolar se define como un impacto agresivo sobre las estructuras biológicas dentales y/o estructuras adyacentes de las cuales se deriva algún tipo de lesión.


CLASIFICACION

Traumatismos del diente:

- Fractura incompleta (sin pérdida de tejido)
- Fractura no complicada (esmalte y resina sin exposición pulpar)
- Fractura complicada de la corona (esmalte y dentina con exposición pulpar)
- Fractura no complicada de la corona y raíz (esmalte, dentina y cemento sin exposición pulpar)
- Fractura complicada de la corona y raíz (esmalte, dentina y cemento con compromiso pulpar)
- Fracturas de la raíz

TRATAMIENTO

- Fractura no complicada: Se realiza el recubrimiento dentinal con hidróxido de calcio y se coloca un apósito de cemento provisional, luego la restauración del diente
- Fractura complicada de la corona: Se trata con recubrimiento pulpar o con pulpectomía.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 19 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

- Fracturas de la raíz: Se puede indicar la extracción del segmento coronal y la extrusión ortodóntica o quirúrgica, reducción e inmovilización con férulas, todo dependerá de la gravedad de la fractura.

Traumatismos de las estructuras periodontales

- Subluxación (aflojamiento anormal sin desplazamiento del diente)
- Luxación intrusiva (desplazamiento del diente hacia el fondo del alveolo)
- Luxación extrusiva (desplazamiento parcial del diente de su alveolo)
- Luxación lateral (desplazamiento del diente hacia lingual o vestibular)

TRATAMIENTO

- Para los casos de extrusión y luxación lateral se reducen a la posición normal mediante presión digital tanto en el diente como los segmentos óseos desplazados.
- En los casos de luxación intrusiva, si la raíz se encuentra en formación, puede hacer la erupción espontánea. Si la raíz está formada en su totalidad es preferible la reposición ortodóntica.
- Se indica realizar ferulización flexible con hilo de nylon de 30lbs de presión / Fibra de vidrio / Alambre de ortodoncia para ligadura con resina de fotocurado.

Traumatismos de la estructura ósea

- Fractura conminutiva del alveolo
- Fractura de la pared alveolar
- Fractura del reborde alveolar
- Fractura de la mandíbula o el maxilar



TRATAMIENTO

- Reducción e inmovilización bajo anestesia local
- Control de la infección con profilaxis antibiótica

3.10.4 TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS

GENERALIDADES

Los traumatismos de los tejidos blandos estén o no asociados con fracturas óseas deben ser tratados adecuadamente para evitar la infección de las heridas, lo cual puede constituirse en una afección más grave que la fractura misma.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 20 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

CLASIFICACION

- Contusión
- Abrasión
- Laceración
- Heridas incisas
- Heridas penetrantes o punzantes
- Heridas por arma de fuego
- Quemaduras

TRATAMIENTO

Las contusiones, abrasiones y laceraciones se tratan con control de la hemorragia y ligadura del vaso, si se requiere, y sutura interrumpida con material no reabsorbible o de reabsorción lenta.

Las quemaduras se tratan con analgésicos, anestésicos locales y antisépticos.

3.11 SITUACIONES DE EMERGENCIA EN EL CONSULTORIO

El ejercicio de la profesión dentro del consultorio trae para el profesional de la salud frecuentes circunstancias inesperadas, para las cuales debe estar convenientemente preparado a fin de poder afrontarlas en la forma más adecuada posible. Los procedimientos utilizados en odontología sobre el paciente pueden desencadenar reacciones sorprendentes, que van desde el estado de tensión emocional, explicable en la mayoría de los casos, hasta situaciones graves que pueden ponerlo en serios aprietos. La previsión del profesional, pero sobre todo su preparación y habilidad, son condiciones que lo ayudan a sortear con éxito la mayoría de las contingencias.

3.11.1 SHOCK ANAFILACTICO



GENERALIDADES

Es una reacción alérgica, súbita, que sigue a la liberación masiva de histamina y otras sustancias vasoactivas en el organismo.

CLASIFICACION

En el shock anafiláctico se deben perseguir tres objetivos fundamentales:

- Detener la liberación de intermediarios químicos y bloquear su acción
- Garantizar una vía aérea permeable
- Normalizar el volumen circulatorio

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 21 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

TRATAMIENTO

- Interrumpir el suministro de cualquier posible agente causante.
- Solicitar ayuda
- Inyectar en el muslo lateral adrenalina 0.01 mg/kg IM. Puede repetirse cada 5-15 minutos.
- Paciente en posición supina (elevar las piernas) en casos de *shock*, en caso de vomito ponerlo en posición lateral.
- Llevar al paciente a urgencias.

3.11.2 CRISIS EPILEPTICA

GENERALIDADES

DEFINICIÓN: Es el síntoma de un trastorno cerebral caracterizado por ataques recidivantes con alteración del estado de la conciencia, de comienzo brusco y duración leve. Debe considerarse un síntoma neurológico inespecífico de sobre excitación cerebral patológica.

TERMINOLOGÍA:

- Epilepsia: Síndrome cerebral crónico, con crisis recurrentes causadas por descargas excesivas de las neuronas.
- Convulsión: contracción involuntaria de la musculatura corporal.

CLASIFICACION

Clasificación Internacional (Kyoto 1981)



Crisis parciales simples (Kioto 1981)

- Con signos motores: pérdida de la marcha, pérdida de la vocalización ó detención de la palabra.
- Con signos autonómicos: sensación epigástrica, palidez, sudoración, piloerección, dilatación pupilar.
- Con síntomas somato sensoriales visual, auditivo, olfatorio, gustativo ó vertiginoso.
- Con síntomas psíquicos: alteraciones del sueño, sensación de tiempo, miedo, ira, alucinaciones estructurales.

Crisis parciales complejas (Kioto 1981)

- Sin compromiso de la conciencia
- Con compromiso de la conciencia

Crisis generalizadas (Kioto 1981)

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 22 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

- Simples: Ausencias típicas (pequeño mal)
- Complejas: Componente clónico, atónico

CARACTERISTICAS

La crisis convulsiva se caracteriza por convulsiones bruscas, salivación intensa, pérdida de la conciencia. Su duración puede ser de 30 segundos a 1 minuto. Hay crisis convulsiva por estado epiléptico simple y estado epiléptico generalizado. Las primeras son más fácilmente manejables. Las de mayor intensidad y mayores riesgos para la vida.

MANEJO

- Proteger al paciente para que no se lesione por sus movimientos involuntarios.
- Despejar el sitio, retire la mesa del instrumental, procurar no mover al paciente del sillón durante la crisis convulsiva.
- Colocar al paciente en posición decúbito lateral.
- Se puede sujetar cuidadosamente al paciente contra el sillón y tratar de guiar sus movimientos evitando violencia.
- Para evitar que se muerda la lengua, colocar una toalla o pañuelo entre los dientes antes de que se produzcan espasmos en los músculos de la masticación.
- Si la crisis es muy repentina, no intentar retirar los instrumentos que se encuentran en la boca de forma apresurada. Estos deben ser anudados previamente con seda dental.
- Si se presenta una crisis, posponer la cita.

3.11.3 CRISIS ASMATICA

GENERALIDADES



La triada sintomática fundamental de la crisis asmática aguda está constituida por disnea, tos y broncoespasmo con sibilancias. Se puede presentar también cianosis en los labios. El cuadro de asma aguda puede presentarse ante la exposición a algún alérgeno y desencadenarse por excitación emocional.

CLASIFICACION

Nunca deben suministrarse, en caso de asma aguda, opiáceo, sedante u otras sustancias que puedan llevar al paro respiratorio.

Ante la presencia del cuadro de asma, debe liberarse al paciente de todo elemento o ropas apretadas, que dificulten su respiración.

Debe colocarse al paciente en la posición que mejor facilite su respiración.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 23 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

RECOMENDACIONES

- Conocer la estabilidad del proceso: frecuencia de las crisis y número de ingresos hospitalarios en el último año.
- Evitar ansiedad en la consulta odontológica (Premedicación ansiolítica)
- Que traiga a la consulta el inhalador que usa habitualmente.
- Corticoesteroides inhalados → riesgo de candidiasis oral
- Asmáticos graves: Uso de broncodilatadores antes del tto dental
- Precaución con la prescripción farmacológica:
 - AINEs → Ataque asmático
 - Antihistamínicos → Sequedad
 - Si paciente en Tto con teofilina → No macrólidos y ciprofloxacino

MANEJO

Ante un ataque asmático:

- Finalizar la sesión y retirar lo que tenga en la boca
- Mejorar su posición
- Inhalaciones con salbutamol (3 inhalaciones que se pueden repetir a los 20 min.)
- Pedir ayuda
- Oxígeno con presión positiva
- Inyección subcutánea de adrenalina (0.3-0.5 ml 1/1000)
- Traslado a urgencias.



3.11.4 PARO CARDIORESPIRATORIO

GENERALIDADES

Estado patológico de causa cardíaca o extracardíaca que provoca una inefectividad máxima de la función del corazón y el sistema respiratorio, lo cual se traduce en una hipo y perfusión tisular que rápidamente llevan a una hipoxia y anoxia tisular, con las consiguientes alteraciones metabólicas, que, de no ser tratadas y resueltas, se hacen incompatibles con la vida en un período de 3 a 4 minutos.

MANIFESTACIONES

- Pérdida repentina del conocimiento.
- Desaparición de los pulsos carotídeos y femorales.
- Detención de las incursiones respiratorias.
- Desaparición de los ruidos cardíacos.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 24 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		



- Palidez cutáneo-mucosa intensa.
- Cianosis.
- Ausencia de sangrado en el campo operatorio y coloración oscura de la sangre.
- Posteriormente aparece dilatación pupilar.

Debemos tener presente que un paro cardiorrespiratorio puede ser inminente cuando usted detecte algunas de estas alteraciones:



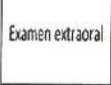
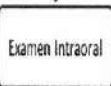



- Bradifigmia progresiva.
- Taquifigmia "intensa" de aparición brusca.
- Hipotensión arterial súbita.
- Cianosis distal.
- Bradipnea brusca.
- Polipnea brusca.
- Desviación de la mirada hacia arriba.
- Anisocoria o midriasis bilateral brusca.

MANEJO

- Debe actuar con prisa, pero ordenadamente.
- No perder tiempo, sólo cuenta con 3-4 min para salvar a su paciente.
- Dar alarma de paro.
- Colocar siempre al paciente sobre una superficie dura, en posición de decúbito supino o situar bajo la espalda del enfermo la tabla de paro; si no reanima en el sillón dental, sobre un banco o en el piso.
- Debe haber un responsable de la reanimación, que estará encargado de la ejecución correcta de las medidas básicas de reanimación.
- Garantizar el ABC de la reanimación básica:
 - A: Vía aérea - asistencia ventilatoria.
 - B: Respiración - asistencia ventilatoria.
 - C: Circulación - asistencia circulatoria.
- Comprobar reactividad del paciente.
- Solicitar ayuda.
- Paciente sobre superficie dura.
- Abrir la boca del enfermo.
- (A) abrir la vía aérea.
- Examinar si el paciente respira espontáneamente.
- (B) si no reanuda respiración espontánea, asistencia ventilatoria (boca-boca, boca-nariz, bolsa con máscara).
- Palpar pulso carotídeo.
- (C) si ausencia de pulsos centrales, iniciar masaje cardíaco externo.
- Evaluación periódica de la efectividad de las medidas de reanimación.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI-CEODON-04	Página 25 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

4. FLUJOGRAMA.

PROCEDIMIENTO		4.1 MANEJO DE URGENCIA ODONTOLOGICA				
No	FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
1		Inicio				
2		Verificar agendamiento	Odontólogo	En la llegada del paciente a consulta	Servicio de odontología	Se verifica agendamiento del paciente.
3		Recepción del paciente	Odontólogo	Una vez llega el paciente a consulta	Servicio de odontología	Saludo al paciente, identificación del mismo, realizar correcta anamnesis. Diligenciar el consentimiento informado del procedimiento indicado a realizar, si se tiene conocimiento del diagnóstico.
4		Se realiza examen clínico extraoral	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Se describen las deformaciones/tumefacciones craneales, faciales o maxilares y lesiones diversas. Dolores musculares o en tejidos blandos. Palpación de cuello para determinar la presencia de ganglios.
5		Se realiza examen clínico intraoral	Odontólogo	Paciente que acude a procedimiento	Unidad odontológica	Se describen tejidos duros y blandos, en busca de tumefacciones, lesiones en cavidad oral.
6		Se realiza diagnóstico y se dan a conocer los posibles planes de tratamiento	Odontólogo	Una vez se termina el examen intraoral y extraoral	Unidad odontológica	Se le informa al paciente el posible diagnóstico y los planes de tratamiento que se pueden realizar. Diligenciar el consentimiento informado del procedimiento indicado a realizar y autorizado por el paciente.
7		Se explica al paciente el procedimiento a realizar	Odontólogo	Una vez identificado el procedimiento a realizar.	Unidad odontológica.	Se procede a realizar procedimiento (Endodoncia, Exodoncia, Obturación, Ferulización) de acuerdo a los protocolos. Ver guías de manejo de tratamientos.
8		Registro de la atención	Odontólogo	Una vez finalizado el procedimiento.	Área de diligenciamiento de historia clínica.	Evolución de historia clínica, detallada del procedimiento que se le realizó al paciente, con fechas probables de próximo control, recomendaciones, indicaciones y medicación.
9		Fin				

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 26 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.

Concusión: Lesión menor de los tejidos periodontales, sin cambio de posición o movilidad dentaria, pero con sensibilidad a la percusión. El suministro sanguíneo a la pulpa generalmente no se afecta.

Subluxación: Lesión a los tejidos periodontales con aflojamiento o incremento en la movilidad y altamente sensible a la percusión, pero sin desplazamiento. El suministro sanguíneo puede estar afectado.

Luxación Intrusiva: Desplazamiento hacia apical del diente dentro del hueso alveolar, generalmente acompañada por fractura del hueso alveolar. (Dislocación central)

Luxación Extrusiva: (Dislocación periférica o avulsión parcial) Desplazamiento coronal parcial del diente Existe una separación parcial del ligamento periodontal y a menudo infracciones del alveolo.

Luxación Lateral: Desplazamiento del diente en una dirección diferente a la axial. En la más frecuente la corona se dirige a palatino y la parte apical de la raíz hacia vestibular. Se acompaña de fractura del hueso alveolar y el ligamento periodontal está dañado en forma parcial.

Avulsión: (Exarticulación) Desplazamiento completo del diente fuera de su alveolo.

6. BIBLIOGRAFIA.

1. Palencia, R. (2014). *Farmacología y terapéutica aplicada a la odontología*. 10th ed. Bogotá: Rafael Palencia Díaz, pp.134-179.
2. Tupiza Guerrero E. Conocimiento sobre shock anafiláctico y su manejo odontológico de los alumnos de séptimo, octavo y noveno semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Período 2015-2016 [Licenciatura]. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR; 2016.
3. ROJAS CASTRO N. GUIA DE MANEJO PACIENTE CON SÍNDROME CONVULSIVO [Internet]. 1st ed. Bogotá; 2009 [cited 4 July 2019]. Available from:
http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/Guia%20de%20Manejo%20Paciente%20con%20Sindrome%20Convulsivo.pdf
4. https://www.uv.es/specialodonto/cont_12/manejorespiratoria.pdf

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 1	Código GUI- CEODON-04	Página 27 de 27	
	MANEJO DE URGENCIAS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGIA	Fecha Vigencia 2019/09/16	Documento Controlado		

5. Santos Peña M, Mesa Reynaldo B, Betancourt García A, Curbeira Hernández E, Fernández González M. Urgencias clínico-estomatológicas: Guías para el diagnóstico y tratamiento [Internet]. Scielo.sld.cu. 2019 [cited 4 July 2019]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000100001
6. Clavijo López, E. (2009). *GUIA DE MANEJO DE TRAUMA DENTOALVEOLAR*. 1st ed. [ebook] Bogotá: Elsa Clavijo López, pp.3-5. Available at: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/9.%20Guia%20de%20Manejo%20de%20Trauma%20Dentoalveolar.pdf [Accessed 4 Jul. 2019].

7. REGISTRO DE CALIDAD.

Registros	Código	Identificación	Ubicación	Responsable del Almacenamiento	Tiempo de Retención	Disposición Final
Consentimiento informado odontología	FR-CEODON-11	Consentimiento informado para odontología	Archivo	Odontolog@	20 años	Dstrucción
Consentimiento informado cirugía oral	FR-CEODON-12	Consentimiento informado para cirugía oral	Archivo	Odontolog@	20 años	Dstrucción
Consentimiento informado endodoncia	FR-CEODON-13	Consentimiento informado para endodoncia	Archivo	Odontolog@	20 años	Dstrucción
Consentimiento informado periodoncia	FR-CEODON-14	Consentimiento informado para periodoncia	Archivo	Odontolog@	20 años	Dstrucción

CONTROL DE CAMBIO

VERSIÓN No	DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO	APROBÓ	FECHA
3	Se elabora la primera versión de la guía de Manejo de urgencias y complicaciones en odontología PR-GQ-17.	Gerencia	30/05/2011
1	Se realiza actualización general de las primeras causas de urgencias odontológicas o manejo de complicación en la atención odontológica y se cambia codificación GUI-CEODON-04 y se deroga PR-GQ-17.	Gerencia	16/09/2019

