

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

PERFIL EPIDEMIODOLÓGICO Y NECESIDAD DE
TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS DEL
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL, U.C.V.,
2010

Trabajo presentado ante la Ilustre
Universidad Central de Venezuela
por Digna Blanco Nogueira.
Para optar al Título de Especialista
en Odontología Infantil

Caracas, Octubre 2011

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL

PERFIL EPIDEMIODOLÓGICO Y NECESIDAD DE
TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS DEL
POSTGRADO DE ODONTOLOGÍA INFANTIL, U.C.V.,
2010

Autor: Od. Digna Blanco Nogueira.

Tutor: Dra. Luzia Da Silva.

Caracas, Octubre 2011

VEREDICTO

Aprobado en Nombre de la Universidad Central de Venezuela por el siguiente jurado examinador:

Firma:

Tutor
CI

Firma:

Jurado
CI

Firma:

Jurado
CI

Observaciones:

DEDICATORIA

*A mi Dios (Padre, Jesús y Espíritu Santo), por ser mi todo y estar en todo.
...Mis sueños y coronas te doy. Esto lo rindo a Tus pies.*

A Ti sea toda la Gloria.

Te amo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque dependo totalmente de Él.

A mi mami, hermanas: Anita y Daya, mi sobrinito AJ, y a toda mi familia y seres queridos, por estar pendiente, por su apoyo, oraciones, amor y más, son los mejores.

A mi tutor, madrina y coordinadora, Dra. Luzia Da Silva, por ser como es. Gran parte de esto, es gracias a usted.

A mis profesores y doctores, en especial por su interés, apoyo y ayuda a la Dra. Miriam Goldin y Profa. Sara Vera.

A todos los que fueron parte de mi aprendizaje y de este trabajo; personal obrero, pacientes, doctores, profesores, amigas.

Muchas gracias y mucho amor para todos. Paz.

TABLA DE CONTENIDOS

Contenido

Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	
Introducción	
CAPITULO I. Problema de Investigación	3
Formulación del problema.....	6
1.2. Justificación de la investigación	7
1.3. Objetivos de la investigación	8
1.4. Limitaciones.....	9
CAPITULO II. Marco teórico	10
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2 Bases teóricas.....	25
Urgencias odontológicas.....	25
Urgencias no traumáticas.....	27
Urgencias traumáticas.....	37
CAPITULO III. Marco Metodológico	51

1. Característica de la investigación.....	51
1.1 Tipo y nivel de la investigación.....	51
1.2 Población y muestra.....	51
1.3 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	54
Conceptualización de las variables.....	58
Técnica de procesamiento de datos.....	62
Interpretación y análisis de resultados.....	64
Consideraciones éticas.....	66
CAPITULO IV. Resultados y Análisis.....	67
1. Características de la muestra atendida por urgencias.....	67
2. Características de las urgencias.....	72
CAPITULO V. Discusión	93
CAPITULO VI. Conclusiones	100
CAPITULO VII. Recomendaciones	102
Referencias bibliográficas	
Anexos	

LISTA DE TABLAS

Tabla I. Distribución de las emergencias dentales en niños y adolescentes de 1 a 15 años en el Servicio de Urgencia Dental del Hospital Clínico Regional, en Temuco, Chile (2004-2007)	21
Tabla II. Operacionalización de variables.....	56
Tabla III Instrumento de Vaciado.....	61
Tabla IV Distribución de pacientes clasificados por grupos de edad. Facultad de Odontología, UCV. 2010.	68
Tabla V Distribución de pacientes por género. Facultad de Odontología, UCV. 2010.....	70
Tabla VI Distribución de pacientes por lugar de procedencia geográfica. Facultad de Odontología, UCV. 2010.	71
Tabla VII Distribución de pacientes según el tiempo transcurrido hasta su atención. Facultad de Odontología, UCV. 2010.	73
Tabla VIII Distribución de pacientes clasificados por tipo de urgencia, según el tiempo transcurrido hasta tratar la urgencia. Faculta de Odontología, UCV. 2010.	74
Tabla IX Distribución de los pacientes según el maxilar afectado. Facultad de Odontología, UCV. 2010.....	76

Tabla X Distribución según el tipo de urgencia traumática en cuanto a los maxilares afectado. Año 2010.....	77
Tabla XI Distribución de pacientes por el tipo de dentición afectada. Facultad de Odontología, UCV. 2010.....	78
Tabla XII Distribución de las urgencias por diente afectado. Facultad de Odontología, UCV. Año 2010.....	80
Tabla XIII Distribución de los pacientes por urgencias. Facultad de Odontología, UCV. 2010.....	81
Tabla XIV Distribución de los pacientes en las urgencias no traumáticas. Año 2010.....	83
Tabla XV Distribución de los pacientes por urgencias traumáticas. Facultad de Odontología, UCV. 2010.....	84
Tabla XVI Distribución de los tratamientos realizados en las consultas de emergencias del Postgrado de Odontología Infantil. UCV. Año 2010.....	86
Tabla XVII Distribución de los tratamientos y las urgencias no traumáticas. Facultad de Odontología, UCV. 2010.....	88
Tabla XVIII Distribución según género del paciente para las urgencias. Facultad de Odontología, UCV. 2010.....	89
Tabla XIX Distribución de pacientes clasificados por tipo de urgencia, según género. Facultad de Odontología, UCV.	

2010. 90

Tabla XX Distribución de pacientes clasificados por tipo de
urgencia, según lugar de procedencia geográfica. Año 2010.
..... 92

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución de pacientes clasificados por grupos de edad. Facultad de Odontología, UCV. 2010.	69
Gráfico 2 Distribución de pacientes por genero. Facultad de Odontología, UCV. 2010.	70
Gráfico 3 Distribución de pacientes por lugar de procedencia geográfica. Año 2010.....	71
Gráfico 4 Distribución de pacientes según el tiempo transcurrido hasta su atención. Facultad de Odontología, UCV. 2010.....	73
Gráfico 5 Distribución de los pacientes según el maxilar afectado. Facultad de Odontología, UCV. 2010.....	76
Gráfico 6 Distribución de casos clasificados por el tipo de dentición afectada. Facultad de Odontología, UCV. 2010....	78
Gráfico 7 Distribución de los pacientes según el tipo de urgencia. Facultad de Odontología, UCV. 2010.	82
Gráfico 8 Distribución de los pacientes por urgencias no traumáticas. Facultad de Odontología, UCV. 2010.	83
Gráfico 9 Distribución de las urgencias traumáticas. Facultad de Odontología, UCV. 2010.	85
Gráfico 10 Distribución de los tratamientos realizados en las	

consultas de emergencias del Postgrado de Odontología
Infantil, UCV. 2010.87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Algoritmo decisional de las urgencias	15
Figura 2 Signos y síntomas cuando existen urgencias odontológicas.....	27
Figura 3 Efectos de la caries, que conllevan a patologías pulpares.	34
Figura 4 Traumatismo dental y de tejidos blandos en dentición primaria.....	38

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Historia Clínica de Emergencia	108
Anexo 2 Historia de Traumatismos Dentarios – Primera Parte	109
Anexo 3 Historia de Traumatismos Dentarios – Segunda Parte	110
Anexo 4 Codificación para el Instrumento de recolección de datos	111
Anexo 5 Codificación para el Instrumento de recolección de datos	112
Anexo 6 Consentimiento informado para atención de urgencias odontológicas en el postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la UCV.	113
Anexo 7 Carta de aprobación del Comité de Bioética, de la Facultad de Odontología, UCV.	114

RESUMEN

Urgencias odontológicas, conjunto de patologías bucomaxilofaciales, de aparición súbita, etiología múltiple, manifestándose principalmente por dolor agudo y provocan una demanda espontánea de atención. A nivel mundial, existe un alto porcentaje de asistencia a los centros de urgencia odontológica dado principalmente por efectos de la caries y traumatismos, los cuales hoy en día son problemas de salud pública. Este estudio buscó determinar el perfil epidemiológico y la necesidad de tratamiento de las consultas de emergencias, Postgrado de Odontología Infantil, Universidad Central de Venezuela, año 2010, lo cual era desconocido. 185 historias clínicas, utilizadas junto a diversas variables epidemiológicas, obtuvieron un 74,59% urgencias no traumáticas y 25,41% de urgencias traumáticas, con equidad en relación al género, en edades de 3 a 4 años y por ende en dentición primaria, estando más afectado el maxilar superior. Las urgencias frecuentes fueron la patología pulpar grado V y la fractura de la corona sin compromiso pulpar. La mayoría asistían de la región capital y con un tiempo transcurrido ≥ 24 horas antes de ser atendidos. El tratamiento más frecuente fue la exodoncia. De esta manera, se caracterizó a la población, su diagnóstico y tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Las urgencias odontológicas, son un conjunto de patologías bucomaxilofaciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan, principalmente por dolor agudo y provocan una demanda espontánea de atención, son situaciones que conducen a una persona a una rápida actuación.

Los niños y adolescentes constituyen una gran proporción de los casos atendidos en urgencias en los centros odontológicos u servicios de emergencia de hospitales. Los estudios han demostrado, que las visitas de urgencias son a menudo provocadas por el fuerte dolor dental, infección o lesiones traumáticas en todos los grupos etarios. El servicio de urgencias, es uno de los más complejos y está en constante crecimiento de demanda asistencial desde hace varias décadas, ya que, la caries y los traumatismos, siguen siendo problemas de salud pública.

El tipo de consulta en una urgencia odontológica corresponde a causas tanto traumáticas como no traumáticas.

La población venezolana presenta un alto daño en su salud

La población venezolana presenta un alto daño en su salud bucal. La respuesta a las demandas por tratamiento odontológico de los niños y adolescentes, es mayoritariamente realizada, a través, de la atención odontológica de urgencia. Esta situación, lleva a la necesidad de conocer la distribución de las urgencias dentales según variables epidemiológicas, de los pacientes atendidos en las consultas de emergencias, del postgrado de Odontología Infantil, de la Facultad de Odontología, de la Universidad Central de Venezuela, año 2010. Siendo necesario caracterizar las urgencias y su población más prevalentes para dedicar a ellas los recursos y esfuerzos educativos que sean necesarios. Igualmente, es indispensable hacer énfasis en aquellas condiciones clínicas frecuentes que sean susceptibles de ser prevenidas, otorgando importancia a este nivel de atención.

CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Las dolencias o los cambios producido por las afecciones bucales, son múltiples, sobre todo los causados por la caries dental o por traumatismos, los cuales son considerados hoy día problemas de salud pública y los más comunes en niños y adolescentes, por sus predisponentes etiologías, lo que hace que tanto el paciente como sus familiares acudan a las consultas de emergencia aquejados por las molestias o signos y síntomas correspondientes. Existiendo así atenciones de urgencias traumáticas y no traumáticas.^{1,2,3,4} El objetivo de toda atención de urgencia es evaluar y tratar toda lesión o enfermedad, que por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones requiera de una atención inmediata o impostergable.⁵

Los niños constituyen una gran proporción de los casos atendidos en urgencias en los centros nacionales odontológicos u hospitales. Los estudios han demostrado, que las visitas de urgencias son a menudo provocadas por el fuerte dolor dental, infección o lesiones traumáticas en todos los grupos etareos.³ El servicio de urgencias, es uno de los más complejos y está en

constante crecimiento de demanda asistencial desde hace varias décadas, lo cual genera presión en la atención sumado a la falta de tiempo, lo que conlleva a decidir una adecuada valoración clínica y con premura adoptar decisiones que agilicen el funcionamiento de las consultas son factores que condicionan la actuación en las mismas.⁴ El número de visitas odontológicas a las urgencias hospitalarias se ha incrementado dramáticamente en los últimos 40 años. Este incremento puede atribuirse a las necesidades de cuidado de salud no urgentes que son atendidas en un establecimiento de cuidado primario.⁶

El tipo de consulta en una urgencia odontológica corresponde a causas tanto traumáticas como no traumáticas, en estas últimas, los estudios han intentado identificar los factores que determinan la utilización de las consultas para este problema.⁶ Las patologías bucales que afectan a la población son de alta prevalencia y severidad, principalmente se da, por no haber accedido a programas preventivos, medidas de autocuidado y tratamientos curativos eficientes y oportunos. Si a este perfil epidemiológico se agrega la limitación de los recursos odontológicos necesarios para prevenir, curar y rehabilitar toda la patología existente en la población, se debe prever que se

continuará presentando una demanda de atención de urgencia en los servicios odontológicos por algunos años, hasta que se obtenga el impacto esperado con el desarrollo de las estrategias promocionales y preventivas, así como del aumento en las coberturas de atención y cambios culturales.⁵

En el Postgrado de Odontología Infantil, de la Universidad Central de Venezuela, que funciona desde el año 1983, cumple con la labor académica de formar a un especialista capaz de aplicar medidas para promocionar, prevenir, diagnosticar y tratar los problemas de salud bucal de niños y adolescentes que asisten en búsqueda de la atención integral o de urgencia, no solo de la región capital sino de otras regiones.² Dentro de sus servicios se incluyen las consultas de emergencias, que se ha ido consolidando, a través, de los años. Es utilizado de manera frecuente por la población que acude y lo solicita con diferentes signos y síntomas que alteran la calidad de vida, en donde se les ofrece la atención cumpliendo con fines preventivos y curativos inmediatos con la participación individual o multidisciplinaria para cubrir las necesidades de tratamiento y urgencia, lo cual es realizado en horarios diurnos y vespertinos, de lunes a viernes, en algunos turnos, exceptuando los días feriados, utilizando una

o dos unidades del área, teniendo equipo radiológico a disposición y con la atención por rotaciones de uno o dos residentes del mismo postgrado bajo la tutela de un docente especializado del área de infantil de dicha universidad, todo esto prestado a pacientes de 0 a 12 años principalmente, pero al existir un filtro de entradas de las emergencias en los triajes pudiera darse los casos de menor o mayor edad, así como de las lesiones o patologías existentes.

Por ello, existe la necesidad de evaluar dichas consultas y así determinar epidemiológicamente y en prevalencia, qué población y qué tipo de urgencias son las que se registran en el mismo, lo cual no se ha realizado de manera conjunta, existiendo dicha interrogante en el Postgrado de Odontología Infantil, UCV y que puede ser de interés en el campo de la epidemiología.

Formulación del problema

¿Cuál es el perfil epidemiológico y la necesidad de tratamiento de los pacientes que acuden a las consultas de emergencias del postgrado de Odontología Infantil, U.C.V., durante el año 2010?

1.2. Justificación de la investigación

La importancia del presente trabajo se fundamenta en la ausencia de registros, los cuales al determinarlos y evaluarlos dará un perfil epidemiológico donde se observará la prevalencia de los diferentes tipos de alteraciones en las urgencias traumáticas y no traumáticas de los pacientes que fueron asistidos en las consultas de emergencias del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, del año 2010, ya que, no existen dichos datos registrados y son desconocidos por parte de la Institución, lo que resulta beneficioso no solo como aporte teórico, sino como base para la totalización de tratamientos realizados, además, de evaluar el perfil del usuario. Dichos datos permitirán analizar las consultas realizadas, así como ofrecer información epidemiológica, administrativa y de infraestructura, datos que pueden ser usados como reportes epidemiológicos para la institución y para futuros estudios.

Esta información, además, servirá para mejorar la calidad de servicio de las consultas y para contribuir al establecimiento de protocolos de atención y de campañas de prevención y de promoción de la salud.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el perfil epidemiológico y la necesidad de tratamiento de las consultas de emergencias, del Postgrado de Odontología Infantil, de la Universidad Central de Venezuela, en el año, 2010.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar la población estudiada de acuerdo a las variables edad, sexo, lugar de procedencia.
- Determinar la prevalencia de las urgencias traumáticas y no traumáticas.
- Identificar la localización más frecuente, en cuanto a maxilar y dentición de las urgencias.
- Determinar el tiempo transcurrido antes de la atención de las urgencias.
- Evaluar la prevalencia tratamientos realizados en las urgencias.

1.4. Limitaciones

1. Dado que es un estudio de campo puede existir falla en los registros diagnósticos.
2. Fallas en la disponibilidad de registro de algún paciente.
3. No puede realizarse la caracterización socioeconómica según el Graffar de los pacientes, ya que, no se encuentran dentro de las historias de emergencias.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

La emergencia se define como una situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata. Aquella patología que sin un tratamiento inmediato, el paciente puede tener un daño severo en una o más funciones corporales, u ocasionar una severa disfunción de uno o más órganos o partes del cuerpo, la vida o la salud en general, ejemplo de esto son los síncofes, shock anafiláctico, entre otros.^{6,7}

A diferencia, las urgencias son aquellas que requieren un cuidado especial, el cual es dado por una condición que, sin el tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar que resulte en una emergencia, o causar daño prolongado, temporal de una o más funciones corporales, desarrollando enfermedades crónicas y necesitando de tratamiento más complejo. Requiere de atención inmediata dentro de las 24 horas de la aparición o notificación de la existencia de una condición urgente.^{6,7}

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)⁶, define a la urgencia como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera

la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia, sin perjudicar la vida en su momento.

El termino emergencia y urgencia, es utilizado de una forma generalizada sobre todo en países como Puerto Rico, Guatemala y Venezuela, y se debe a una mala traducción de la palabra emergencia.^{6,7}

Las urgencias odontológicas, son un conjunto de patologías bucomaxilofaciales, de aparición súbita, etiología múltiple, que se manifiestan, principalmente por hemorragia, edema o dolor agudo y provocan una demanda espontánea de atención, son situaciones que conducen a alguien a una rápida actuación.^{6,7}

Cuando se analiza el término de emergencia y se contrapone con el de urgencia se entiende que en odontología no existen tales situaciones, pues la mayoría de los casos con afectación del área bucomaxilofacial, puede dar tiempo de actuar, disminuir la lesión y no poner en riesgo la vida del paciente. Sin embargo, dado que la Asociación Médica americana⁶, en la definición de

“urgencia” asume que es toda aquella situación en donde el paciente o su representante solicitan asistencia sanitaria inmediata, se entiende entonces que las consultas en odontopediatría, son realizadas atendiendo el llamado del paciente, quien requiere de una respuesta inmediata y acertada que satisfaga sus expectativas y le haga recuperar su tranquilidad.

De acuerdo, con la Academia Americana de Cirujanos Bucales y Maxilofaciales (1976)⁶, el cuidado de las urgencias dentales es “El manejo o tratamiento de las hemorragias, alteración de las vías aéreas superiores, traumas, infección o inflamación aguda que involucran las estructuras bucales y maxilofaciales (incluyendo los procesos dentales y dentoalveolares) que amenacen la vida del paciente o lesionen severamente el funcionamiento de esas estructuras”.

El tratamiento de la urgencia odontológica se basa en el manejo de signos y síntomas referidos al área bucal y maxilofacial, cuando el paciente se presenta con trauma, infección aguda en dicha área, incluyendo los dientes y los procesos dentoalveolares que pueden afectar la vida del paciente

o el funcionamiento de estas estructuras. Así como, la Asociación Dental Americana⁶, también incluye en su definición el tratamiento del dolor severo acompañado por cualquier condición bucal o maxilofacial que afecte el sistema nervioso, por lo que el tratamiento paliativo inmediato, es limitado, pues si amerita extracciones, ésta sólo podrá ser realizada por un profesional especializado en el área.

El número de visitas odontológicas a las urgencias hospitalarias se ha incrementado dramáticamente en los últimos 40 años. Este incremento puede atribuirse a las necesidades de cuidado salud no urgente que son atendidas en un establecimiento de cuidado primario. Por ello la importancia de los cambios obvios en la función y responsabilidades de las salas urgencias.⁶

El tipo de consulta en urgencia odontológica corresponde a causas tanto traumáticas como no traumáticas, en estas últimas, muchos estudios han intentado identificar los factores que determinan la utilización de las salas de urgencias para este problema.⁶

El objetivo general de toda atención de urgencia es evaluar, tratar y prevenir toda lesión o enfermedad, que por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere de una atención inmediata. En casos específicos en que exista la disponibilidad de horas profesionales, se podrá satisfacer en estos servicios necesidades de tratamiento preventivo o curativo, que respondan a alteraciones funcionales o estéticas, pero siempre su canalización y orientación para tratamiento definitivo debe ser explicado. (Ver figura 1)

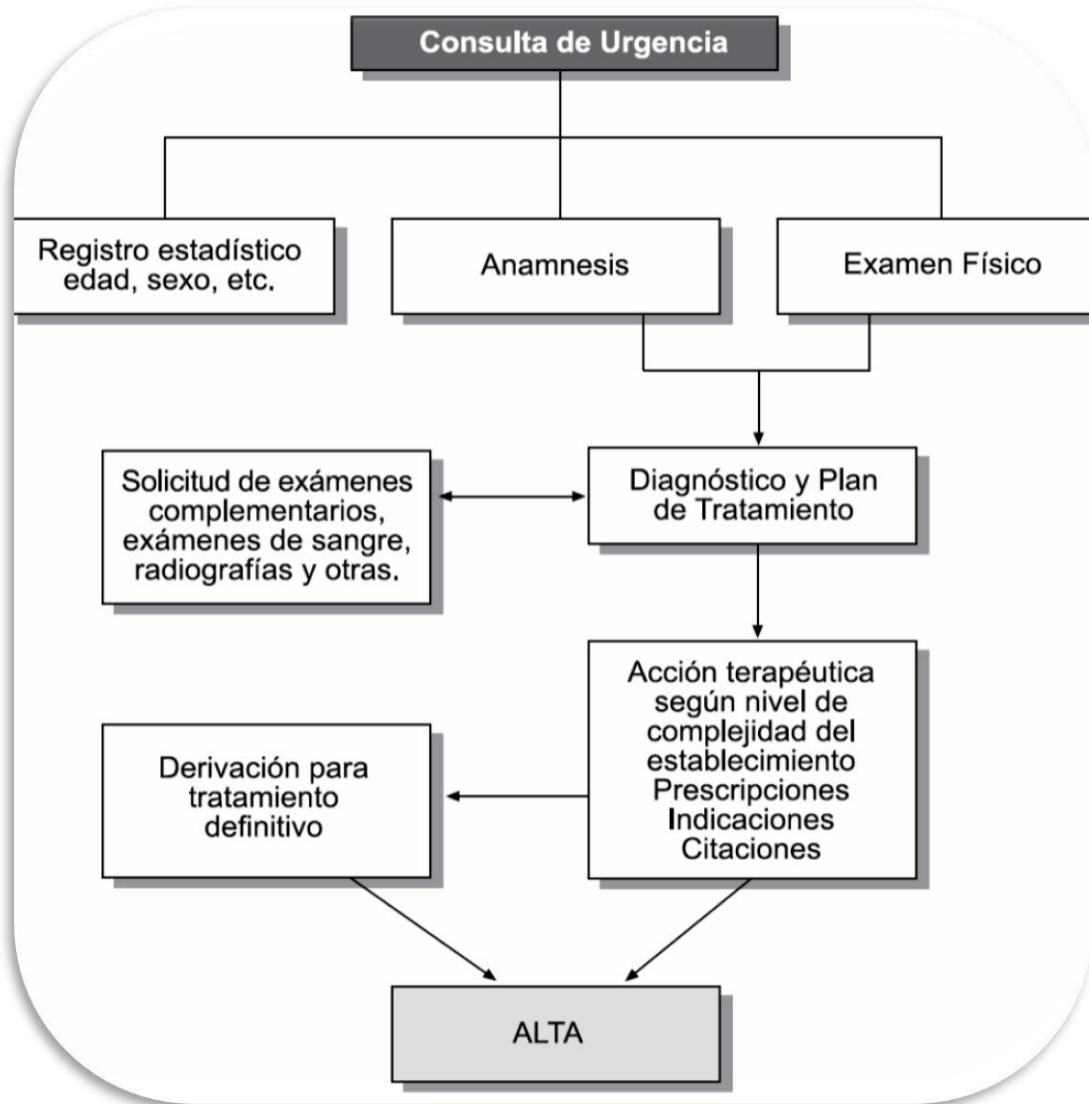


Figura 1 Algoritmo decisional de las urgencias⁶

En salud bucal, si bien los riesgos vitales son poco frecuentes, se presentan también severos compromisos del estado de salud general en ciertos cuadros infecciosos agudos o en grandes traumatismos maxilofaciales. En estos casos el

odontopediatra debe intervenir formando parte de equipos de salud multidisciplinarios, puesto que sus conocimientos y destrezas le permiten un trabajo integrado, con una rápida y adecuada evaluación y contribución en el tratamiento indicado.

Debido a la naturaleza de este que hacer, es conveniente que todo servicio de urgencia hospitalaria contemple la participación de odontopediatras capacitados y entrenados para formar parte de estos equipos especializados; en esta forma los pacientes recibirán una atención eficiente.

2.1. Antecedentes de la investigación

Son muchas las afecciones reportadas en centros de atención de urgencias, donde suelen encontrarse urgencias traumáticas como no traumáticas, de diversas causas, pero muy comunes en niños y adolescentes, constituyendo las principales causas de urgencias los problemas de salud pública como son la caries y los traumatismos.⁶

Los niños constituyen una gran proporción de los casos atendidos en urgencias en los centros odontológicos y hospitales. Estudios han demostrado que las visitas de urgencia son más a menudo provocadas por el fuerte dolor dental, infecciones o lesiones traumáticas en todos los grupos de edades hasta la adolescencia. En el Centro Odontopediátrico de IKA³, Grecia, reportaron, con datos de un año, en el análisis de las urgencias dentales, una prevalencia de ellas en niños de 7 a 9 años (48%), con frecuencia en la inflamación o absceso gingival, seguido de la pulpitis y la recementación de coronas de acero inoxidable o mantenedores de espacio, siendo el tratamiento más común la pulpotomía y pulpectomías, en un 57% de los casos. En cuanto a las causas traumáticas, la más común de la lesiones fue la fractura de corona no complicada, seguido

de las complicadas y la luxación lateral, sobretodo en dientes permanentes.

En España, un estudio epidemiológico de las urgencias en cirugía oral y maxilofacial en un hospital general, en el año 2002, arrojó que el rango de edad con mayor demanda asistencial es de los 0 a los 10 años, con un 22,6% del total, así como el 42,5% las lesiones faciales se produjeron en niños de 0 a 10 años.⁴

Otro estudio acerca de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios, en New Hampshire, Estados Unidos de América⁸, desde el año 2001 al 2007, observaron un incremento en las visitas, a través, de los años así como las enfermedades dentales y de los tejidos de soporte, las más comunes para la causas no traumáticas.

Se realizó un estudio retrospectivo de las lesiones traumáticas dentales en niños de 4 meses hasta los 6 años, que fueron atendidos en el departamento odontopediátrico, del Hospital Dental Kyung Hee⁹, en Seúl, Corea del Sur, desde 1998 al 2007. Dando como resultado, que los traumatismos fueron más

frecuentes en varones y en edades de 2 a 3 años (25.4%). Tanto en dentición primaria como permanente el diente más afectado fue el incisivo central superior, en un 72.6%, dado frecuentemente por los tipos de traumatismos, al tejido de soporte por la sublucción y concusión y a la estructura dentaria, por la fractura de esmalte en dentición primaria y fractura de esmalte y dentina en dentición permanente.

Un estudio transversal se llevó a cabo en niños y adolescentes de ambos sexos, con edades entre 1-15 años que buscaban la atención dental en la Sala de urgencia del Hospital clínico de Desarrollo Regional en Temuco, Chile¹⁰, entre el 2004 y 2007, contado con 3.985 pacientes (niños, adolescentes y adultos) De ellos, 1.719 (43%) correspondieron a niños y adolescentes. Las razones para buscar tratamiento de urgencia dental incluido el dolor asociado a la caries fueron las infecciones odontogénicas, fracturas maxilofacial, traumatismos dentales, lesiones de tejidos blandos bucales y diferentes patologías de tejidos blandos, tales como herpes, úlceras, gingivoestomatitis aftosa, y la candidiasis (ver tabla 1). Pero, el propósito de dicho estudio fue identificar la etiología, los tipos de lesiones traumáticas en dentición primaria y permanente, en sexo

y distribución por edad, lugar del accidente, y el tiempo transcurrido antes del tratamiento de urgencia en niños y adolescentes, dentro de un grupo de urgencias. La muestra consistió en 359 pacientes con 145 dientes primarios y 525 dientes permanentes afectados por el trauma dental. Los resultados mostraron una relación de 2:1 niños: niñas, con una edad media de 8,4 años. El grupo de 7 a 12 años de edad, tuvo la mayor frecuencia de lesiones dentales (66,6%). En dentición primaria los diagnósticos más comunes fueron la subluxación (38,6%) y avulsión (16,6%), mientras que en la dentición permanente fue fractura de la corona sin complicaciones (32,9%). Una alta proporción de los pacientes recibieron su primera atención de urgencia las 24 horas después del accidente (32,6%). Este estudio reveló una alta frecuencia (37,9%) en la población de 1-15 que buscaba la atención de urgencia por trauma dental en el período de estudio.¹⁰

Tabla I. Distribución de las emergencias dentales en niños y adolescentes de 1 a 15 años en el Servicio de Urgencia Dental del Hospital Clínico Regional, en Temuco, Chile (2004-2007)¹⁰

Razones para el tratamiento de emergencia	Descripción	n	%
Dolor dental/Molestia asociada con caries	Pulpitis irreversible, fractura y/o pérdida de la restauración	294	17.1
Dolor dental asociado con infecciones odontogénicas	Pericoronaritis, abscesos agudos dentales, fistula dental, celulitis facial.	262	15.2
Fracturas maxilofaciales	Fractura mandibular, fracturas cigomato-malar, etc.	15	0.9
Trauma dental en pacientes <6 años (Dentición Primaria)	Fracturas de la corona, fracturas radiculares, fracturas corono-raíz, sublujación, lujación extrusiva y lateral, intrusión, avulsión.	219	12.7
Trauma dental en pacientes de 7-15 años (Dentición Permanente)	Fracturas de la corona, fracturas radiculares, fracturas corono-raíz, sublujación, lujación extrusiva y lateral, intrusión, avulsión.	433	25.2
Lesiones traumáticas de los tejidos blandos	Abrasión, contusión, hematomas, laceraciones de la mucosa y/o de la piel perioral.	238	13.8
Otras Condiciones	Lesiones no traumáticas del tejido blando (gingivoestomatitis herpética, úlceras aftosas, candidiasis, etc.), diente neonatal, erupción ectópica del diente permanente, disturbios en la exfoliación del diente primario, mucocele, discoloración o hipoplasia, alergia, dolor de oídos, parotiditis.	258	15.0

En la Universidad Federal de Río Janeiro, Brasil¹¹, entre los años 2004 y 2006, se encontró que existe una alta prevalencia

de traumatismo en niños, en un 56.7%, en edades de 0 a 3 años (73.8%). El diente más afectado fue el incisivo central (84.7%), principalmente en dentición primaria, así como más afectado el tejido de soporte y el traumatismo más prevalente la luxación lateral seguido por la concusión.

En el Servicio de Urgencia Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Goiás¹², Brasil, entre el 2000 y 2008, se realizó un estudio acerca de los aspectos epidemiológicos de lesiones traumáticas dentarias en una muestra de 847 pacientes tratados, en dentición permanente. Los resultados mostraron una incidencia mayor en los varones (72,01%) con edad media de años 6-10. La fractura no complicada de la corona (sin exposición pulpar) (26,95%), avulsión (18,30%) y fractura complicada de la corona (con exposición pulpar) (17,71%) fueron las más frecuentes. Los dientes más afectados fueron los incisivos centrales superiores (65,65%), seguido por el incisivos lateral izquierdo (19,67%).

En los registros dentales de pacientes de 0 a 15 años de edad, asistidos en el Servicio de Urgencia Dental (SDU) de la Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de São Paulo¹³,

entre el 2001 y 2002, se realizó un estudio donde cuantificaron el número de pacientes que utilizaron el servicio, para determinar los hábitos de asistencia, y para registrar la frecuencia de los diferentes tipos de urgencias dentales traumáticas (lesiones de los diferentes tejidos) y no traumáticas (caries con y sin abscesos) y su tratamiento realizado. Entre el total de pacientes atendidos en la SDU (6020), 1166 (19,37%) eran niños, con edad media de 9,24 años. El trauma fue registrado en un 17,06% en las visitas de urgencia, principalmente en niños entre 0 y 3 años de edad (34,42%), y entre 7 y 12 años de edad (18,12%). Los principales tratamientos realizados fueron la restauración provisional (33,33%) para fractura de la corona, y la orientación (24,44%) por lujación. Los eventos no traumáticos fueron de 82,92% del total de diagnóstico de la urgencia. El diagnóstico más común no traumático encontrado fueron las lesiones de caries dental (61,75%), seguido por los problemas de la erupción o la reabsorción de la raíz (14,27%) y lesiones del tejido óseo o blando (6,51%), entre otros (17,47%). Los tratamientos más frecuentes realizados para la caries fueron: La eliminación de caries y la restauración provisional (39,39%) cuando no había un absceso, y pulpotomía (40,95%) para lesiones de caries con abscesos. Hubo una tendencia creciente en la prevalencia de lesiones de caries de acuerdo con el aumento de la edad, en

contraste con el trauma. El tratamiento para ambos casos se llevó a cabo según el protocolo indicado para cada caso.

En estudio realizado por Quintero y cols.⁶, en las consultas de urgencias del Centro Integral de Atención del Niño y al Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia desde el 2001 hasta el 2005, al caracterizarlas dio como resultados, que el 6.04% correspondieron a urgencias bucomaxilofaciales, la edad que prevaleció fue entre los 6 y 10 años, predominando el sexo masculino, en un 53.68%. El 12.62% fueron casos traumáticos y el 87.38% no traumáticos. Atendiendo verdaderas urgencias no traumáticas que ameritaban atención inmediata, pues el signo predominante era el dolor intenso debido a pulpitis (40,28%), patología periapical (17,63%), enfermedad gingival (2,39%), caries dental (9,67%), celulitis facial (1,48%) pericoronaritis (0,46%), enfermedad periodontal (0,23%) y trauma oclusal (0,11%). Mientras que el 27,78% de los casos restantes no presentaron hemorragia o dolor o si presentó este último fue muy discreto, estos fueron restos coronos radiculares (17,75%), rizálisis (6,48%), diente supernumerario (1,14%), erupción ectópica y retención prolongada (0,68%), diente neonatal (0,46%), hipoplasia de esmalte (0,34%),

anquiloglosia parcial y pigmentaciones (0,11% cada uno), que no se consideran verdaderas urgencias. En las traumáticas, las lesiones de tejidos duros dentarios y en las no traumáticas, las pulpitis, fueron la más frecuente. Los dientes primarios y los permanentes fueron afectados de manera similar, afectado mayormente los incisivos superiores.

2.2. Bases teóricas

Urgencias en odontología

Diversas son las patologías que pueden generar urgencias pero la caries y los traumatismo, son los comunes. La caries dental puede dar lugar, si no se trata a la pulpitis y luego a la inflamación y posterior necrosis, fístula o celulitis. En los niños evaluados en urgencia se encuentra más afectados los dientes primarios por la caries dental, estudios previos han demostrado, que dicha importancia puede ser a veces subestimada por los padres. El trauma dental también representa una mayor proporción de visitas a urgencia, esto puede suceder debido a las lesiones traumáticas a los dientes que causa gran preocupación a los padres y se refieren generalmente poco después del accidente al sitio de urgencia.³

Pero dentro de todo, al llegar, las urgencias, el éxito de los tratamientos se basan en el diagnóstico oportuno de la patología presente, lo cual implica la recolección de una serie de signos y síntomas que conforman el cuadro que permiten identificar la lesión; sin embargo, esta labor en niños no es fácil, pues sus datos a menudo son confusos, pues ellos no saben diferenciar sus sensaciones, además, por las mismas limitaciones del lenguaje y la falta de orientación en el tiempo y el espacio, al cual se le añade la tendencia de algunos padres a exagerar el cuadro clínico y de síntomas que presentan, de los cuales, muchos han sido referidos a centros médicos u odontológicos no capacitados, o han sido tratados con analgesia u antibióticos, por parte de estos o ellos mismos. Todo por la ansiedad de que el paciente sea atendido y los síntomas sean quitados. Dejando luego cedido los signos y síntomas, las urgencias para otro momento, restándole la importancia a la continuidad del tratamiento, en donde se reagudiza en muchas ocasiones el problema. Aunque existen otros, que por ignorancia o por falta de educación acerca de la importancia de la dentición primaria, que dejan las urgencias para otro momento, hasta que son impostergables.^{6,13} Por esto, se considera que el tiempo transcurrido entre que ocurre la urgencia hasta su tratamiento, puede ser considerado: Inmediato, menos de 24 horas

transcurridas desde la urgencia y No inmediato, más de 24 horas transcurridas desde la urgencia.¹¹



Figura 2 Signos y síntomas cuando existen urgencias odontológicas

Por ello, el odontopediatra debe canalizar, saber educar y diferenciar las verdaderas urgencias, así como el de calmar la ansiedad de ser necesario de los niños y/o padres y lograr obtener de forma rápida y precisa todas las pruebas diagnósticas (anamnesis, evaluación clínica y radiográfica y pruebas pulpares de ser necesario), creando conciencia de lo que ésta significa.^{6,13}

Urgencias no traumáticas

La literatura informa acerca de las diversas lesiones o enfermedades que pueden afectar durante las urgencias odontológicas a niños y adolescentes, que pueden generar molestias, dolor o manifestaciones clínicas evidentes. Siendo principalmente las causadas por la caries dental, que pueden

repercutir en patologías pulpares o estas ser por otras causas, presentado dolor o fistulas u abscesos agudos o crónicos, seguido por los restos radiculares, así como, se reportan situaciones de urgencia en menos casos de celulitis facial odontogénicas, falla en la rizálisis (retención del primario con o sin erupción ectópica del diente permanente), así como problemas por aparatos de ortodoncia, también se reportan en algunos casos, diversas lesiones no traumáticas, como infecciones o patologías en los tejidos blandos, tejidos duros del diente, tejido pulpar y periapical, tejido periodontal y gingival y tejidos de soporte, como pueden ser la gingivoestomatitis herpética, diente neonatal, pericoronaritis, linfadenopatía, discoloración de la corona, hipoplasia del esmalte, complicaciones postexodoncias, retardo en la erupción, quiste de erupción, supernumerario, trauma oclusal, alergias, problemas con las coronas de acero inoxidable.^{3,6,10,11}

Con respecto a las lesiones orales que puedan causar molestias, se reporta que la frecuencia de niños que presentaban lesiones de la mucosa bucal fue de 28,9%, y sin diferencias relacionadas con el género. Las lesiones más frecuentes fueron candidiasis oral (28,4%), lengua geográfica y otras lesiones de la

lengua (18,5%), lesiones traumáticas (17,8%), úlceras aftosas recurrentes (14,8%), virus herpes simplex tipo 1 (9,3%) y eritema multiforme (0,9%). Los niños que sufren enfermedades crónicas tuvieron una mayor frecuencia de lesiones orales en comparación con niños sanos.¹⁴

Dentro de las urgencias también es reportado que los tratamientos más comunes son las pulpotomías, pulpectomías, extracciones, medicación, seguimiento, orientación y otros.^{3,6}

Los motivos de consulta suelen ser por molestias o dolor, movilidad dentaria o lesiones visuales en el niño o adolescente, en los diferentes tejidos, los cuales causan un gran estrés, tanto para el paciente, como en los padres o cuidadores. La historia de la presencia del dolor o de su ausencia puede no ser tan segura para el diagnóstico diferencial del estado de la pulpa expuesta de un diente primario como lo es en los permanentes. No es raro que ocurra la degeneración pulpar en los primarios hasta la formación de abscesos sin que el paciente manifieste dolor o molestias, sabiendo que la severidad del dolor y la extensión del compromiso pulpar, no están correlacionadas.^{6,13}

Correspondiendo a las urgencias no traumáticas reportadas en la literatura y que coincidan con el filtro que existe en el triaje de las consultas de emergencias en el postgrado de Odontología infantil, se debe explicar:

La caries dental, es considerada uno de los padecimientos crónicos más frecuentes del ser humano en todo el mundo, más del 95 % de la población la padece. Según la OMS¹, para el 2007, un 60% de los escolares la tiene. Suele aparecer en niños y adultos jóvenes, pero puede afectar a cualquier persona, y es la principal causa de pérdida prematura dental, por lo que constituye un problema de salud pública y bucal. Se caracteriza por ser una enfermedad infecciosa de origen bacteriano, de carácter multifactorial, que depende de la anatomía dental, tiempo, dieta y microorganismos implicados. Donde ocurre la destrucción química dental como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que generan los microorganismos cariogénicos dentro de la placa dental, a partir, de los restos de sustratos, provocando la disolución mineral de los tejidos duros del diente. La caries es una enfermedad muy prevalente, pero prevenible.^{1,16,19}

Un estudio previo en Nueva York¹⁹, demostró que el 67% de la salud oral relacionada con las visitas a urgencias en niños menores de 6 años es atribuible a caries. Otro estudio mostró que el 73% de los niños que acuden por urgencias dentales en un departamento de emergencia tuvo una etiología primaria de caries y sus secuelas. Las investigaciones existentes muestran que los niños con caries de la primera infancia tienen una peor calidad de vida. Es evidente que la caries dental es un importante problema de salud personal y pública entre los niños.^{1,16,19}

La caries dental representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, además la mayor carga de caries dental se encuentra en las poblaciones marginadas socialmente y en condiciones de pobreza. En Perú, en el 2002, la prevalencia de caries dental en niños de 6 y 12 años, fue de 87,3 % y 86,6 % respectivamente y a su vez, es más probable en 5,2 y 6,9 veces, en presentar historia de caries en niños que acuden a consulta dental por tratamiento o por urgencia que aquellos que acuden por control y otros controlando el hábito de higiene bucal.¹⁶ En otro estudio de un Hospital basado en emergencias las visitas fueron atribuidas

a la caries dental y sus consecuencias y la mayor visita en un 53% eran de niños, siendo la medicación el mayor tratamiento y los pacientes eran provenientes de regiones cercanas en su mayoría.¹⁹

Estas lesiones suelen terminar en patologías pulpares, restos radiculares, que afectan en gran frecuencia a los niños y adolescentes, sobretudo en dentición primaria. Pudiendo convertirse en celulitis faciales odontógenas, la cual es un proceso inflamatorio agudo, sin tendencia a la limitación, que abarca varios espacios aponeuróticos de la cara y que se encuentra condicionado por dos factores: la extraordinaria virulencia del germen que la produce y el estado decadente del hospedero que la padece. Relacionado con el portador se le da especial atención a los factores locales predisponentes entre ellos: el absceso dentario, ya sea causado por caries dental, periodontopatías, dientes retenidos, trauma dentoalveolar, entre otros. Esta infección presenta un rango clínico muy diverso y variable, que puede ir desde una sepsis localizada a una diseminación de la misma con el consiguiente compromiso vital. Es preciso un diagnóstico temprano y efectivo según la severidad del proceso. Las infecciones de la cavidad bucal son un

problema de salud frecuente y motivo constante de prescripción antibiótica; el 10% de los antibióticos se emplean para tratar este problema.^{11,13,16,18}

La celulitis facial odontógena es relativamente frecuente, puede convertirse en un grave riesgo vital cuando el tratamiento no es adecuado. Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal desde enero 2006 a diciembre 2008. La muestra incluyó 49 pacientes que acudieron o fueron remitidos a los servicios de urgencias con el diagnóstico de CFO. Los niños y jóvenes resultaron los más afectados, así como el sexo masculino. Los dientes incurables y los restos radiculares constituyeron las causas más frecuentes, la región anatómica prevaeciente fue la cavidad bucal. El 51% de los casos tuvieron diagnóstico de celulitis leves, siendo necesario el ingreso hospitalario para 25 pacientes, los demás tuvieron tratamiento ambulatorio.¹⁸

Dentro de estas patologías que pueden causar molestias o dolor y suelen ser la causa más común y de alarma en las consultas de urgencias, se tienen:



Figura 3 Efectos de la caries, que conllevan a patologías pulpares.

A. Lesiones inflamatorias de la pulpa:

- *Patología pulpar grado II - Pulpitis focal reversible:* estado inflamatorio localizado en la cámara pulpar, por lo general, es una reacción de la pulpa a las toxinas provenientes de la infección bacteriana existente en los túbulos dentinarios, por lesiones cariosas profundas, restauraciones metálicas sin una adecuada protección pulpar o con bordes defectuosos, restauraciones que se han desalojado, dejando a la dentina expuesta. El paciente puede manifestar dolor provocado.^{13,14}
- *Patología Pulpar grado III - Pulpitis total o Irreversible:* estado inflamatorio más avanzado donde mayor parte de la pulpa se encuentra involucrada. Pudiendo ser aguda o crónica. La pulpitis aguda, rara vez se presenta en los niños, en cambio la pulpitis crónica, es la forma más frecuente. La pulpitis crónica en niños se manifiesta de diversas formas, siendo una de las más frecuentes la pulpitis crónica hiperplásica o pólipo pulpar, que se presenta exclusivamente

en niños y adultos jóvenes. El niño puede manifestar en estos casos cierta sensibilidad a la masticación, pero, por lo general, es un estado asintomático.^{13,14}

Otra forma frecuente de manifestarse la pulpitis crónica en niños es la presencia, en un mismo diente, de un conducto necrótico, incluso con patología periapical y el otro conducto presenta pulpa vital inflamada. El dolor no es una característica predominante de la pulpitis crónica, pero el paciente puede quejarse de episodios intermitentes de dolores sordos y moderados.^{13,15}

B. Lesiones degenerativas de la pulpa - Patología pulpar grado IV:

- *Necrobiosis:* es la muerte aséptica de la pulpa y, por lo general, es la secuela de un traumatismo. Clínicamente se observa cambio de color del diente, pero no hay movilidad, y son negativas las pruebas de percusión, más tejidos blandos clínicamente sanos. Generalmente hay ausencia de síntomas, en ocasiones puede presentarse una respuesta dolorosa al calor.¹³
- *Necrosis o Gangrena Pulpar:* es la muerte pulpar seguida

de invasión bacteriana, es decir, la muerte séptica de la pulpa. Rara vez se encuentra esta patología en su forma pura, pues el proceso infeccioso involucra rápidamente los tejidos periapicales, y, por lo general, cuando el paciente acude a la consulta, los signos y síntomas se corresponden con alteraciones de los tejidos de soporte.¹³

- *Absceso Dento-Alveolar Agudo*: Se puede apreciar edema extra e intra-oral, movilidad dentaria marcada y extrusión dentaria; hay sensibilidad a la palpación y a la percusión. La tumefacción o edema se debe a que el exudado sigue la vía de menor resistencia y con frecuencia pasa por los conductos accesorios del piso cameral, pues este es el más poroso que en los molares vitales. La movilidad es el resultado del exudado inflamatorio en los tejidos de sostén. Pudiendo producir dolor y fiebre, en estados avanzados.¹⁵

C. Lesiones Periapicales – Patología pulpar grado V.

- *Absceso dento-alveolar Crónico*: El paciente puede presentar cambio de color en el diente, presencia de edema intraoral o de fístulas y puede haber movilidad dentaria. Los procesos crónicos por lo general son asintomáticos, pero hay antecedentes de dolor espontáneo y puede haber molestias a la percusión. También puede provocarse una respuesta

dolorosa cuando se palpa en el área de los ápices radiculares de los dientes afectados.^{13,14,15}

- *Absceso dento-alveolar Crónico Reagudizado*: Los procesos crónicos pueden reagudizarse presentando características clínicas de un proceso agudo, con edema extraoral, movilidad marcada y extrusión dentaria. Los abscesos dento-alveolares agudos y reagudizados se acompañan de una historia de dolor espontáneo, agudo y constante, sobre todo antes de la aparición del edema. Suele acompañarse de malestar general, fiebre y anorexia.^{13,15}

Dependiendo de la severidad de las patologías pulpares los tratamientos suelen ser: recubrimiento pulpar, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas o extracciones, alguna de ellas, necesitan antibioticoterapia.^{6,13,15}

Urgencias traumáticas

Los traumatismos dentales son lesiones en los tejidos duros y/o blandos en la cavidad bucal, generalmente debido a causas externas y representan un serio problema de salud sobretodo en la dentición primaria. Tiene un impacto físico, estético y

psicológico, no sólo en el niño, sino también en sus padres o cuidadores, los cuales son considerados hoy en día un problema de salud pública.^{11,20,21}



Figura 4 Traumatismo dental y de tejidos blandos en dentición primaria.

Los traumatismos suelen ocurrir en edades tempranas de la vida, Glendor²², en su estudio acerca de las etiologías y factores predisponentes de los traumatismos describiendo las siguientes causas más prevalentes:

Lesiones dentales traumáticas no intencionales:

- Caídas, colisiones y golpes con objetos.
- Lesiones por actividades deportivas.
- Accidentes de tránsito.

Lesiones dentales traumáticas intencionales:

Principalmente dado por la violencia, la cual ha crecido en los últimos años.

- Abuso al niño.
- Torturas y agresiones.
- a. Factores orales predisponentes:
 - Principalmente la sobremordida horizontal y protrusión como la incompetencia labial.
- b. Factores ambientales: Situaciones en el que individuo puede encontrarse como la pobreza (lugar, vivienda, educación, cuidados, etc.)
- c. Comportamiento humano:
 - Niños con hiperactividad, espacios poco seguros, donde el riesgo que exista accidentes es mayor.
 - Estados emocionales: Depresión o estrés, sobretudo en jóvenes con problemas familiar o en el hogar, donde suele haber abuso físico.
- d. Presencia de enfermedades, dificultades de aprendizaje y limitaciones físicas:
 - Ataques de epilepsias.
 - Parálisis cerebral.
 - Dificultades en el aprendizaje.
 - Limitaciones visuales y auditivas.
- e. Uso inadecuado de los dientes: Introducción de objetos inadecuados y de uso frecuente o no. Ejemplo: ganchos, equipos electrónicos, para cortar y sostener objetos o

para abrir botellas.

- f. Piercing orales: Elemento que puede causar varios tipos de lesiones dentarias como fracturas de los dientes y las restauraciones, soliendo verse afectado el órgano dentino-pulpar, dientes agrietados y abrasión entre otros.
- g. Lesiones provocadas por manejo médico: existen procedimientos médicos iatrogénicos por intubaciones prolongadas, o realizadas bajo situaciones de emergencia.²²

No existe acuerdo sobre la prevalencia de lesiones traumáticas dentarias, ya que, existen diferencias de un estudio a otro y de un país a otro. Los estudios reportan frecuencias que van desde 10,2 hasta 69,2%. El grupo de edad más común en el que una lesión al diente primario se produce de 1 a 3 años.⁷ Sin embargo, se ha afirmado que los niños de 4 a 5 años son los más propensos a sufrir un trauma. La literatura actual es unánime en que el trauma se produce como consecuencia del subdesarrollo y las habilidades psicomotoras pobres, que no permiten al niño realizar movimientos precisos y seguros. Los incisivos centrales superiores seguidos de los incisivos laterales superiores se han

reportado como los dientes más frecuentes afectados en la dentición primaria. Debido a la resistencia del hueso que rodea los dientes primarios, la mayoría de las lesiones son luxaciones dentales. La evaluación de los traumatismos en la dentición primaria parece ser muy relevante no sólo por la presencia de secuelas en la dentición presente, sino también porque permite la identificación de las alteraciones del desarrollo posible en la dentición permanente. Por desgracia, las personas en general no están bien informadas sobre los riesgos del trauma en la dentición permanente y lo que se puede hacer para evitarlos.¹¹

Otro estudio del Departamento de Odontopediatría en la Facultad de Odontología de la Universidad de Ankara en Turquía²⁰, estudió una población en pacientes en dentición primaria con traumatismos. Cincuenta y un pacientes se presentaron con trauma en 99 dientes primarios. La mayoría de los traumas ocurrieron entre las edades de 2 y 4. El tipo más común de lesión fue luxación lateral (33,3%). La forma más común de tratamiento fue el seguimiento (39,4%), seguido de la extracción (29,3%) y el tratamiento de conducto (12,1%). El promedio de seguimiento fue de 11 meses. Durante el período de seguimiento, las complicaciones se observaron en 4 dientes. Otro

estudio en Turquía, en la Academia Médica de Gulhane en el Departamento de Odontología Pediátrica, del Centro de Ciencias Dentales de Ankara²³, estudió un total de 4.956 niños de 6-12 años, que por dos años sufrieron traumatismos. Se clasificaron de acuerdo a los planos y textos sobre la base de la clasificación del sistema OMS, modificado por Andreasen y Andreasen. Las tasas de lesiones más altas fueron entre los 6 y 8-10 años de edad. El daño con mayor frecuencia fueron en los incisivos centrales superiores permanentes (88,2%). La mayoría de las lesiones involucraban un solo diente (64,8%). El tipo más común de lesión fue la fractura de esmalte (44,6%). No hubo una diferencia significativa en el género.

En Kuwait²⁴, se estudió un total de 243 (48,6%) varones y 257 (51,4%) hembras seleccionadas, en un rango de edad fue de 2-6 años. Cincuenta y seis niños (68 dientes) sufrieron un traumatismo en los dientes primarios para hacer una prevalencia de 11,2%. El diente más afectado fue el incisivo central superior derecho (42,6%), seguido por el incisivo central superior izquierdo (38,2%). Hubo 20 dientes con fracturas del esmalte (29,4%), 18 dientes tenían fracturas esmalte-dentina (26,5%) y 10 de los dientes tenían fracturas complicada de la corona

(14,7%). Hubo 17 dientes lujados (25%) y sólo tres dientes primarios (4,4%) fueron avulsión. Los traumas de tejido blando fueron pocos, pero puede ser debido, a que muchos no son reportados por los representantes, pudiendo ser solventado por ellos o enviados a centros médicos. Los tratamientos más comunes fueron las restauraciones y las extracciones.

Registros de niños con traumatismos dentales de 0-3 años, se estudió en la Universidad Ondokuz Mayıs²⁵, Facultad de Odontología, Departamento de Odontopediatría en la región central del Mar Negro de Turquía. Un total de 563 niños y niñas participaron en el estudio. Las lesiones traumáticas dentarias se registraron con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud modificada por Andreasen y Andreasen. Las lesiones traumáticas dentarias se identificaron en el 17,4% de los niños. El mayor porcentaje de lesiones se encontraban en los 13-18 meses de edad, sin diferencias de género significativas. Las lesiones de los tejidos periodontales son los más comunes (84,7%), sin diferencia estadística entre las diferentes edades o sexo. Los incisivos centrales superiores estaban involucrados en un mayor porcentaje de lesiones traumáticas (98%), sin diferencias entre el derecho y el izquierdo Se buscó tratamiento

para el 37,4% de los niños dentro de 1-7 días.

Las lesiones dentarias pueden ser clasificadas según una gran variedad de factores como, la etiología, la anatomía, la patología, o la terapéutica. Son varios los sistemas de clasificación para la descripción de las lesiones traumáticas de los dientes primarios y permanentes y sus estructuras de soporte han sido reportadas.

Para esto, existen diversas clasificaciones que explican los traumatismos, una de ellas es la clasificación de Andreasen y Andreasen^{11,21,23,25}, (2007) la cual es una modificación de la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S). Representa un sistema fácil de comprender y permite mínimas interpretaciones subjetivas. Comprende varios grupos de traumatismos incluyendo daños al diente, estructuras de soporte, encía y mucosa oral. La clasificación de la O.M.S describe daños en las estructuras internas de la los tejidos bucales pero es inespecífica a diferencia de la clasificación de Andreasen.

A. Lesiones de tejidos dentales

- *Infracción del esmalte*: Fractura incompleta (rotura) del

esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.

- *Fractura del esmalte* (Fractura no complicada de la corona). Fractura con pérdida de sustancia dentaria limitada al esmalte.
- *Fractura del esmalte y dentina* (Fractura no complicada de la corona). Limitada al esmalte o que afecta al esmalte y a la dentina, pero sin exponer la pulpa.
- *Fractura complicada de la corona*. Fractura que afecta esmalte, dentina y expone la pulpa.
- *Fractura no complicada de la corona y raíz*. Fractura que envuelve esmalte, dentina, cemento pero no expone la pulpa.
- *Fractura complicada corona-raíz*. Fractura que envuelve esmalte, dentina, cemento y expone la pulpa.
- *Fractura de la raíz*. Fractura que envuelve dentina, cemento y la pulpa. Las fracturas de la raíz pueden ser clasificadas más ampliamente de acuerdo al desplazamiento de los fragmentos de la corona.^{11,20,21}

B. Lesiones de los tejidos periodontales

- *Concusión*: Lesión de las estructuras de soporte del diente sin movilidad, ni desplazamiento anormal. Esta es una lesión de las estructuras de soporte del diente, caracterizada por una marcada tendencia al dolor en

respuesta a la persecución pero no aflojamiento anormal o desplazamiento. En general los síntomas son pocos y moderados y puede aparecer posteriormente una decoloración del diente.

- *Sublujación*: Lesión de las estructuras de soporte con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento del diente. Un marcado sangramiento gingival está presente.
- *Lujación extrusiva*: (Dislocación periférica, avulsión parcial) desplazamiento parcial del diente fuera de su alvéolo.
- *Lujación lateral*: Desplazamiento del diente en dirección diferente a la axial. Es acompañado por conminución o fractura de la cavidad alveolar.
- *Lujación Intrusiva*: (Dislocación central) Desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Existe desplazamiento en el hueso alveolar por una fuerza axial, resultando en conminución o fractura alveolar. La palpación del proceso alveolar revela muchas veces la posición del diente desplazado.
- *Avulsión*: Desplazamiento completo del diente fuera de su alvéolo.^{11,20,21}

C. Lesiones en el hueso de soporte

- *Conminución de la cavidad alveolar:* mandibular o maxilar. Apretamiento y compresión de la cavidad alveolar. Esta condición está asociada a una luxación intrusiva o lateral.
- *Fractura de la pared de la cavidad alveolar:* mandibular o maxilar. Fractura limitada a la pared vestibular o lingual al alvéolo.
- *Fractura del proceso alveolar:* mandibular o maxilar. Fractura del proceso alveolar que puede o no afectar al diente.
- *Fractura de la mandíbula o maxilar:* Fractura que afecta a la base de la mandíbula o del maxilar y muchas veces de proceso alveolar.^{11,20,21}

D. Lesiones de los tejidos blandos (encía o mucosa bucal)

- *Laceración:* Herida superficial o profunda en la mucosa como resultado de un desgarramiento y generalmente producido por un objeto agudo.
- *Contusión:* Golpe generalmente producido por el impacto de un objeto romo y no se acompaña de ruptura de la mucosa, causando generalmente una hemorragia en la submucosa.
- *Abrasión:* Herida superficial producida por raspadura o

desgarre de la mucosa que deja una superficie áspera y sangrante.

- *Avulsión*: Es una cortadura en la cual la parte de la piel o de algún otro tejido blando se desprende parcial o totalmente.^{21,24}

Otras clasificaciones son la de Johnson, en 1981, y la de Ellis, que permiten algunas interpretaciones subjetivas o con una terminología ilimitada por profesionales de otras áreas de la salud.^{23,24}

Existiendo también así, la clasificación de García-Godoy, que fue presentada en 1981, la cual es muy utilizada en República Dominicana. Tiene propósitos clínicos y epidemiológicos, pero difiere de otras clasificaciones al separar las fracturas dentales de aquellas que involucran al cemento dental.^{23,24}

Se categoriza en doce clases que son:

- *Clase O*: Grieta de esmalte. Fractura incompleta del esmalte sin la pérdida de la sustancia dentaria.

- *Clase 1:* Fractura de esmalte. Fractura incompleta del esmalte con pérdida dentaria que no involucra el tejido pulpar.
- *Clase 2:* Fractura de esmalte y dentina sin exposición pulpar.
- *Clase 3:* Fractura de esmalte y dentina con exposición pulpar.
- *Clase 4:* Fractura de esmalte, dentina y cemento sin exposición pulpar.
- *Clase 5:* Fractura de esmalte, dentina y cemento con exposición pulpar.
- *Clase 6:* Fractura radicular: involucra cemento, dentina y pulpa.
- *Clase 7:* Concusión. Trauma al diente sin pérdida de tejido o desplazamiento.
- *Clase 8:* Lujación. Trauma al diente con pérdida de tejido sin desplazamiento con movilidad.
- *Clase 9:* Desplazamiento lateral. Desplazamiento en una dirección diferente a la axial.
- *Clase 10:* Intrusión. Desplazamiento del diente dentro de su alveolo.
- *Clase 11:* Extrusión. Desplazamiento del diente fuera de su alveolo.

- Clase 12: Avulsión. Desplazamiento completo del diente fuera de su alveolo.

El tratamiento suele ser complicado y costoso. El tratamiento inmediato, puede ser medicación, orientación a los padres o cuidadores, control radiográfico, reimplantación, reubicación o ferulización de corta o larga data y diversos materiales haciéndola rígida, semirrígida o flexible, terapia pulpar, preventivo (barniz de flúor, asepsia, etc.), restauraciones y recubrimiento pulpaes, extracción, cirugía menor, entre otros, que puede requerir de la ayuda de otras especialidades odontológicas o médicas.^{12,21,24,25}

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

1. CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación determinará en primera instancia el perfil epidemiológico y las necesidades de tratamiento de los pacientes que acuden a las consultas de emergencias, del Postgrado de Odontología Infantil, de la Universidad Central de Venezuela, en el año 2010.

1.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Documental y de campo, descriptivo, la cual se basa en la recolección de datos registrados en las historias clínicas de los pacientes que acuden a las consultas de emergencias, del Postgrado de odontología Infantil de la Universidad Central de Venezuela.

1.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estaba representada por 208 historias clínicas de emergencias y traumatismo dentarios (Ver Anexo 1, 2, 3), de las cuales 23 fueron excluidas, dando un total para la población que será estudiada de 185 historias clínicas pertenecientes a los registros de pacientes pediátricos diagnosticados y atendidos en las consultas de emergencias del Postgrado de Odontología

Infantil de la Universidad Central de Venezuela, piso 4, que fueron realizadas en el año 2010, a las cuales se les tiene libre acceso y que se encuentran archivadas en el mismo lugar.

La muestra está constituida por el total de historias que integran la población, los datos se obtienen de los registros de las historias clínicas del servicio. El grupo de estudio estuvo conformado por 138 historias clínicas de emergencia y 47 historias de traumatismos dentarios. La definición de la población de estudio permite identificar que pacientes pertenecían a las urgencias no traumáticas y traumáticas para así alcanzar el objetivo, lo que pudiera permitir una extrapolación a otros estudios o tenerla de referencia. Hay que destacar que los pacientes son primeramente filtrados en un triaje, y cada historia realizada por el residente, más el apoyo radiográfico y médico de ser necesario, es verificado y aprobado por el docente especializado encargado.

- **Criterios de Inclusión**

1. Historias clínicas de emergencia y de traumatismos de las consultas de emergencias del Postgrado de Odontología Infantil, que se les prestó el servicio en

el año, 2010.

2. Inclusión de todos los eventos no traumáticos y traumáticos ocurridos en cualquier localización anatómica la consulta de emergencia del postgrado de Odontología Infantil.
3. En la elección se toman en cuenta la necesidad de tratamiento según la edad, género, lugar de procedencia, tiempo transcurrido hasta atenderse la urgencia y diagnóstico del paciente.
4. Inclusión de todos los tratamientos inmediatos para la urgencia.
5. La población es principalmente pediátrica, desde 0 a 12 años y se tomará en cuenta todos los dientes primarios y de los permanentes únicamente los incisivos centrales y laterales y primeros molares superiores e inferiores.

○ **Criterios de Exclusión**

Esta población es sumamente específica para las consultas de emergencias, en el cual se realice diagnóstico y tratamiento inmediato población exclusivamente pediátrica, recomendando hasta la de edad de 12 años y hasta la dentición permanente de los dientes 6, por existir, un filtro en donde son llevados a otros

servicios y no al de odontología infantil.

Se excluyeron:

1. Historias que tuviese diagnósticos y/o tratamiento incompletos (casillas en blanco).
2. Historias que no estuviesen firmadas por el docente tratante.
3. Historias de pacientes con urgencias atendidas bajo condiciones de anestesia general o sedación.
4. Historias de pacientes con procedimientos de urgencia realizados por otros servicios o postgrados, a pesar de ser canalizada o atendidas por los residentes del Postgrado de Odontología infantil.

1.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica de recolección y procesamiento de datos: mixta.

La investigación consideró dos fases: la primera dirigida a la búsqueda de información teórica utilizando técnicas de investigación documental y una segunda fase se utilizó una técnica mixta.

- Documental: permitió seleccionar las historias clínicas de los pacientes antes descritos.
- Manual:
 - a) Al momento de diagnosticar y registrar a cada paciente.
 - b) Elaboración de un instrumento, el cual fue sometido a juicio de expertos, para el registro de los datos.
 - c) Aprobación del consentimiento informado por parte del Comité de bioética.
- Computarizada: Al realizar la transcripción, almacenamiento y procesamiento de datos correspondientes a las medias realizadas se utilizó el paquete estadístico para Windows, SPSS (Statistical Package for Social Science - IBM) versión 20.

Tabla II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR
Características Demográficas	Edad	Cronológica	0 a 15 años. Años cumplidos al momento del diagnóstico.
	Genero	Biológica	Femenino, Masculino
	Lugar de procedencia		Región Capital (Distrito capital, Miranda, Vargas) Otra región
Tiempo Transcurrido	Tiempo	Cronológica	Tiempo desde que ocurrió la urgencia hasta su atención. > 24 horas < 24 horas No registrado
Localización anatómica	Maxilar	Biológica	Para lesiones de tejido blando o tejidos duros. ○ Superior ○ Inferior
	Dentición Primaria	Biológica	Diente involucrado, incluyéndose todos los del cuadrante: 5, 6, 7, 8.
	Dentición Permanente	Biológica	Diente involucrado, incluyéndose: 11, 12, 16, 21, 22, 26, 31, 32, 36, 41, 42, 46.
Urgencias No Traumáticas	Alteraciones no traumáticas	Biológicas	Diferentes tipos de alteraciones que no son dadas por traumatismos, pero causas urgencias. ○ Patología Pulpares grado: II, III, IV, V. ○ Restos Radiculares. ○ Otras condiciones no traumáticas de los tejidos: gingivoestomatitis herpética, úlceras aftosas, candidiasis bucal, pericoronaritis, celulitis facial, diente neonatal, quiste de erupción, erupción ectópica de diente permanente. discoloración de la corona, alergia, parotiditis, otros. ○ Fallas en la rizólisis y/o retención diente primario. ○ Problemas con las coronas de acero inoxidable. ○ Problemas por aplicaciones ortodoncicas.
Urgencias Traumáticas	Clasificación de Andreasen y Andreasen. 2007.	Biológicas	Diferentes tipos de traumatismos dentales, de tejidos blandos y duros. ○ Infracción de la corona. ○ Fractura de la corona sin

			<ul style="list-style-type: none"> compromiso pulpar. ○ Fractura de la corona con compromiso pulpar. ○ Fractura corono-raíz. ○ Fractura de la raíz. ○ Concusión. ○ Sublujación. ○ Lujación lateral. ○ Lujación intrusiva. ○ Avulsión. ○ Conminución. ○ Fractura del proceso alveolar. ○ Fractura de la pared alveolar. ○ Fractura maxilar. ○ Abrasión. ○ Contusión. ○ Laceración. ○ Avulsión de los tejidos blandos.
Tratamiento	Tipos		<p>Primer tratamiento de urgencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Recubrimiento pulpar. ○ Pulpotomía. ○ Pulpectomía. ○ Cura formocresolada. ○ Restauración provisional. ○ Exodoncia. ○ Reubicación. ○ Medicación: antibiótico y/o analgesia. ○ Prevención. ○ Remitido a centro hospitalario. ○ Remoción de aplicación ortodoncica. ○ Orientación. ○ Otro.

CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

Criterios tomados en cuenta para las Características

Demográficas.

- **Edad:** años del paciente cumplidos al momento del diagnóstico, que va de los 0 meses a los 12 años.
- **Género:** clasificación del paciente de acuerdo a femenino o masculino.
- **Lugar de procedencia:** lugar de residencia del paciente,

dividido en región capital y otras regiones.

Criterio en cuenta para el tiempo transcurrido hasta la atención de la urgencia.

- **Tiempo transcurrido:** Tiempo desde que ocurrió la urgencia hasta su atención en las consultas de emergencias, pudiendo ser ≤ 24 horas o ≥ 24 horas.

Criterios tomados en cuenta para el lugar anatómico afectado por las urgencias.

- **Lugar anatómico afectado:** Para urgencias que ocurrieron en los tejidos blandos y duros, se ubicaron, por maxilares (Maxilar superior e inferior) y dentales, ubicadas en la dentición primaria o permanente.

Criterios tomados en cuenta para el tipo de urgencia traumática y no traumática.

- **Urgencia no traumática:** patologías o alteraciones no traumáticas más comunes reportadas en la literatura y que concordaran con las encontradas en las historias de emergencia.
- **Urgencia traumática:** cada traumatismo en tejido dental, duro o blando, siguiendo la clasificación de Andreasen y Andreasen⁶, 2007.

Criterio tomado en cuenta para los tratamientos inmediatos de urgencias.

- **Tratamiento inmediato:** primer tratamiento realizado en la consulta, las cuales fueron comunes en la literatura que concordaban con las encontradas en las historias de emergencia.

Instrumento de recolección de datos:

- Historia Clínica de emergencia y de traumatismo.
- Computador portátil, impresora, equipo multimedia.

Este es un instrumento que permite organizar la información que es necesaria, para así clasificarla de acuerdo a las necesidades y variables, siendo un vehículo útil para recoger los datos en forma organizada. (Ver tabla III)

En este caso se diseñó una base datos en donde se incluía: n° de caso, edad, sexo del paciente, lugar de procedencia, tiempo transcurrido hasta el tratamiento, localización anatómica de la urgencia, tipo de urgencia traumática y no traumática y tratamiento realizado inmediato, para ser vaciados (Ver tabla II y III).

Las necesidades de tratamiento se establecieron con base al diagnóstico escrito.

Las variables fueron codificadas, para su fácil vaciado. (Ver Anexo 4, 5). Cabe destacar que el instrumento utilizado fue a juicio de experto por docentes del área y de otras especialidades de odontología y salud pública de la Facultad de Odontología, UCV.

Tabla III Instrumento de Vaciado

Caso	Edad	Sexo	Lugar Procedencia	Tiempo Transcurrido	Maxilar (Tejido Blando o Duro) afectado	Diente afectado	Urgencia No Traumática	Urgencia Traumática	Tratamiento

Técnica de procesamiento de datos

Los datos obtenidos de las historias clínicas de emergencias y traumatismos, fueron organizados con el método de agrupación de rol de frecuencia y porcentajes, expresada en cuadros y de forma gráfica.

El procesamiento estadístico consistió principalmente en:

- Elaboración de tablas de contingencias y gráficos.
- Cálculos estadísticos descriptivos (promedio, desviación estándar, de variables cuantitativas).
- Prueba *t de Student*, aplicada para diferencia de medidas.

Descripción del proceso de análisis

Se construyeron tablas de frecuencia para conocer la distribución de los pacientes según:

- Características demográficas, tiempo transcurrido, lugar anatómico afectado, urgencias traumáticas y no traumáticas y tratamiento de urgencia.

Se calcularon estadísticos descriptivos para la Media Aritmética y la desviación estándar, al igual que se identificaron los valores mínimos y máximos para describir y categorizar a

los pacientes según cada una de las variables estudiadas. Estos valores además son insumos para el cálculo de los intervalos de confianza a utilizar en el análisis de los componentes.

Se realizó, igualmente, para cada una de las variables, un contraste de hipótesis para evaluar la diferencia de medias, en este caso baso en una prueba t de Student con diferente número de observaciones e igualdad o no de varianzas según los resultados obtenidos.

Calibración y estandarización de los observadores

Se realizó el diagnóstico y tratamiento por parte de los residentes del postgrado de Odontología Infantil, UCV, el cual es revisado y aprobado antes por el docente encargado de la cátedra de Odontología Infantil, que le corresponda la consulta de emergencia, antes de comenzar con el tratamiento.

Presentación de la información

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Aspectos administrativos

Los recursos que se utilizarán para la realización de la investigación están constituidos por:

- **Recursos Institucionales**
 - Universidad Central de Venezuela
 - Facultad de Odontología UCV: Sala Clínica Postgrado Odontología Infantil, piso 4, triaje para las consultas de emergencias, biblioteca, archivo.
- **Recursos humanos**
 - Docentes calibrados del área de la Sala Clínica Integral de la cátedra de Odontología Infantil, del área de la Sala Clínica Integral del Postgrado de Odontología Infantil, UCV, Cátedra de Salud Colectiva, Organización de Bienestar Estudiantil (OBE). Residentes del Postgrado de Odontología Infantil, Asesor estadístico.

Interpretación y análisis de resultados

Procesamiento de datos computarizados con software estadístico SPSS 20. Una vez procesada y tabulada la información y efectuados los cálculos y gráficos correspondientes, se realizó un análisis del comportamiento de las variables de estudio y se compararon los resultados con estudios relacionados con el objetivo general de la investigación. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Procedimientos

Recolección de los datos de las historias de emergencias y de traumatismos de las consultas de emergencias en el servicio de postgrado de Odontología Infantil, de la U.C.V. en el año 2010.

b) Clasificación de las historias de acuerdo a las variables.

c) Una vez revisadas las historias clínicas de emergencias para el período de estudio planteado se procedió al cruce de variables:

- Distribución de las urgencias según la edad.
- Distribución de las urgencias según el sexo.
- Distribución según el lugar de procedencia.
- Distribución de las urgencias según el tiempo transcurrido antes del tratamiento.
- Distribución de las urgencias traumáticas y no traumáticas según el tipo de lesión más frecuente.
- Distribución de las urgencias traumáticas y no traumáticas por sexo.
- Distribución de las urgencias traumáticas y no traumáticas por edad.

- Distribución de las urgencias traumáticas y no traumáticas según su localización anatómica afectada.
- Distribución de las urgencias traumáticas y no traumáticas según el tipo de lesión o patología según el área afectada.
- Distribución de los tratamientos de urgencias.

Consideraciones éticas

Éste estudio es clasificado en la categoría sin riesgo, porque la información es tomada y analizada de historias clínicas, sin la presencia del paciente, y no se toma el nombre, ni fotografías del mismo. En el momento de la atención de cada paciente no existía el consentimiento informado para las urgencias que es dado a los representantes, pero para la fecha, ya existe uno elaborado por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, el cual se utiliza, en las consultas de emergencia del Postgrado de Odontología Infantil (Ver Anexo 6). Sin embargo, el trabajo se encuentra aprobado por el comité de Bioética, bajo el número 0210-2011. (Ver Anexo 7)

CAPITULO IV. RESULTADOS Y ANALISIS

Una vez obtenidos los datos provenientes del instrumento de recolección de información se diseñaran tablas y gráficos correspondientes con los datos obtenidos. Se realizó posteriormente su respectivo análisis y las correlaciones necesarias.

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ATENDIDA POR URGENCIAS

En el postgrado de Odontología Infantil en el año 2010, en el período enero-diciembre, se atendieron 185 pacientes que acudieron a las consultas de emergencias por urgencias traumáticas y no traumáticas.

El ingreso de los pacientes a las consultas se basa mediante un triaje a cargo del docente de la cátedra de Odontología Infantil, el cual refiere a los mismos al postgrado de Odontología Infantil. Además, las urgencias que por su complejidad en cuanto a la edad, conducta o tratamiento no pueden ser atendidas en la sala integral de pregrado, son referidas al postgrado para su atención o continuación de tratamientos.

- **Distribución de los pacientes por grupos de edad.**

En este contexto, en la tabla IV y el gráfico 1, se observa la distribución de los pacientes por grupos etarios. De los 185 pacientes atendidos el mayor porcentaje fue en edades de 3 - 4 años, representando así un 46.9 % del total de la población, siguiendo a este en frecuencia con un 28.5% a los de edades comprendidas de 5 a 6 años.

Los pacientes de la población atendida en el año 2010 tienen un rango de edad de 0 a 12 años, solo tres pacientes presentaron el penúltimo valor del rango, es decir, 11 años. Como se puede observar, el 75.5% de la población estudiada tiene edades comprendidas entre los 3 y 6 años, ambos inclusive, pudiéndose observar en la tabla VI.

Tabla IV Distribución de pacientes clasificados por grupos de edad. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Grupos etarios	<i>n</i>	%
0- Menos de un año	1	0.6
De 1 a 2	16	8.6
De 3 a 4	87	46.9
De 5 a 6	53	28.6
De 7 a 8	15	8.2
De 9 a 12	13	7.1
Total	185	100

Fuente: Base de Datos de la Investigación.

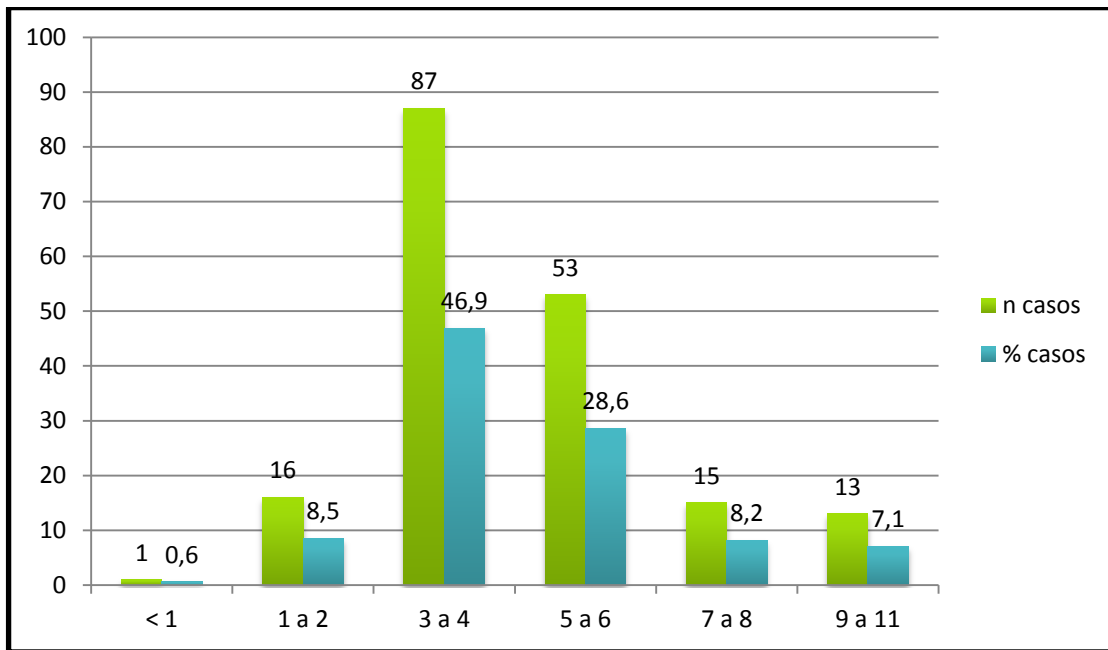


Gráfico 1 Distribución de pacientes clasificados por grupos de edad. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Para $X = 967,5/185 = 5,23$ años aproximadamente, es la media aritmética de las edades, lo cual es coherente con los porcentajes descritos. Alrededor de esa edad está el 75 % de la información.

○ **Distribución de pacientes por género:**

En la tabla V y gráfico 2 se observan las características por género del grupo estudiado. En la misma población se observa un predominio del sexo femenino representado por un 57,7% total de los pacientes atendidos, ya que, de cada 10 pacientes 6 son del sexo femenino y 4 del sexo masculino aproximadamente, sobre un 42,3% de los varones.

Tabla V Distribución de pacientes por género. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Sexo	<i>n</i>	%
Femenino	107	57.7
Masculino	78	42.3
Total	185	100

Fuente: Base de Datos de la Investigación.

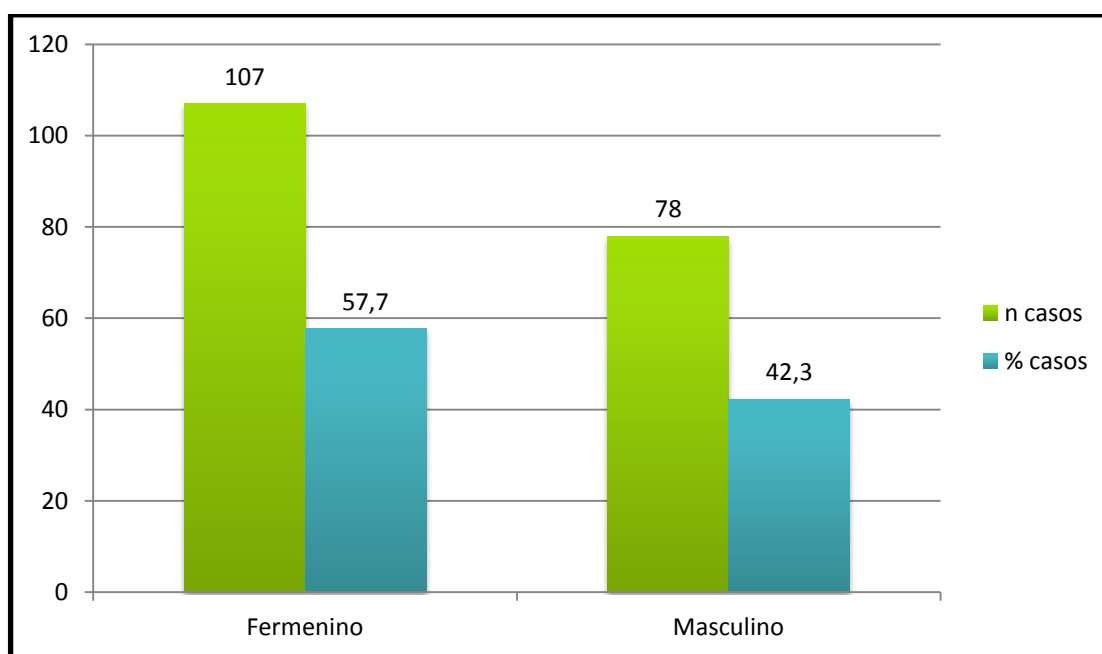


Gráfico 2 Distribución de pacientes por género. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

- **Distribución de pacientes por lugar de procedencia geográfica:**

En la tabla VI y gráfico 3, se observa, como era de esperarse, que el 90% aproximadamente de los pacientes

proceden de la región capital. El resto pertenece a estados fuera de esta región, como se pudo constatar, con un 10,8% de asistencia.

Tabla VI Distribución de pacientes por lugar de procedencia geográfica. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Lugar de procedencia	<i>n</i>	%
Región capital	165	89.2
Otros	20	10.8
Total	185	100

Fuente: Base de Datos de la Investigación.

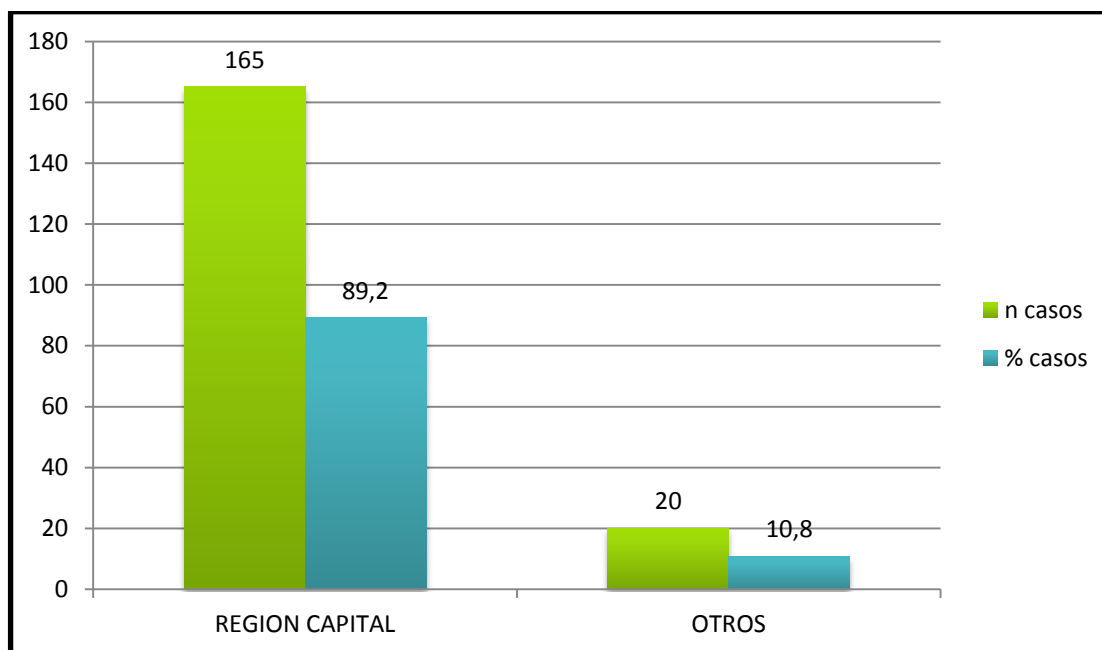


Gráfico 3 Distribución de pacientes por lugar de procedencia geográfica. Año 2010.

2. CARACTERISTICAS DE LAS URGENCIAS

○ Distribución de paciente según el tiempo transcurrido:

Esta variable representa el tiempo que ha transcurrido desde que ocurrió la urgencia hasta que se atendió en las consultas de emergencias, la mayoría de las historias no registraron dicha información para un “No Registro” del 56,2% (aproximadamente 104 de los 185 registros), lo cual podría calificarse de significativo en otros estudios. Sin embargo, en este caso podría no ser determinante para evaluar la eficiencia del servicio de urgencias del postgrado de Odontología Infantil, aunque en otros estudios es de importancia, es probable que el subregistro esté asociado precisamente al hecho de la urgencia misma, lo cual debe ser corregido o mejorado. De los datos registrados de esta variable, aproximadamente 70 pacientes que representan un 37,83% son atendidos después de la 24 horas de haber ocurrido la urgencia y 11 pacientes son atendidos antes de la 24 horas, correspondiendo a un 5,94%, es decir, el 86,42 % de los pacientes son atendidos después de las 24 horas. (Ver tabla VII y gráfico 4). Tanto para las urgencias no traumáticas y traumáticas, las urgencias fueron atendidas después de las 24 horas de haber ocurrido, como lo demuestra la tabla VII.

Tabla VII Distribución de pacientes según el tiempo transcurrido hasta su atención. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Tiempo desde que ocurrió la urgencia hasta su atención	<i>n</i>	%
≥24 horas	70	37,83
≤24 horas	11	5,94
No registrado	104	56,21
Total	185	100

Fuente: Base de Datos de la Investigación.

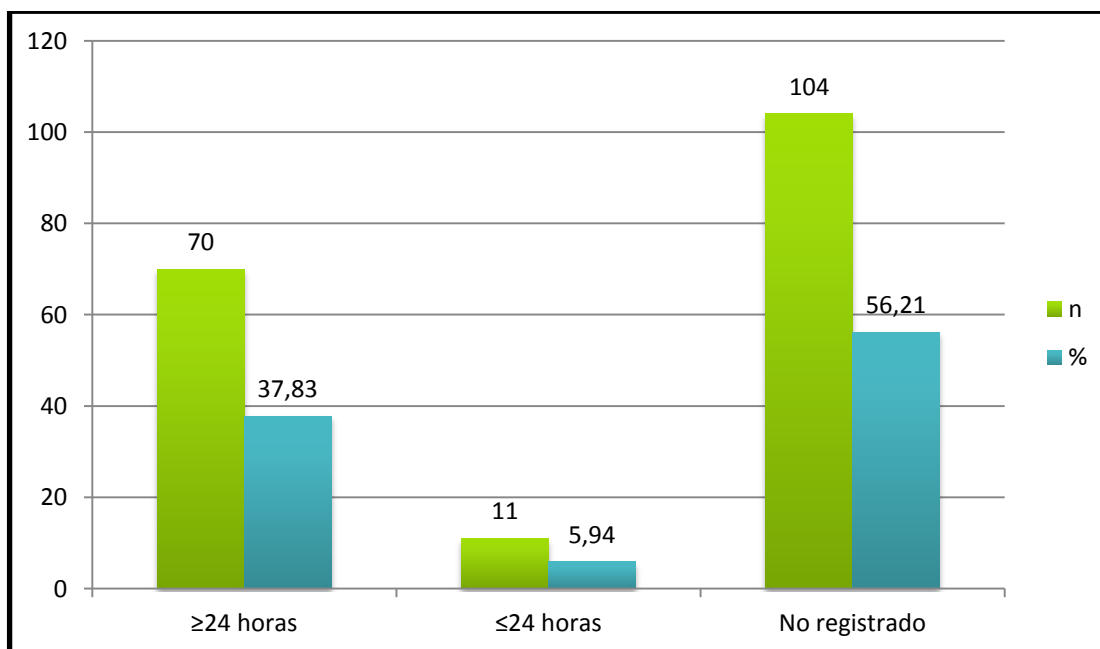


Gráfico 4 Distribución de pacientes según el tiempo transcurrido hasta su atención. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Tabla VIII Distribución de pacientes clasificados por tipo de urgencia, según el tiempo transcurrido hasta tratar la urgencia. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

URGENCIAS	Tiempo desde que ocurrió la urgencia hasta su atención			
	≤ 24 horas	≥ 24 horas	No registrado	Total
NO TRAUMATICA				
Patología pulpar grado II	2	3	3	8
Patología pulpar grado III	1	18	31	50
Patología pulpar grado IV	3	9	7	19
Patología pulpar grado V	0	26	39	65
Restos radiculares	0	2	6	8
Otras condiciones no traumáticas de los tejidos	1	0	4	5
Fallas en la rizólisis/Retención primario	0	0	5	5
Problemas con las coronas de acero inoxidable	0	0	1	1
Problemas con aplicaciones ortodóncicas	0	0	0	0
TRAUMATICA				
Infracción de la corona	0	0	0	0
Fractura de la corona sin compromiso pulpar	0	16	1	17
Fractura de la corona con compromiso pulpar	0	3	6	9
Fractura corono-raíz	1	2	1	4
Fractura de la raíz	0	0	0	0
Concusión	2	2	0	4
Sublujación	2	0	0	2
Lujación lateral	10	5	0	15
Lujación intrusiva	11	2	0	13
Lujación extrusiva	3	0	0	0

Avulsión dental	5	1	0	0
Conminución	0	0	0	0
Fractura del Proceso Alveolar	1	1	0	0
Fractura de la Pared Alveolar	1	0	0	0
Fractura Maxilar	0	0	0	0
Abrasión	0	3	0	0
Contusión	3	0	0	0
Laceración	3	1	0	0
Avulsión de los tejidos blandos	0	0	0	0

Fuente: Base de Datos de la Investigación.

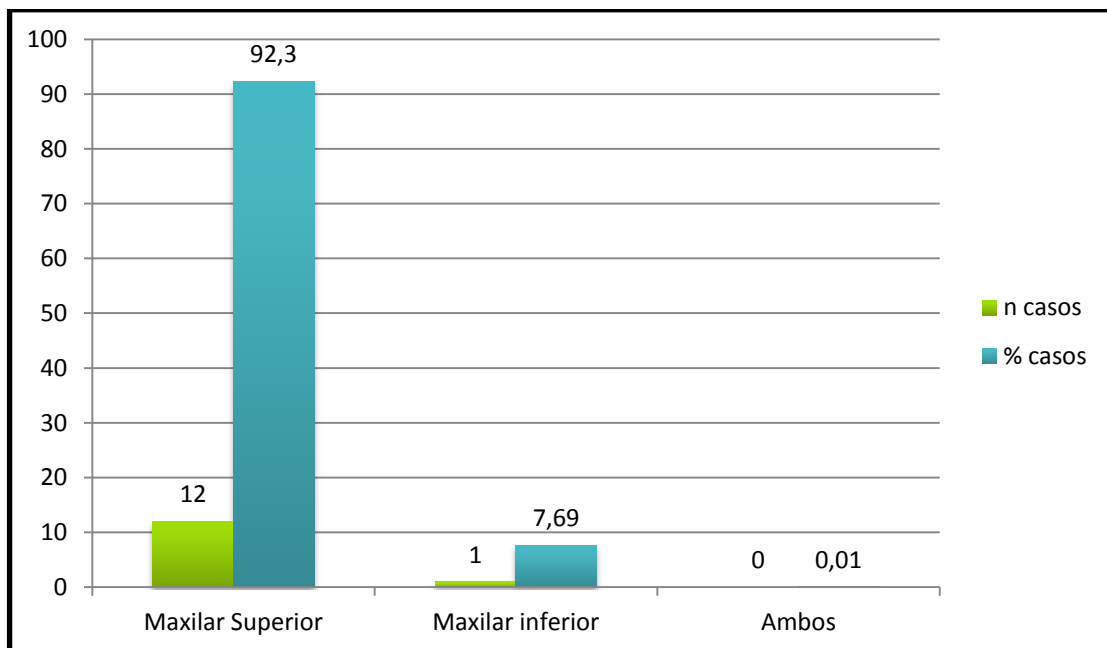
○ **Distribución de los pacientes según el lugar anatómico afectado, en cuanto a:**

- *Distribución de los pacientes según el maxilar superior o inferior: (únicamente tejidos blandos y duros) afectados:*
Solo 13 casos fueron registrados para las urgencias con afección en los tejidos blandos y duros, de las cuales todas representaron urgencias traumáticas. Fueron registrados 12 urgencias con afecciones para el maxilar superior y solo 1 caso para el maxilar inferior. Ocurriendo que no hubo urgencias que comprometieran los dos maxilares. (Ver tabla IX y grafico 5)

**Tabla IX Distribución de los pacientes según el maxilar afectado.
Facultad de Odontología, UCV. 2010.**

Maxilar afectado	<i>n</i>	%
Maxilar Superior	12	92,30
Maxilar inferior	1	7,69
Ambos	0	0,01
Total	13	100

Fuente: Base de Datos de la Investigación.



**Gráfico 5 Distribución de los pacientes según el maxilar afectado.
Facultad de Odontología, UCV. 2010.**

Existen urgencias traumáticas que comprometen solo los tejidos blandos o duros, como se ve en la tabla X, por ello solo éstas se consideran, observando una frecuencia en afectación de estos tejidos en el maxilar superior fue por causa de laceraciones en tejido blando (posiblemente encías, labios, lengua, frenillo, etc.) con un 30,76%, seguido de igual manera con un 23,07% por las contusiones y abrasiones. El único

traumatismo presentado en tejido blando o duro para el maxilar inferior fue laceración.

Tabla X Distribución según el tipo de urgencia traumática en cuanto a los maxilares afectados. Año 2010.

Tipo de Urgencia Traumática	<i>n</i>	%
Conminución	0	0,01
Fractura del Proceso Alveolar	2	15,38
Fractura de la Pared Alveolar	1	7,69
Fractura Maxilar	0	0,01
Abrasión	3	23,07
Contusión	3	23,07
Laceración	4	30,76
Avulsión de los tejidos blandos	0	0,01

Fuente: Base de Datos de la Investigación.

- *Distribución de los pacientes según el tipo de dentición afectada.*

Según el tipo de dentición afectada por las urgencias hubo una clara frecuencia, ya que, como se observa en la tabla XI y gráfico, el 96,2% de los pacientes fueron atendidos en dentición primaria y el resto, 3.8%, en dentición permanente.

Tabla XI Distribución de pacientes por el tipo de dentición afectada. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Tipo de dentición	<i>n</i>	%
Dentición primaria	178	96.2
Dentición permanente	7	3.8
Total	185	100

Fuente: Base de Datos de la Investigación.

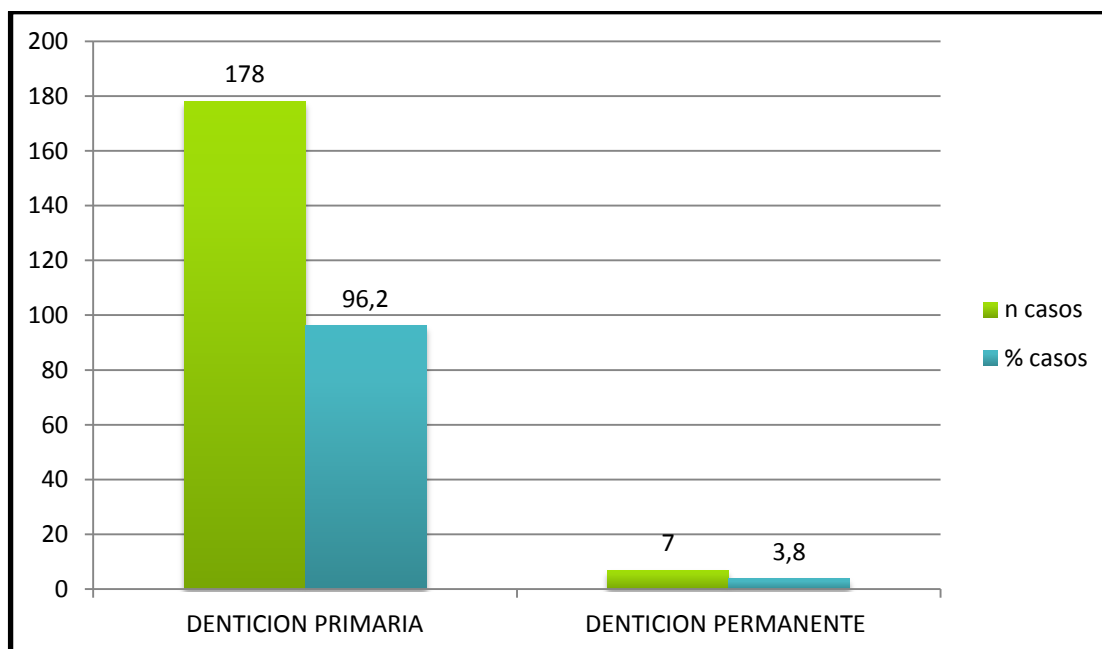


Gráfico 6 Distribución de casos clasificados por el tipo de dentición afectada. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Hay que destacar que dentro de las urgencias varió el número de dientes afectados, por encontrarse casos, en donde un paciente podía tener varias alteraciones en un mismo diente, o un mismo paciente tener varios dientes afectados con iguales o diferentes alteraciones. Se puede observar, en la tabla XII, con las urgencias codificadas y el diente que se le diagnosticó una o más urgencias, que 242 fue el número de urgencias en dientes primarios y permanentes, el diente que fue más afectado por las urgencias

tanto traumáticas como no traumáticas fue el 51, con 46 casos, representando un 19.00% seguido por el 61 con 40 casos, con 16,52% y continuando con 27 casos cada uno, el 75 y 85, lo que representa un 11,15% cada diente. En la dentición permanente, aunque fueron pocos los casos el diente más afectado fue el 21, con 5 casos, que sería un 2.06% seguido por el 11, con 4 casos o 1.65%. Esto quiere decir que ambas denticiones prevalecieron las urgencias en los incisivos centrales superiores. Además, se observa, que en las urgencias traumáticas, el diente más afectado fue el 51 en dentición primaria y el 21 en dentición permanente, por fracturas de la corona sin compromiso pulpar, en 18 casos, seguido por las lujaciones intrusivas, donde el 51 también fue el diente con más urgencias. A diferencia, en las urgencias no traumáticas, el 74 fue el diente más afectado por 55 casos de patologías pulpares grado III, así como el 75 fue seguido con 49 casos por patologías pulpares grado V, para la dentición permanente por ser pocos los casos, no se puede dar un resultado muy preciso, pero el 36 presenta dos casos en las urgencias no traumáticas.

Tabla XII Distribución de las urgencias por diente afectado. Facultad de Odontología, UCV. Año 2010.

Urgencias	51	52	54	55	61	62	63	64	65	71	73	74	75	81	82	84	85	11	21	26	36	Total
1	3	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	2	5	0	1	0	18
2	1	0	3	2	2	0	0	5	4	0	0	0	10	8	0	11	8	0	0	0	1	55
3	2	3	0	2	5	0	0	1	1	0	0	1	5	0	0	2	4	0	0	0	0	21
4	6	0	4	0	5	0	1	1	2	0	0	2	12	0	0	8	8	0	0	0	0	49
5	3	1	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1	15
6	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	7	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	18
4	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	8
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
6	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
8	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
9	6	1	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
10	4	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
11	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Total	46	9	8	4	40	5	1	7	8	3	2	15	27	2	1	25	27	4	4	5	1	242

- **Distribución de los pacientes según el tipo de urgencia**

En cuanto a las urgencias se hace una división para entender mejor que alteraciones son más prevalentes, éstas se van a considerar entre el número de pacientes con urgencia traumática o no traumática, sumando los diferentes casos correspondientes a cada una. A su vez, hay que explicar que las urgencias no traumáticas por paciente fueron 138, que representan el 74,59% y los pacientes con urgencias traumáticas el 25,10%, ya que, fueron atendidos 47 pacientes, que pudieron a su vez tener diversas urgencias en el mismo. (Ver tabla XIII y gráfico 6)

Tabla XIII Distribución de los pacientes por urgencias. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Tipo de urgencia	<i>n</i>	%
Urgencia no traumática	138	74,59
Urgencia traumática	47	25,41
Total	185	100

Fuente: Base de datos de la investigación.

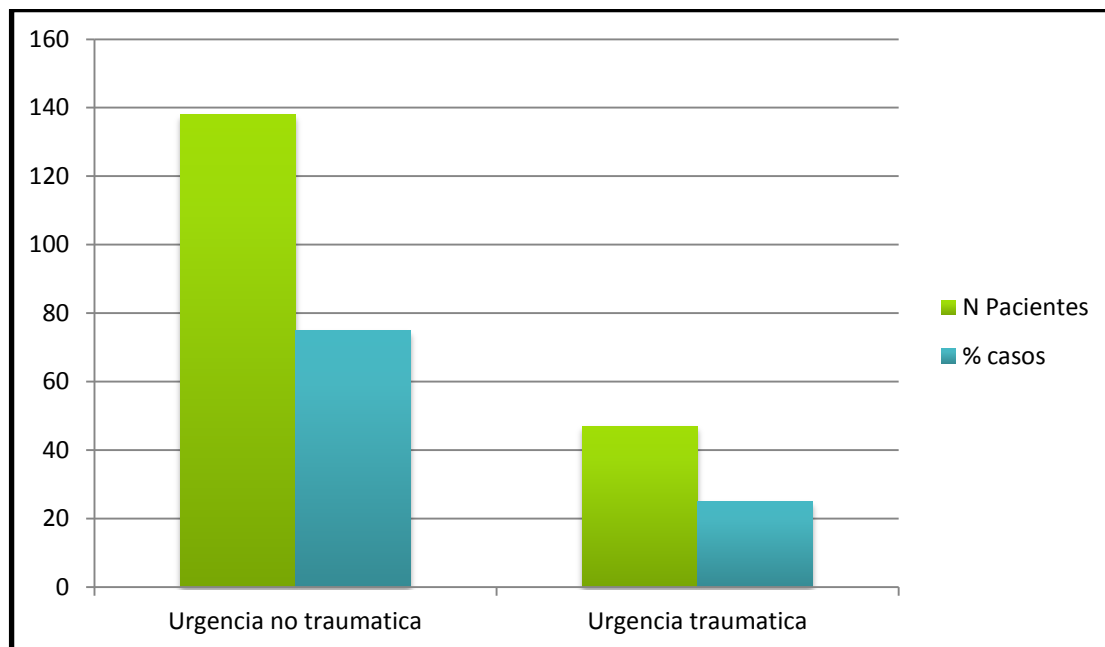


Gráfico 7 Distribución de los pacientes según el tipo de urgencia. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

○ **Urgencias no traumáticas:**

Constituyendo así las urgencias no traumáticas un 74,59% de todas las urgencias atendidas, siendo la gran mayoría de los pacientes que acudieron, de los cuales el 72,81% lo hace con patología pulpar grado V y patología pulpar grado III. Luego le siguen los pacientes con patología pulpar grado IV (12,28%) y en menor grado otras patologías como restos radiculares, patología pulpar grado II, fallas en la rizólisis/retención primario y otras condiciones no traumáticas en los tejidos. Otras alteraciones o condiciones no fueron observadas. (Ver tabla XIV y gráfico 7).

Tabla XIV Distribución de los pacientes en las urgencias no traumáticas. Año 2010.

Tipo de urgencia	N	%
Patología pulpar grado II	8	4.38
Patología pulpar grado III	50	31.58
Patología pulpar grado IV	19	12.28
Patología pulpar grado V	65	41.23
Restos radiculares	8	4.38
Otras condiciones no traumáticas de los tejidos	5	2.63
Fallas en la rizólisis/Retención primario	5	2.63
Problemas con las coronas de acero inoxidable	1	0.9
Problemas con aplicaciones ortodóncicas.	0	0.01
Total	161	100.0

Fuente: Base de datos de la investigación.

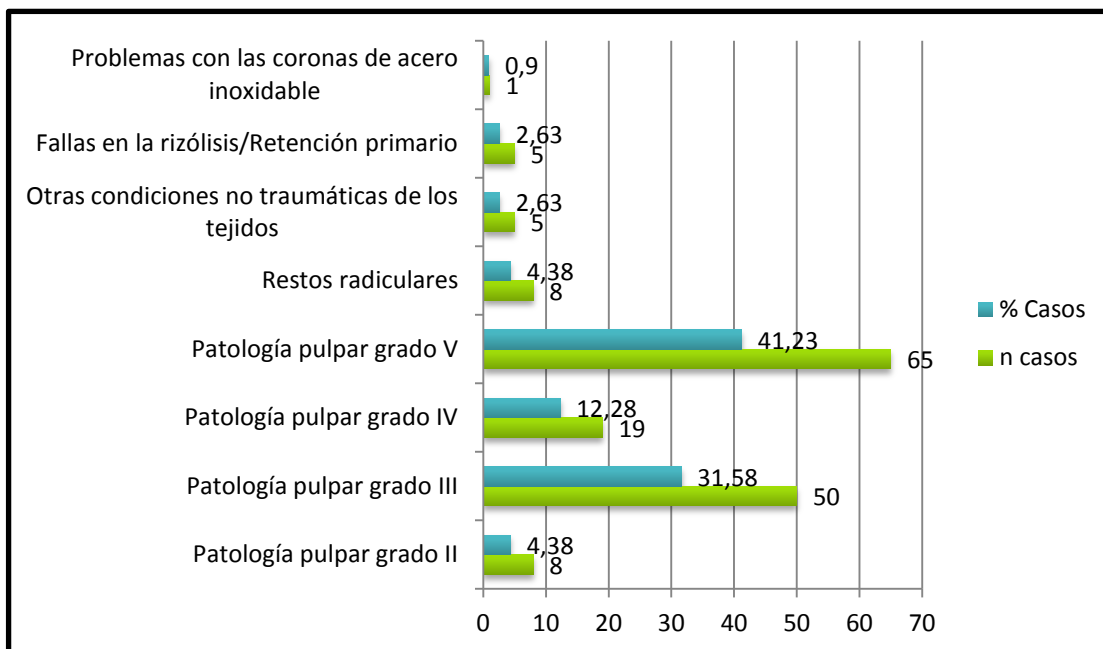


Gráfico 8 Distribución de los pacientes por urgencias no traumáticas. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

○ **Urgencias traumáticas:**

Las urgencias traumáticas constituyen el 25,41% del total de las consultas de emergencias del postgrado de Odontología Infantil. Predominando con un 36,17% las fracturas de la corona sin compromiso pulpar, los traumatismos fueron sumados según su aparición. (Ver tabla XV y gráfico 8)

Tabla XV Distribución de los pacientes por urgencias traumáticas. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Tipo de traumatismo	N	%
Infracción de la corona	0	0,01
Fractura de la corona sin compromiso pulpar	17	36,17
Fractura de la corona con compromiso pulpar	9	19,14
Fractura corono-raíz	4	8,51
Fractura de la raíz	0	0,01
Concusión	4	8,51
Sublujación	2	4,25
Lujación lateral	15	31,91
Lujación intrusiva	13	27,65
Lujación extrusiva	3	6,38
Avulsión dental	6	12,76
Conminución	0	0,01
Fractura del Proceso Alveolar	2	4,25
Fractura de la Pared Alveolar	1	2,12
Fractura Maxilar	0	0,01
Abrasión	3	6,38
Contusión	3	6,38
Laceración	4	8,51
Avulsión de los tejidos blandos	0	0,01
Total	86	100

Fuente: Base de datos de la investigación.

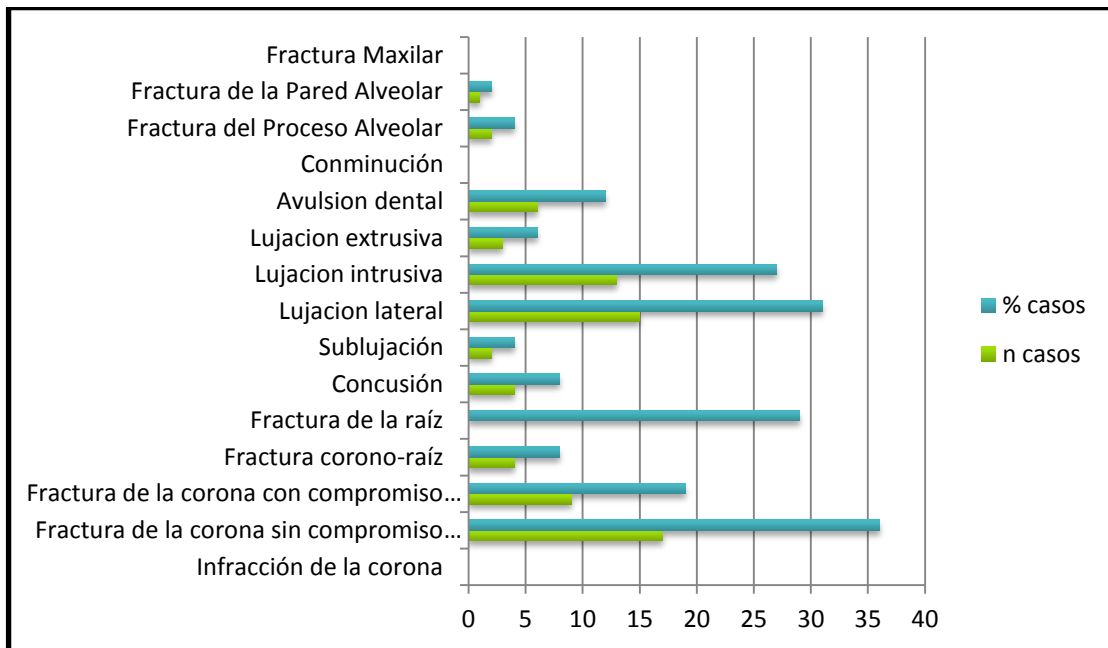


Gráfico 9 Distribución de las urgencias traumáticas. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

○ **Distribución de los tratamientos realizados:**

De los diversos tratamientos inmediatos aplicados en las urgencias, tres constituyen el 81.5 % de los realizados como tratamiento más prevalentes, por orden de frecuencia se encuentran: exodoncia (31.5%), cura formocresolada (30%) y pulpotomía (20%). (Ver tabla XVI y gráfico 9)

Tabla XVI Distribución de los tratamientos realizados en las consultas de emergencias del Postgrado de Odontología Infantil. UCV. Año 2010.

Tratamiento	<i>n</i>	%
Recubrimiento pulpar	3	1.5
Pulpotomía	37	20.0
Pulpectomía	3	1.5
Cura formocresolada	56	30.0
Restauración provisional	6	3.1
Exodoncia	58	31.5
Medicación (Antibiótico y/o analgesia)	7	3.8
Prevención	4	2.3
Remitido a centro hospitalario	1	0.8
Orientación	6	3.1
Otro	4	2.3
Total	185	100.0

Fuente: Base de Datos de la Investigación.

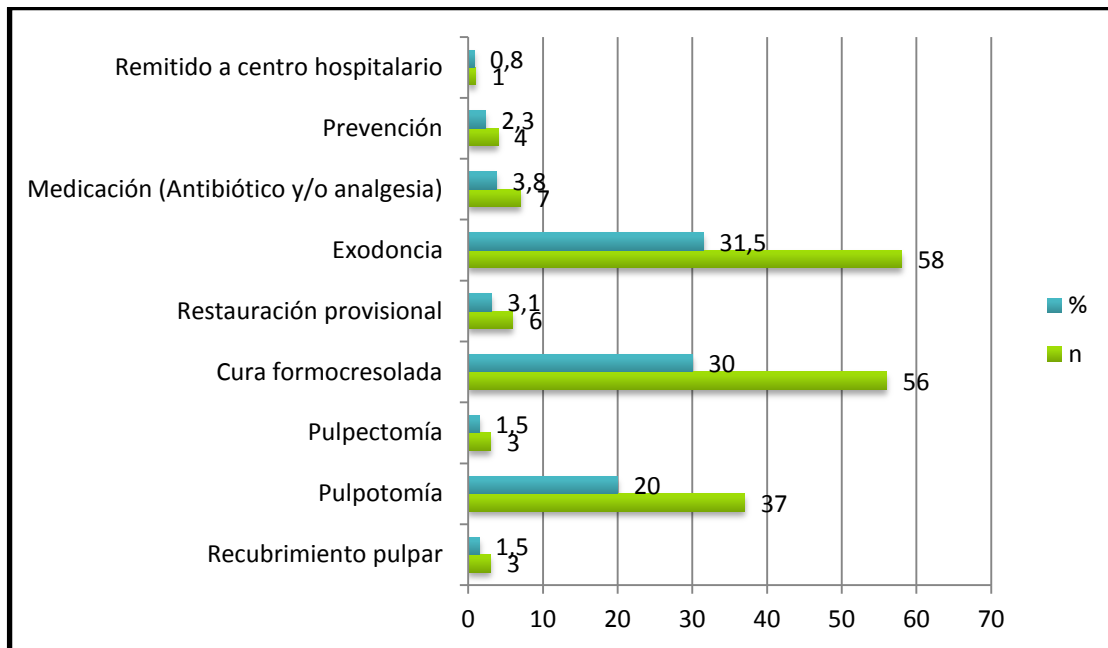


Gráfico 10 Distribución de los tratamientos realizados en las consultas de emergencias del Postgrado de Odontología Infantil, UCV. 2010.

Cabe destacar que por su frecuencia, es evidente, que la mayoría de los tratamientos se hayan realizado en las urgencias no traumáticas, dando como resultados para éstas que el promedio (Modo) de las Patologías No Traumáticas, variable Y, es la Patología Pulpar Grado V, porque es la que más se repite: 67 pacientes. (Ver tabla XVII)

De igual manera, el promedio de la otra variable, el tipo de tratamiento, es la exodoncia, el tratamiento más común (57 casos). En la Tabla de Contingencia se puede observar que la variable cualitativa y de tratamiento el modo es la exodoncia pero los casos correspondientes a cura formocresolada son de 50, que está muy cerca del Modo, se podría hablar de una distribución bimodal, para resumir que no hay un solo valor o categoría

para caracterizar esta variable, lo cual es normal. Alguien podría concluir que hay un tercer tipo de tratamiento que se destacaría: la pulpotomía, 36 casos.

Además, se puede observar una conexión entre la patología pulpar grado III y al tratamiento pulpotomía (celda con el valor más alto: 33); así también la relación entre cura formocresolada y patología pulpar V (valor 28) y correlación entre exodoncia y Patología pulpar V (valor 29).

Tabla XVII Distribución de los tratamientos y las urgencias no traumáticas. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Y X									
	Patología pulpar grado II	Patología pulpar grado III	Patología pulpar grado IV	Patología pulpar grado V	Restos radiculares	Otras condiciones no traumáticas de los tejidos	Fallas en la rizólisis/Retención primario	Problemas con las coronas de acero inoxidable	Total
Recubrimiento pulpar	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Pulpotomía	0	3	2	1	0	0	0	0	6
Pulpectomía	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Cura formocresolada	0	4	8	28	0	0	0	0	40
Restauración provisional	3	0	0	1	0	0	0	0	4
Exodoncia	2	4	9	29	7	2	4	0	57
Medicación (Antibiótico y/O analgesia)	0	0	0	6	0	0	0	0	6
Prevención	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Remitido a centro hospitalario	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Orientación	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Otro	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	7	15	10	67	7	4	4	1	115

TABLA DE CONTINGENCIA. X: TRATAMIENTO Y: URGENCIA NO TRAUMÁTICA

En cuanto a las urgencias y el género del paciente, las urgencias traumáticas se distribuyen equitativamente según el sexo (50% para cada género). En el caso de las urgencias no traumáticas el género se distribuye casi en la misma proporción (58,77% femenino y 41,23% masculino) que en la población estudiada (57,7% femenino y 42,3% masculino), lo cual en principio quiere decir que la variable género no explica el tipo de urgencias. Sin embargo, casi el 87% de las fracturas de la corona ocurre en los pacientes de sexo masculino y otras fracturas y las lujaciones se eleva a un 77,77 % en el sexo femenino. No se observa un predominio de ese tipo en el caso de las urgencias no traumáticas, pero se puede mencionar que en el caso de la patología pulpar III y IV la proporción del sexo femenino es de aproximadamente del 64%, ligeramente superior a la proporción del sexo masculino en la población (57,77%). (Ver tabla XVIII y XIX)

Tabla XVIII Distribución según género del paciente para las urgencias. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Urgencias	Femenino	Masculino
	Urgencia no Traumática	
Patología pulpar grado II	2	6
Patología pulpar grado III	33	17
Patología pulpar grado IV	12	7
Patología pulpar grado V	37	28

Restos radiculares	6	2
Otras condiciones no traumáticas de los tejidos	3	2
Fallas en la rizólisis/Retención primario	3	2
Problemas con las coronas de acero inoxidable	0	1
Urgencia Traumática		
Fractura de la corona sin compromiso pulpar	3	0
Fractura de la corona con compromiso pulpar	1	7
Fractura corono-Raíz	0	3
Lujación lateral	3	0
Lujación intrusiva	4	3

Fuente: Base de datos de la investigación.

Tabla XIX Distribución de pacientes clasificados por tipo de urgencia, según género. Facultad de Odontología, UCV. 2010.

Urgencias	Género%		
	Femenino	Masculino	Total
Urgencia no Traumática			
Patología pulpar grado II	0,8	3,1	3,8
Patología pulpar grado III	17,7	10,0	27,7
Patología pulpar grado IV	6,9	3,8	10,8
Patología pulpar grado V	20,0	16,2	36,2
Restos radiculares	3,1	0,8	3,8
Otras condiciones no traumáticas de los tejidos	1,5	0,8	2,3
Fallas en la rizólisis/Retención primario	1,5	0,8	2,3
Problemas con las coronas de acero inoxidable	0,0	0,8	0,8
Urgencia Traumática			
Infracción de la corona	0,0	0,0	0,00
Fractura de la corona sin compromiso pulpar	1,3	1,2	2,50
Fractura de la corona con compromiso pulpar	1,4	0,5	1,90
Fractura corono-raíz	0,5	0,4	0,90
Fractura de la raíz	0,2	0,1	0,30
Concusión	0,1	0,1	0,20

Sublujación	0,1	0,0	0.10
Lujación lateral	0.1	1.1	1.20
Lujación intrusiva	1.7	0.1	1.80
Lujación extrusiva	1.00	0.2	1.20
Avulsión dental	0.8	0.2	1.00
Conminución	0.00	0.2	0.20
Fractura del Proceso Alveolar	0.00	0.2	0.20
Fractura de la Pared Alveolar	0.2	0.00	0.20
Fractura Maxilar	0.00	0.00	0.00
Abrasión	0.2	0.1	0.30
Contusión	0.1	0.1	0.20
Laceración	0.9	0.2	1.10
Avulsión de los tejidos blandos	0.00	0.00	0.00

Fuente: Base de Datos de la Investigación.

En cuanto a las urgencias y los grupos etarios, en términos generales el 56,25% de los pacientes con traumatismos tienen entre 3 y 6 años, lo cual está en discordia con el 74,4% con esas edades en la población; esto se explica porque este caso el rango de edad para los casos de traumatismos, baja al grupo etario que va de los 1 a 4 años, en donde se concentra el 75% de los pacientes con urgencias traumáticas. El rango de edad de la población de 3 a 6 años se mantiene para los pacientes con urgencias no traumáticas (78,01%). También se puede observar una proporción muy elevada en la Patología Pulpar Grado III que se concentra en el grupo etario de 3 a 4 años (72% del total de 5 grupos).

También, la relación que existe entre el lugar de procedencia y el tipo de urgencia, que aunque la mayoría de

éstos fueron registrados en pacientes de la región capital, los datos no son muy precisos pero se encuentra que las patologías pulpares grado III y grado V, fueron en ambas regiones las más altas, para las urgencias no traumáticas. Al igual, en las urgencias traumáticas se repite, que los traumatismos, en ambas regiones coinciden en equivalencia por mayoría en dos alteraciones, la fractura de la corona sin compromiso pulpar y la lujación intrusiva.

Tabla XX Distribución de pacientes clasificados por tipo de urgencia, según lugar de procedencia geográfica. Año 2010.

Urgencias	Lugar de procedencia		
	Región capital	Otros	Total
URGENCIA NO TRAUMÁTICA			
Patología pulpar grado II	8	0	8
Patología pulpar grado III	44	6	50
Patología pulpar grado IV	17	2	19
Patología pulpar grado V	62	3	65
Restos radiculares	5	3	8
Otras condiciones no traumáticas de los tejidos	5	0	5
Fallas en la rizólisis/Retención primario	5	0	5
Problemas con las coronas de acero inoxidable	1	0	1
URGENCIA TRAUMÁTICA			
Lujación lateral	3	0	3
Fractura de la corona sin compromiso pulpar	6	2	8
Fractura de la corona con compromiso pulpar	2	1	3
Fractura coronario-raíz	2	1	3
Lujación intrusiva	5	2	7
Total	165	20	185

Fuente: Base de Datos de la Investigación.

CAPITULO V. DISCUSIÓN

En años recientes, muchos han sido los avances respecto al diagnóstico de las enfermedades bucales, sin embargo, se han realizado pocos estudios que cuantifiquen la atención y las necesidades de tratamiento en los diferentes postgrados de la institución. Los resultados obtenidos muestran un conocimiento escaso en relación a esta materia.

Las urgencias odontológicas se basan en diagnósticos con signos y síntomas referidos en el área bucal y maxilofacial, cuando el paciente se presenta con alguna condición que puede ser traumática o no. Las urgencias odontopediátricas ocurren por lesiones traumáticas, inflamatorias y hemorrágicas que afectan el estado general del niño o del adolescente.

Los resultados del presente estudio permiten evaluar, la cantidad de pacientes que asisten a urgencias por diversas alteraciones en edades muy tempranas, lo cual permitirá tener un seguimiento del crecimiento o no de las consultas de emergencias del Postgrado de Odontología Infantil de la Universidad Central de Venezuela, donde fueron atendidos 185

pacientes, en todo el año 2010, entre 0 y 12 años, de los cuales el 74,59% asistieron por urgencias no traumáticas, donde la patología pulpar grado V prevaleció con un 41,23% seguido por las patologías pulpares grado III con un 31,58%. El resto de las urgencias fueron por causas traumáticas, con un 25,41%, donde prevalecieron con un 36,17% las fracturas de la corona sin compromiso pulpar.

La mayoría de estos pacientes, en casi un 90%, procedieron de la región capital, lo que hace a la institución un centro de referencia capitalino, que a su vez, atendió pacientes de otras regiones. Aunque cabe destacar que con pocos datos registrados, los pacientes asisten a consulta 24 horas después de haber ocurrido la urgencia, lo que hace que el estado general y específico del paciente empeore y esto puede deberse a que estos dependen de un adulto para asistir a consulta, que por ignorancia, descuido entre otros no lo realizan.

Para las urgencias atendidas la edad promedio de 5,23 años, siendo el rango de edad más frecuente entre los 3 a 6 años (75,4%), donde las urgencias traumáticas se ubicaron en este rango, a diferencias de las no traumáticas, que comprendieron

mayor frecuencia en los rango de edad de 3 a 4 años, sobretodo para las patologías pulpares grado III, lo que lleva a pensar que el índice de caries afecta en gran manera a la población infantil. lo cual también difiere de otros estudios^{3,4,6,10,12,13}, donde los grupos predominantes son entre los 6 a 10 años, lo cual puede indicar, un grave problema de salud bucal, en edades tempranas en el país, lo que conlleva a una prevalencia en la dentición primaria.

En cuanto al género, los resultados fueron muy cercanos, de los pacientes atendidos en urgencia, para el femenino 57,7% y el masculino 42,3%, haciendo una ligera tendencia para el género femenino, aunque al separar las urgencias se obtiene que para las urgencias traumáticas, es mayor la prevalencia en varones ligeramente, a diferencia de las no traumáticas donde prevalece en el género femenino, aunque el género para este estudio no explica las urgencias, difiriendo de otros reportes^{6,8,10,11,13,15} donde el género predominante es el masculino, aunque eso también de la población existente en cada país y región. Aunque para los traumatismos, no existe una tendencia en géneros para describirla en cuanto a su prevalencia.

Las urgencias traumáticas fueron menos frecuentes en el servicio y esto puede ser debido a que las consultas de emergencias, no se encuentran dentro de un área hospitalaria y por ello no cuenta con los equipos e instrumentos necesarios para la atención de urgencias traumáticas graves, o por desinformación de la población asisten a centros hospitalarios dejando atrás la salud bucal. También, puede darse la situación que la tasa de frecuencia en el país es baja. Aun así, en el estudio se evidencio que para las urgencias traumáticas la prevalencia fue para las fracturas de la corona sin compromiso pulpar y las lujaciones intrusivas, en dentición primaria y fracturas de la corona sin compromiso pulpar para las permanentes, haciendo que sean similares a varios estudios, donde reportan una alta prevalencia en dentición primaria, para las fracturas de la corona sin compromiso pulpar, lujaciones laterales, lujaciones intrusivas y sublujaciones.^{6,10,13,20,21,22.} Al igual, que Quintero y col⁶ las lesiones de tejido blando, se presentaron de manera baja, esto pudiera ser porque al no estar acompañado del trauma dental, no sea considerado dentro de los diagnósticos de traumatismos, o el dental, sea mayor y poco relevante estos, pero la mayoría reporta la laceración y la abrasión como los más frecuentes, coincidiendo con nuestro estudio donde el maxilar superior fue el más afectado con

respecto al inferior, en un 92,30%, donde la laceración predominó con un 30,76% seguido por la contusión y abrasión, ambas con un 23,07%.

En cuanto, a la dentición, fueron 242 urgencias donde pudo resultar un diente con una o diferentes alteraciones, en 226 dientes atendidos. De todos estos casos hubo una mayor prevalencia, para la dentición primaria, esto debido al rango de edad con que acuden los pacientes a las consultas con sus respectivas alteraciones o patologías. El 96,2% ocurrió en la dentición primaria y en poca cantidad, por los pocos casos especiales atendidos, en mayores edades, con un 3,8% para la dentición permanente. En todas las urgencias los dientes más afectados fueron el 51 (19%) y el 61(16,52%). En la dentición primaria el diente más afectado en las urgencias traumáticas fue el 51, por fracturas de la corona no complicada y lujaciones intrusivas y en la dentición permanente el 21, por fractura de la corona no complicada. En las urgencias no traumáticas, el 74 fue el diente más afectado, en su mayoría por patologías pulpares grado III, en dentición primaria y en dentición permanente el 36 por patologías pulpares. Todos estos datos coinciden con lo reportado donde la mayoría de los casos de urgencias ocurren en

dentición primaria y donde los incisivos centrales superiores para ambas denticiones suelen ser los más afectados en ambas urgencias.^{3,6,9,12,13,20,23}

Estudios reportan que inflamación o absceso gingival, seguido de la pulpitis y la recementación de coronas de acero inoxidable o mantenedores de espacio, junto a los tratamientos pulpotomía y pulpectomías, son los más comunes^{3,5,6,13,20}, a diferencia, de esta investigación donde los casos más prevalentes son las Patologías Pulpares V y III, aunque puede darse el caso donde pueda presentarse en éstas, inflamación o absceso gingival, siendo así que el tratamiento más frecuente fue la exodoncia, esto podría estar relacionado por ser alteraciones que pueden conllevar a dicha situación, seguido por las curas formocresoladas y pulpotomías, donde las pulpotomías estaban relacionadas con las patologías pulpares grado III y las curas formocresoladas y exodoncias con las patologías pulpares grado V, esto también se debe a que, la frecuencia de urgencia se debieron a causas no traumáticas. Siendo las exodoncias el tratamiento más predominante, conlleva a pérdidas prematuras y sus consecuencias, lo que debe causar preocupación, más si éstas son solo atendidas como urgencias y no tienen seguimiento

para instalar mantenedores de espacio.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

- Las causas de las urgencias odontológicas en nuestro estudio, sigue siendo la misma dada por las consecuencias de las caries y los traumatismos dentales principalmente.
- Se pudo determinar la necesidad de la población infantil, para requerir el servicio que se presta en las consultas de emergencias del Postgrado de Odontología Infantil, a través, de una base de datos que podrá servir para la evaluación por periodos del mismo, sabiendo que la mayoría de la población asistente, es de la capital, y tienen al mismo como un centro de referencia.
- Con el perfil epidemiológico, se determinó que las urgencias no traumáticas fueron las más frecuentes con un 74,5%, prevaleciendo de las traumáticas que constituyen un 25,4%, para una población entre los 3 y 6 años (75,4%), principalmente, sin diferencia marcada en sexo. Las urgencias no traumáticas más frecuentes fueron la patología pulpar grado V (41,23%) y grado III (31,58%), a su vez, las traumáticas en su mayoría fueron fracturas sin compromiso pulpar en un 36,17%, seguido por la luxación lateral en un 31,91%. Sabiendo así, que necesidad de tratamiento la

población mayormente requiere.

- El tratamiento que más se realizó fueron las exodoncias seguido de las curas formocresoladas, lo cual está relacionado con las urgencias no traumáticas presentes. Lo que es preocupante por la edad donde se está presentando, y las perdidas prematuras que se están sumando a estos, mas sabiendo que los tratamientos realizados son motivados por una urgencia y los mismos son inmediatos y quizás sin seguimiento para realizar un tratamiento integral adecuado.
- Todo esto sirve como apoyo epidemiológico, para la elaboración de campañas educativas y preventivas, así como la mejora del servicio de emergencias, en cuanto a su infraestructura, materiales y otros, ya que, se cuenta ahora con la información precisa en cuanto al perfil del paciente y la necesidad del tratamiento.
- Los resultados de este estudio reflejan la necesidad de diseñar un protocolo de manejo y atención de estos pacientes y su aplicación en otro sistema de atención odontopediátrico, lo que sin duda repercutirá en el aumento de la calidad de vida de los niños venezolanos.

CAPITULO VII. RECOMENDACIONES

- Para poder determinar los motivos de consultas, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento inmediato y seguimiento y controles entre otros, deben estar los mismos bien expresados en la historias, por lo que se insta a que los docentes encargados, estén al pendiente de los datos registrados, que sean completos, precisos y correctos.
- Se insta a que se realicen protocolos de urgencia en diagnóstico y tratamiento. Los protocolos son necesarios, ya que, permiten ayudar al odontopediatra y a otros profesionales de la salud, en entregar el mejor cuidado posible de la manera más eficiente. Es muy importante promover la conciencia pública y educar a la población que está en mayor riesgo de traumatismos dentarios y caries dental, todo esto mejorará el pronóstico de corto y largo plazo, y la rapidez de la atención.
- A los encargados de los triajes, realizar un buen filtro, de lo que es urgencias o no, para agilizar y mantener bien canalizadas las consultas.
- Debido al índice de patologías pulpares y traumatismos, se deben crear campañas de prevención y promoción de la salud.

- Verificar que se cumpla con el buen trato, atención oportuna, medidas de protección y que se disponga de insumos o materiales e infraestructura necesaria.
- Los docentes encargados de las urgencias, así como los alumnos, deben estar capacitados, entrenados y actualizados, acerca de la atención de urgencias.
- Realizar este estudio, cada cierto tiempo, y poder evaluar epidemiológicamente las urgencias y el funcionamiento del servicio.
- Se recomienda que estudiantes de odontopediatría, tengan área de participación en las urgencias odontológicas hospitalarias.
- Cambiar el nombre de las consultas de emergencia por consultas de urgencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez J, Mayor F, Pérez A. La caries dental como urgencia y su asociación con algunos factores de riesgo en niños. Rev méd electrón. 2010; 32: 2.
2. Programa de especialización en Odontología Infantil UCV. Caracas. Venezuela. 1982.
3. Lygidakis N, Marinou D, Katsaris N. Analysis of dental emergencies presenting to a community paediatric dentistry centre. International Journal of Paediatric Dentistry 1998; 8: 181-190.
4. Peral B, Barrientos F, Galdeano M, Sánchez L, Hernández A. Estudio epidemiológico de las urgencias en cirugía oral y maxilofacial en un hospital general. Rev Esp Cirug Oral y Maxilof. 2004; 26.
5. Fodor A, Navarrete E, Cáceres E, Muñoz F. Atención de urgencias odontológicas en el hospital de urgencia asistencia pública. Rev Dent Chile. 2005; 96: 3.
6. Samra P, Rivera F, Bernardoni C, Arteagas M, Finol A. Epidemiología de las urgencias odontológicas en niños atendidos en la facultad de odontología de la Universidad del Zulia. Ciencia Odontológica. 2008; 5: 2.

7. Ministerio de salud de Chile. Guía Clínica Urgencia Odontológica Ambulatoria. Santiago, Minsal, Chile. 2007.
8. Anderson L, Cherala S, Traore E, Martin N. Utilization of hospital emergency departments for non – traumatic dental care in New Hampshire, 2001-2008. J Community Health. 2010.
9. Choi S, Park J, Pae A, Kim J. Retrospective study on traumatic dental injuries in preschool children at Kyung Hee Dental Hospital, Seoul, South Korea. Dental traumat. 2010; 26: 70-75.
10. Díaz J, Bustos L, Brandt A, Fernández B. Dental injuries among children and adolescents aged 1-15 years attending to public hospital in Temuco, Chile. Dental traumat. 2010; 26: 254-261.
11. Jesus M, Antunes L, Risso P, Freire M, Maia L. Epidemiologic survey of traumatic dental injuries in children seen at the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil. Braz Oral Res. 2010; 24: 1.
12. Guedes O, Alencar A, Lopes L, Pecora J, Estrela C. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental urgency service. Braz Dent J. 2010; 21: 2.
13. Sakai V, Magalhaes A, Pessan J, Silva S, Machado M. Urgency treatment profile of 0 to 15 year-old children assisted

- at urgency dental service from Bauru Dental School, University of Sao Paulo. *J Appl Oral Sci.* 2005; 13: 4.
14. Majorana A, Bardellini E, Flocchini P. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years. Ten years experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 110: 13-18.
 15. Seale N, Coll J. Vital pulp therapy for the primary dentition. *Gen Dent.* 2010; 58: 3.
 16. Blanchard S, Boyton J. Current pulp therapy options for primary teeth. *J Mich Dent Assoc.* 2010; 92: 38.
 17. Mattos V. Factores Socioeconómicos y de comportamiento relacionados con caries dental en escolares del distrito La Molina, Lima, Perú. *Rev Estomatol Herediana.* 2010; 20: 25.
 18. Lima M. Incidencia de celulitis facial odontogena en el territorio de Matanzas. *Rev Med Elec.* 2009; 32: 4.
 19. Nalliah R, Veeratrishul A, Elangovan S, Karimbux N. Hospital based emergency department visits attributed to dental caries in the United States in 2006. *J Evid Base Dent Pract* 2010; 10: 212-222.
 20. Arikan V, Sari S, Sonmez H. The prevalence and treatment outcomes of primary tooth injuries. *Eur J of Dent.* 2010; 4.
 21. Andreasen J, Andreasen F, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 4th edn. Oxford. Blackwell Munksgaard. 2007.

22. Glendor U. Aetiology and risk factors related to traumatic dental injuries –a review of the literature. *Dent Traumatol.* 2009; 25: 19-31.
23. Altun C, Bugra O, Elsi E, Guven G, Gürbüz T, Acikel C, Basak F, Akbulut E. Traumatic injuries to permanent teeth in Turkish children, Ankara. *Dental Traumat* 2009; 25: 309–313.
24. Hasan A, Qudeimat M, Andersson L. Prevalence of traumatic dental injuries in preschool children in Kuwait- a screening study. *Dental Traumat.* 2010; 26: 346-350.
25. Avsar A, Topaloglu B. Traumatic tooth injuries to primary teeth of children aged 0-3 years. *Dental Traumat.* 2009; 25: 323-327.
26. Moule A. Moule C. Minor traumatic injuries to the permanent dentition. *Dent Clin N Am.* 2009; 54: 639–659.
27. Moreno A, Cano V, Garcia R. *Epidemiología clínica.* 2da. Edición. Editorial Interamericana McGraw Hill. México, 1994. 281p.
28. Pallas J, Villa J. *Métodos de investigación.* Editorial Harcourt. 2da. Edición. España. 2002; 364p.
29. Fidas G, A. *El proyecto de investigación.* Editorial Episteme. 5ta. Edición. Venezuela. 2006.

ANEXOS

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CATEDRA DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Fecha _____

HISTORIA CLINICA

Apellidos _____ Nombres _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar _____ Edad _____ Sexo _____

Dirección _____

Motivo de la Consulta _____

Antecedentes Médicos _____

Está en tratamiento médico: Si
No
No sabe

Es alérgico a la penicilina o algún otro medicamento Si
No
No sabe

Qué tipo: _____

Cuál: _____

Es propenso a sufrir sangramiento: Si
No
No sabe

Ha tenido complicaciones con la anestesia. Si
No

Por qué: _____

Otras complicaciones _____

Padece de otra enfermedad Si
No

Describe _____

Signos y síntomas: _____

información radiográfica _____

Diagnóstico _____

Tratamiento indicado: _____

Fecha	Diente	Tto efectuado	Nombre del alumno	Firma del Profesor

Observaciones: _____

Remitido a _____

Anexo 1 Historia Clínica de Emergencia

HISTORIA DE TRAUMATISMOS DENTARIOS

DATOS PERSONALES

Apellidos:		Nombres:	
Edd:	Sexo:	M	F
Lugar y fecha de nacimiento:			
Dirección:			
Teléfonos:			
Representante:		Parentesco:	
Fecha y hora del examen:			

HISTORIA MÉDICA

ANTECEDENTES DE TRAUMA

¿Tiene alguna enfermedad médica importante?	Si	No	¿Sufrió anteriormente traumatismos dentarios?	Si	No
Explique:			¿Cuándo?	¿Qué dientes fueron lesionados?	
Tratamiento recibido:					

TRAUMATISMO ACTUAL

Fecha		Hora:		¿Dónde ocurrió?		¿Cómo ocurrió?	
¿Tuvo o tiene cefaleas?						Si	No
¿Tuvo o tiene náuseas?						Si	No
¿Tuvo o tiene vómitos?						Si	No
¿Estuvo inconsciente al producirse el traumatismo?						Si	No
¿Cuánto tiempo?							
¿Puede recordar lo que ocurrió antes, durante o después del accidente?						Si	No
Dolor al frío	Si	No	¿En qué dientes?				
Dolor o molestias al masticar	Si	No	¿En qué dientes?				
Dolor constante	Si	No	¿En qué dientes?				
¿Recibió tratamiento en algún otro lugar?		Si	No	¿De qué tipo?			
En casos de avulsión		¿Dónde se hallaron los dientes?			¿Cuándo?		
¿Se hallaron sucios?	Si	No	¿De qué manera fueron guardados?				
¿Se lavaron antes del reimplante?	Si	No	¿Con qué?				
¿Cuándo se reimplantaron?		¿Recibió la antitetánica?				Si	No
¿Recibió antibiótico?	Si	No	¿Cuál?		Dosis:		

EXAMEN CLÍNICO

Estado general de la dentición

Actividad de caries	baja	moderada	alta
Estado periodontal	bueno	aceptable	malo
Relación oclusal horizontal (Sobre mordida)	normal	aumentada	_____mm
Relación oclusal vertical (Resalte)	profunda	abierta	normal

Hallazgos intraorales y extraorales

Lesiones de la mucosa oral	Si	No	Tipo y localización:
Lesiones gingivales	Si	No	Tipo y localización:
Fractura dentaria	Si	No	Tipo y localización:
Fractura alveolar	Si	No	Tipo y localización:
Hemorragia nasal o rinitis	Si	No	
Hemorragia del conducto auditivo externo	Si	No	
Visión doble o movimientos oculares limitados	Si	No	
Signos palpables de fractura del esqueleto facial	Si	No	Tipo y localización:

Información complementaria:

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Fractura coronaria	Si	No	¿Dientes?:
Fractura radicular	Si	No	¿Dientes?:
Fractura corono-radicular	Si	No	¿Dientes?:
Fractura alveolar	Si	No	¿Dientes?:
Obliteración del conducto radicular	Si	No	¿Dientes?:
Resorción radicular	Si	No	¿Dientes?:
Desplazamiento	Si	No	¿Dientes?:

DIAGNÓSTICO

1. Lesión de tejidos blandos	6. Fractura corona-raíz complicada	11. Extrusión
2. Infracción	7. Fractura radicular	12. Lujación lateral
3. Fractura coronaria no complicada	8. Concusión	13. Avulsión
4. Fractura coronaria complicada	9. Sublujación	14. Necrosis-gangrena
5. Fractura corona-raíz no complicada	10. Intrusión	

DIENTE	LESION	OBSERVACIONES

PLAN DE TRATAMIENTO INMEDIATO

Reubicación	
Ferulización	
Terapia pulpar	
Recubrimiento pulpar directo	
Recubrimiento pulpar indirecto	
Restauración	
Exodoncia	
Medicación	
Control periódico	
Otros	

PLAN DE TRATAMIENTO DEFINITIVO

PRONOSTICO

--

CONTROLES PERIÓDICOS	Fecha	Fecha	Fecha
Evaluación clínica			
Radiografías			
Fotos			

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO:	NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESOR:
REMITIDO A:	

SECUENCIA DE TRATAMIENTO

FECHA	TRATAMIENTO REALIZADO	ALUMNO	PROFESOR

Codificación

1. Número de Paciente
2. Características Demográficas.
 - 2.1. *Edad.*
 - 2.1.1. (0 a 12 años)
 - 2.2. *Género.*
 - 2.2.1. Femenino 1
 - 2.2.2. Masculino 2
 - 2.3. *Lugar de Procedencia.*
 - 2.3.1. No registrado. 0
 - 2.3.2. Región Capital. (Miranda, Vargas, Distrito Capital). 1
 - 2.3.3. Otra región. 2
3. Tiempo transcurrido.
 - 3.1. *No registrado.* 0
 - 3.2. *Inmediato. (<24h)* 1
 - 3.3. *No inmediato. (>24h)* 2
4. Lugar anatómico afectado
Tejido Blandos y Duros
 - 4.1. *Maxilar Superior.* 1
 - 4.2. *Maxilar Inferior.* 2
 - 4.3. *Ambos.* 3Dentición
 - 4.4. *Dentición primaria.* 55, 54, 53, 52, 51, 61, 62, 63, 64, 65, 75, 74, 73, 72, 71, 81, 82, 83, 84, 85.
 - 4.5. *Dentición permanente.* 16, 12, 11, 21, 22, 26, 36, 32, 31, 41, 42, 46.
5. Urgencias No traumáticas.
 - 5.1.1. Patología Pulpar.
 - 5.1.2. Patología Pulpar grado II.1
 - 5.1.3. Patología Pulpar grado III.2
 - 5.1.4. Patología Pulpar grado IV.3
 - 5.1.5. Patología Pulpar grado V.4
 - 5.2. Restos radiculares.5
 - 5.3. Otras condiciones no traumáticas de los tejidos.6
 - 5.3.1. Gingivostomatitis herpética.
 - 5.3.2. Úlceras aftosas.
 - 5.3.3. Candidiasis bucal.
 - 5.3.4. Pericoronaritis.
 - 5.3.5. Celulitis facial.
 - 5.3.6. *Diente neonatal.*
 - 5.3.7. *Quistes de erupción.*
 - 5.3.8. *Erupción ectópica de diente permanente.*

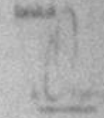
Anexo 4 Codificación para el Instrumento de recolección de datos

- 5.3.9. *Discoloración de la corona.*
- 5.3.10. *Alergia.*
- 5.3.11. *Parotiditis.*
- 5.3.12. *Otra.*
- 5.4. **Fallas en la rizólisis/Retención Primario. 7**
- 5.5. **Problemas con las coronas de acero inoxidable.8**
- 5.6. **Problemas por aplicaciones ortodóncicas.9**
- 6. **Urgencia Traumática.**
 - 6.1.1. **Infracción de la corona.1**
 - 6.1.2. **Fractura de la corona sin compromiso pulpar.2**
 - 6.1.3. **Fractura de la corona con compromiso pulpar.3**
 - 6.1.4. **Fractura corono-raíz.4**
 - 6.1.5. **Fractura de la raíz.5**
 - 6.1.6. **Concusión.6**
 - 6.1.7. **Sublujación.7**
 - 6.1.8. **Lujación Lateral.8**
 - 6.1.9. **Lujación intrusiva.9**
 - 6.1.10. **Lujación extrusiva.10**
 - 6.1.11. **Avulsión. 11**
 - 6.1.12. **Conminución. 12**
 - 6.1.13. **Fractura del proceso alveolar.13**
 - 6.1.14. **Fractura de la pared alveolar.14**
 - 6.1.15. **Fractura maxilar.15**
 - 6.1.16. **Abrasión.16**
 - 6.1.17. **Contusión.17**
 - 6.1.18. **Laceración.18**
 - 6.1.19. **Avulsión de los tejidos blando.19**
- 7. **Tratamientos.**
 - 7.1. **Tratamiento Pulpar.**
 - 7.1.1. **Recubrimiento pulpar1**
 - 7.1.2. **Pulpotomía.2**
 - 7.1.3. **Pulpectomía.3**
 - 7.1.4. **Cura Formocresolada.4**
 - 7.2. **Restauración provisional.5**
 - 7.3. **Exodoncia.6**
 - 7.4. **Reubicación.7**
 - 7.5. **Medicación (antibiótico y/o analgesia).8**
 - 7.6. **Prevención.9**
 - 7.7. **Remitido a centro hospitalario.10**
 - 7.8. **Remoción de aplicación ortodoncica.11**
 - 7.9. **Orientación.12**
 - 7.10. **Otro.13**

Anexo 5 Codificación para el Instrumento de recolección de datos



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN DE
URGENCIAS ODONTOLÓGICAS EN EL POSTGRADO
DE ODONTOLOGÍA INFANTIL DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UCV**



Yo, _____ de _____ años de edad, cédula de identidad
Nº _____, procedente de _____, como representante legal o familiar de
_____ he sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es
de tipo docente-asistencial, caracterizada por la atención odontológica a cargo de odontólogos bajo la supervisión
clínica de docentes-especialistas.

Me han explicado en forma clara y suficiente la naturaleza de la enfermedad, su evolución natural, sus
consecuencias y estoy al tanto del tratamiento detallado, sus beneficios, objetivos e importancia; alternativas de
tratamiento (ventajas y desventajas); riesgos y complicaciones más comunes, menos comunes y riesgos individuales;
consecuencias en caso de negativa o tardanza para aceptar o iniciar el tratamiento; tiempo que durará el procedimiento
o tratamiento completo del área bucal o diente involucrado, por lo que autorizo la realización de exámenes
diagnósticos, tales como: examen clínico, radiografías, fotografías, y la ejecución de un tratamiento inmediato para
evitar mayores complicaciones.

Se me explicó que por tratarse de un tratamiento de urgencia, donde el niño acude frecuentemente con dolor
o alguna molestia, si surgiese cualquier situación inesperada o un mal comportamiento de mi representado durante el
tratamiento, autorizo al odontólogo a realizar técnicas o maniobras que estime oportunas para la resolución de dicha
situación, incluyendo la estabilización protectora y control de voz; garantizando así, la seguridad de mi representado y
del profesional, para permitir la culminación óptima del procedimiento.

Comprendo, que dicho tratamiento es *provisional* y podría requerir citas sucesivas para terminar de resolver la
urgencia o realizar los controles necesarios. Adicionalmente estoy consciente que mi representado necesita atención
integral para restablecer su salud bucal; por lo que me comprometo a cumplir con las indicaciones postoperatorias
suministradas y mantener una adecuada higiene de su boca, así como cubrir los costos del tratamiento según las tarifas
establecidas por la Facultad de Odontología de la UCV.

También se me explicó que se repetirá el procedimiento sólo en la primera oportunidad y de no ser causado,
evidentemente, por el incumplimiento de las indicaciones postoperatorias. Los datos y record diagnósticos
suministrados pudiesen ser utilizados con fines académicos y científicos o futuras investigaciones, siempre con garantía
de la confidencialidad y resguardo de la identidad de mi representado.

Me siento libre, sin coacción ni manipulación, para decidir de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro
competente para tomar las decisiones que correspondan. En tal sentido **doy mi consentimiento** al facultativo a realizar
el tratamiento pertinente; sin represalia, ni penalidad alguna; con el buen entendido que puedo retirar este
consentimiento por escrito cuando así lo desee; así mismo doy fe de que mi representado fue escuchado: Si ___ No ___
o dio su asentimiento Si ___ No ___

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
Nombre del representante legal: _____ C.I.: _____
Parentesco: _____ Firma: _____
Testigo 1: _____ C.I.: _____ Firma: _____
Testigo 2: _____ C.I.: _____ Firma: _____
Nombre del profesional: _____ Firma: _____

Caracas, _____ de _____ de _____

**Anexo 6 Consentimiento informado para atención de urgencias
odontológicas en el postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de
Odontología de la UCV.**

COMITE

BiOÉTICA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - UCV

Nº 0210-2011

Caracas, 07 de octubre de 2011

Ciudadana
Od. Digna Blanco.

Nos dirigimos a usted en la oportunidad de informarles que el Comité de Bioética de esta Facultad, una vez analizado el proyecto de investigación, presentado por usted bajo el título: "PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS DEL POSTGRADO DE ODONTOLOGIA INFANTIL. UCV. 2010".

Concluye que el mismo aprueba su protocolo de investigación, por lo tanto tiene una validez de un año a partir de la fecha 10-10-2011 al 11-10-2012. Se le informa que al cabo del año debe presentar un informe sobre los resultados parciales o finales de la investigación, ya que el aval es indispensable para defender su presentación o para publicarla. En caso de no concluirla, deberá consignar un informe con los resultados parciales antes mencionados, para prorrogar el aval o en el mejor de los casos un informe con los resultados finales de su investigación para concluir el seguimiento de la investigación por parte del Comité de Bioética.

Sin otro particular a que hacer referencia.

Atentamente.-


Prof. María J. Ferro de Farisa
Coordinadora del Comité de Bioética



MJFF/mjff

Ciudad Universitaria de Caracas, Patrimonio Mundial de la Humanidad

Anexo 7 Carta de aprobación del Comité de Bioética, de la Facultad de Odontología, UCV.