

**PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 V1 20-01-2022**

1. OBJETIVO

Ofrecer los parámetros de seguridad y de calidad para la atención de los pacientes en el servicio de cirugía oral de CECIMIN.

2. RESPONSABLES

Odontólogo general- Cirujano Oral o Cirujano Maxilofacial

3. RECURSOS

1.1. Personal

- Odontólogo general/ Cirujano Oral o Cirujano Maxilofacial
- Auxiliar de odontología

1.2. Insumos y Dispositivos médicos

- Jeringa Carpula
- Micromotor
- Contra-ángulo
- Periostotomo
- Elevadores rectos
- Cureta de Lucas
- Periostotomo
- Elevadores angulados. (Apicales y de bandera).
- Fórceps básicos. (150, 151, 16, 69.)
- Mango de bisturí
- Periostotomo
- Fórceps
- Separador de colgajo (Minnesota, Seldin 23).
- Fresas quirúrgicas de baja velocidad y tallo largo (redondas # 5, 6, 7, 8, troncocónicas # 701, 702, 703).
- Pinzas de disección con y sin garra.
- Pinzas mosquito curva y/o recta.
- Porta agujas.
- Tijera para tejidos.
- Tijera para sutura.
- Cánula de succión
- Campos quirúrgicos estériles.
- Hojas de Bisturí
- Sutura
- Solución salina
- Gasas
- Fresas Quirúrgicas
- Fresa Zekrya

1.3. Equipos biomédicos

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

- Unidad odontológica
- Micromotor
- Pieza de alta

1.4. Medicamentos

- Solución salina 0.9%
- Esponjas hemostáticas
- Clorhexidina 0.12%
- Solución Yodada
- Anestesia
- Los medicamentos que se formulen serán entregados por el asegurador o adquiridos por el paciente.

4. ALCANCE

El protocolo se aplicará a los pacientes atendidos en CECIMIN, que presenten dientes con indicación de exodoncia o procedimientos de cirugía oral.

5. ENFOQUE DIFERENCIAL

La aplicación de este procedimiento a todos los pacientes se realiza sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, permitiendo la inclusión de la población vulnerable con discapacidad múltiple, trastornos médicos subyacentes, ciclo de vida (adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Rrom, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), Población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Las particularidades se abordan en el protocolo de atención con enfoque diferencial de CECIMIN.

6. GENERALIDADES

6.1 DEFINICIONES

- **Exodoncia:** La extracción dental es un procedimiento que incorpora la aplicación correcta de principios quirúrgicos, físicos y mecánicos para lograr la remoción de un diente.
- **Anestesia Local:** Pérdida de la sensación en un área circunscrita del cuerpo causada por la depresión de la excitación de las terminaciones nerviosas o una inhibición del proceso de conducción en los nervios periféricos.
- **Anestésicos Locales:** Son compuestos que bloquean de manera reversible la conducción nerviosa en cualquier parte del sistema nervioso a la que se apliquen. Pasado su efecto, la recuperación de la función nerviosa es completa. Se utilizan principalmente con la finalidad de suprimir o bloquear los impulsos nociceptivos, sea en los receptores sensitivos, a lo largo de un nervio o tronco nervioso o en los ganglios, y tanto si la aferencia sensorial discurre por nervios aferentes somáticos como vegetativos. En ocasiones, el bloqueo sirve también para suprimir la actividad eferente simpática de carácter vasoconstrictor.
- **Asepsia y antisepsia:** La asepsia tiene por objeto evitar que los gérmenes penetren al organismo humano, mediante la aplicación de técnicas que eviten la contaminación y/o mantengan la esterilización; la antisepsia a su vez, se encarga de destruirlos cuando se encuentran sobre los tejidos y superficies que vamos a manipular, mediante la aplicación de sustancias químicas, llamados antisépticos; por lo tanto, podemos definir ambos términos como: "El conjunto de medidas y procedimientos que se ponen en práctica para conseguir la esterilización del material e instrumental quirúrgico y de todo aquello que

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

tenga contacto con el campo operatorio”; dicho de otra manera, “Es lograr la eliminación de agentes sépticos, antes, durante y después del acto quirúrgico de que se trate”.

- **Fracturas Radiculares:** Las fracturas radiculares pueden definirse como pérdidas de solución en la estructura dentaria involucrando dentina, cemento, pulpa y ligamento periodontal y rara vez tejido óseo, su patrón de reparación es complejo debido al deterioro concomitante de las estructuras mencionadas. Es una de las complicaciones más comúnmente asociadas con la extracción dental.
- **Fractura Mandibular:** Es una de las complicaciones menos frecuentes pero más severas durante la extracción de terceros molares inferiores. Consiste en la pérdida de la continuidad normal de la sustancia ósea en el hueso mandibular por una ruptura parcial o total del mismo.
- **Fractura de la Tuberosidad:** Es la pérdida de la continuidad en la porción posterior del hueso maxilar. Puede ocurrir en pacientes con senos maxilares neumatizados, y en los cuales la tuberosidad tenga poca base ósea. En ocasiones se puede establecer comunicación orosinusal.
- **Comunicación Oro-antral u Oro-sinusal:** Es una complicación común después de la extracción de los dientes posteriores del maxilar superior, principalmente por la estrecha relación que existe entre las raíces de estos dientes con el seno maxilar. La frecuencia de comunicaciones oroantral es después de exodoncias superiores reportada en la literatura es de 55% para el primer molar superior, 28% para el segundo molar, 8% para el tercer molar, 5% para el segundo premolar y 3% para el primer premolar.
- **Luxación Mandibular:** Se presenta cuando el cóndilo de la mandíbula, al abrir la boca, sobrepasa la eminencia del temporal, por lo que queda bloqueado, permaneciendo la boca abierta. Puede ocurrir al aplicar una fuerza excesiva durante la exodoncia de dientes mandibulares en pacientes con predisposición, por excesiva laxitud ligamentosa u otros motivos.
- **Hemorragia Intraoperatoria:** Lesión ocasionada por ruptura de vasos sanguíneos mayores o menores durante el acto quirúrgico. En un procedimiento quirúrgico se puede generar un sangrado o hemorragia por razones generales y por causas locales, ya que los tejidos de la cavidad oral están altamente vascularizados y generalmente se producen heridas abiertas tanto en tejidos blandos como en tejidos duros.
- **Alveolitis:** Resultado de un proceso inflamatorio local en el alvéolo luego de una extracción dental, producida por una pérdida prematura del coágulo sanguíneo, dejando expuestas terminaciones nerviosas libres y la posibilidad de una colonización bacteriana posterior, en donde se va a manifestar un intenso dolor en el alvéolo expuesto.
- **Equimosis:** Extravasación de sangre al interior de un tejido, especialmente en el tejido subcutáneo. La extravasación se manifiesta por una mancha de color rojo violáceo que debido a las modificaciones que sufre la hemoglobina de los eritrocitos de la sangre extravasada, cambia su color a azul, verde y amarillo hasta que desaparece. La equimosis se puede producir por diversos tipos de traumatismos, o puede estar relacionada con ciertas enfermedades que provocan un aumento de la fragilidad de las paredes vasculares.

6.2 ESTUDIOS PREVIOS AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Las pautas o recomendaciones previas a cualquier momento quirúrgico para atender un paciente en el servicio de odontología de CECIMIN que requiera exodoncias son:

1. Historia Clínica del Paciente

Tome un tiempo prudente en indagar a su paciente durante la realización de la Historia Clínica sobre los antecedentes sistémicos, patológicos, traumáticos o farmacológicos que

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

pudieran afectar el curso de un tratamiento odontológico en especial el de tipo quirúrgico e incluso contraindicar, según la Historia Clínica.

2. Exploración de la cavidad bucal

Establezca una adecuada inspección de los tejidos blandos y duros que circundan la zona a intervenir con el fin de determinar tamaño y posición de la estructura, así como su relación con órganos vecinos.

Esta inspección le proporcionará elementos de juicio importantes para clasificar o calificar el grado de complejidad del procedimiento y con el resultado obtenido realizarlo o remitir a un nivel II o III.

3. Uso de ayudas complementarias

Recuerde que a su disposición tiene numerosos recursos imagenológicos y de laboratorio clínico que le permitirán confirmar su impresión diagnóstica o corroborar el estado de salud general de su paciente. Si cree pertinente ordénelos previo a cualquier procedimiento quirúrgico y consigne los resultados de estos en la historia con la correspondiente interpretación.

Si no está seguro de los resultados o de la clínica de su paciente solicita interconsulta con el Médico tratante.

Dentro de los exámenes recomendados se encuentran:

- Cuadro Hemático
- TP y TPT permiten valorar la cascada de la coagulación en su paciente, vía Extrínseca y la vía intrínseca respectivamente.
- INR permite realizar el seguimiento de pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes.
- Glicemia preprandial para pacientes diabéticos.

Ordene un estudio radiográfico que incluya por lo menos radiografía periapical de la zona a intervenir o idealmente una radiografía panorámica que proporciona una idea global del estado de los tejidos duros y de la cavidad oral.

El uso de la radiografía le permite entre otras:

- 1.** Determinar el estado del diente a intervenir en cuanto a tamaño, forma, condiciones de normalidad o anormalidad, relaciones con tejidos y estructuras adyacentes.
- 2.** Establecer el tipo de hueso en cuanto a calidad y cantidad.
- 3.** Evaluar el compromiso con estructuras anatómicas vecinas como el canal del nervio dentario inferior, seno maxilar entre otros.
- 4.** Determinar la presencia de lesiones tumorales o quísticas

6.3 INDICACIONES PRE-QUIRURGICAS

- Evite el consumo de bebidas alcohólicas
- Consuma un alimento nutritivo (desayuno, almuerzo)
- Si está tomando algún medicamento formulado por su médico, infórmelo
- Evite el consumo de aspirina, acetaminofén, etc., sin recomendación médica
- En lo posible asista acompañado por un adulto responsable
- Conserve su tranquilidad.

6.4 INDICACIONES POS-QUIRÚRGICAS

- Evite consumir alimentos mientras esté anestesiado, (Podría morderse)

**PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022**

- **NO** escupa, **NO** realice ningún tipo de enjuague por 48 horas
- **NO** consuma bebidas alcohólicas por 8 días después del procedimiento
- Mantenga una excelente higiene oral
- Consuma los medicamentos formulados por su odontóloga
- No realice ningún tipo de trabajo que requiera fuerza o altas temperaturas **NO** consuma alimentos duros durante las primeras 24 horas
- Es importante su asistencia a los controles programados después de su procedimiento
- En caso de sangrado prominente, comuníquese con la odontólogo
- En caso de cualquier URGENCIA, diríjase a su IPS

7. PROCEDIMIENTO

7.1 EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES

Descripción Clínica

La extracción dental es un procedimiento que incorpora la aplicación correcta de principios quirúrgicos, físicos y mecánicos para lograr la remoción de un diente. La exodoncia de dientes permanentes es la terapéutica destinada a extraer el órgano dentario actuando sobre la articulación alveolo dentaria (sinartrosis). La extracción dentaria es el acto quirúrgico que se realiza con más frecuencia dentro de la cirugía oral.

Factores de Riesgo

Es necesario intentar conservar las estructuras dentarias, sin embargo, hay muchos casos en los cuales es inevitable realizar la extracción dentaria, las podemos resumir de la siguiente forma:

- Dientes en los cuales no es posible la aplicación de la Odontología conservadora. Restos radiculares.
- Dientes con fracturas coronarias subgingivales. Dientes con fracturas o fisuras verticales.
- Dientes con caries radiculares subgingivales y subóseas
- Dientes con enfermedad periodontal con movilidad grado III.
- Dientes supernumerarios.
- Tratamientos ortodónticos en los que hay una gran discrepancia óseo-dentaria, sin posibilidad de crecimiento óseo.
- Dientes incluidos o en posición ectópica.
- Por problemas socio económicos del paciente, que dificulten la odontología conservadora.

Características de la Atención

Todo paciente que necesite realizarse una extracción dentaria debe tener constancia de este acto en una historia clínica y firma del consentimiento informado, ya que este tipo de cirugía, aunque parezca simple, puede tener implicaciones de carácter médico-legal. En ésta, deben aparecer fundamentalmente, los antecedentes patológicos personales con énfasis en las alergias y enfermedades sanguíneas o antecedentes de hemorragia.

En la evolución se debe registrar la fecha, si ocurrieron eventos de seguridad, así como los medicamentos y solución anestésica que se utiliza.

PASOS PARA REALIZAR EXODONCIA DIENTE PERMANENTE MÉTODO CERRADO

- Comentar al paciente el procedimiento, riesgos y/o posibles complicaciones óseas, dentarias, vasculares, nerviosas entre otras durante o posterior al procedimiento.
- Firma de consentimiento informado
- Anestesia

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

- Sindesmotomía.
- Luxación.
- Apreensión.
- Exodoncia propiamente dicha.
- Revisión del alveolo. Visual o exploración con cureta de Lucas
- Compresión de tablas, cuando la indicación para exodoncia es por fines ortodónticos no se debe realizar compresión de tablas Óseas
- Realizar hemostasia con gasa estéril en la zona durante 5 minutos.
- Verificación del proceso de hemostático local. Cerciórese que se haya formado un coágulo estable y/o que no haya sangrado importante.
- Entregar y explicar al paciente indicaciones posquirúrgicas
- Realizar conciliación de medicamentos con el paciente.

7.2 PASOS PARA REALIZAR EXODONCIA DIENTE PERMANENTE MÉTODO ABIERTO

- Comentar al paciente el procedimiento, riesgos y/o posibles complicaciones óseas, dentarias, vasculares, nerviosas entre otras durante o posterior al procedimiento.
- Firma de consentimiento informado
- Anestesia
- Sindesmotomía.
- Luxación
- Leve osteotomía, Hemisección, amputación, odontosección según sea el caso.
- Apreensión.
- Exodoncia propiamente dicha.
- Revisión del alveolo. Visual o exploración con cureta de Lucas
- Compresión de tablas, cuando la indicación para exodoncia es por fines ortodónticos no se debe realizar compresión de tablas Óseas
- Realizar hemostasia con gasa estéril en la zona durante 5 minutos
- Sutura
- Verificación del proceso de hemostático local. Cerciórese que se haya formado un coágulo estable y/o que no haya sangrado importante.
- Entregar y explicar al paciente indicaciones posquirúrgicas
- Realizar conciliación de medicamentos con el paciente.

Manejo farmacológico

- Se orienta al control del dolor y la antisepsia bucal
- Ibuprofeno 400-600 mg V.O c/6-8 horas por 5 días o Acetaminofén 500 mg V.O cada 6 horas por días
- Amoxicilina capsulas 500 mg tomar 1 cada 8 horas por 7 días
- Eritromicina cápsulas de 500mg cada 6 horas por 5 días o cada 8 horas por 7 días vía oral
- Clindamicina Capsulas de 300 mg cada 6 horas por 5 días si el paciente es alérgico a la penicilina

7.3 EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS

Descripción Clínica:

Los dientes incluidos son dientes que no han erupcionado durante su periodo normal de erupción y permanecen dentro del hueso, parcial o totalmente.

Cualquier diente puede sufrir este proceso de inclusión, pero suele afectar sobre todo a los terceros

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

molares superiores e inferiores, y a los caninos superiores. Esto es debido a que estos dientes son los últimos en erupcionar y, por lo tanto, tienen más problemas de falta de espacio.

EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES IMPACTADOS

Un diente impactado es aquel que aún no ha logrado completamente su erupción en la cavidad oral dentro del periodo de tiempo esperado. La variable más asociada con la impactación de terceros molares es un espacio inadecuado en el tejido duro.

Clasificación de los terceros molares impactados: Clasificación de Winter:

Basado en la apariencia radiográfica valora la orientación del tercer molar con respecto al eje longitudinal del segundo molar

1. Mesioangular
2. Distoangular
3. Vertical
4. Horizontal
5. Bucoangular
6. Linguoangular
7. Invertido

Clasificación de Pell y Gregory:

Para la clasificación del tercer molar inferior incluido se tiene en cuenta adicionalmente la clasificación de **Pell y Gregory** que valora la relación del tercer molar con la ubicación con respecto a la rama ascendente de la mandíbula y el segundo molar, y la profundidad de este dentro del hueso:

Relación del tercer molar con el borde anterior de la rama mandibular:

1. **Clase I:** Espacio suficiente entre borde anterior de rama mandibular y la cara distal del segundo molar que permite albergar el diámetro mesio-distal del tercer molar.
2. **Clase II:** Espacio insuficiente entre borde anterior de rama mandibular y la cara distal del segundo molar que no permite albergar el diámetro mesio-distal del tercer molar en su totalidad
3. **Clase III:** Inclusión del tercer molar en su totalidad dentro de la rama mandibular.
Profundidad del tercer molar:
 1. **Posición A:** tercer molar al mismo nivel del plano oclusal
 2. **Posición B:** tercer molar localizado entre la línea cervical del segundo molar y el plano oclusal.
 3. **Posición C:** tercer molar localizado por debajo de la línea cervical del segundo molar.

Factores de Riesgo:

Hallazgos encontrados en el examen físico teniendo en cuenta factores como diámetro entre comisuras labiales, apertura oral, relación del tercer molar superior con tuberosidad del maxilar relación del tercer molar inferior con línea oblicua externa y rama mandibular.

Hallazgos en imágenes diagnósticas (Radiografía panorámica), se tendrán en cuenta aspectos como orientación del eje longitudinal del tercer molar y el grado de inclusión, formación radicular,

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

relación del tercer molar superior con estructuras anatómicas como seno maxilar, espacio pterigomaxilar, dientes continuos y la relación del tercer molar inferior con la rama mandibular, el canal del nervio dentario inferior y el borde inferior de la mandíbula.

Indicaciones

- Pericoronitis
- Prevención o patología dentaria del tercer molar semierupcionado o del segundo molar adyacente
- Prevención de patología periodontal distal al segundo molar Reabsorción Radicular de dientes adyacentes
- Patología folicular (quistes y tumores odontogénicos) Consideraciones Ortodóncicas)
- Prevención de fractura mandibular Previamente a un tratamiento protésico
- Previamente a radioterapia mandibular o a inmunosupresión en pacientes con tratamiento quimioterapéutico o en proceso de trasplante

Contraindicaciones

Adultos mayores con compromiso sistémico
Alto riesgo de lesión a dientes y estructuras vecinas
Consideraciones ortodóncicas y prostodóncicas

Características de la Atención

Todo paciente que necesite realizarse una extracción de los terceros molares, debe tener constancia de este acto en una historia clínica y firma del consentimiento informado. En ésta, deben aparecer fundamentalmente, los antecedentes patológicos personales con énfasis en las alergias y enfermedades sanguíneas o antecedentes de hemorragia.

En la evolución se debe reflejar la fecha, si ocurrieron eventos de seguridad, así como los medicamentos y solución anestésica que se utiliza. Ante factores de riesgos por enfermedades sistémicas y tratamientos medicamentosos se debe realizar la interconsulta con el profesional de salud correspondiente.

7.4 PASOS PARA REALIZAR EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES IMPACTADOS

- Comentar al paciente procedimiento, riesgos y/o posibles complicaciones óseas, dentarias, vasculares, nerviosas entre otras durante o posterior al procedimiento
- Firma de consentimiento informado
- Lavado de manos: Mójese las manos con agua, deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir la superficie de las manos, Frótese las palmas de las manos entre sí, Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa, Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados, Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos, Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa, Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa, Enjuáguese las manos con agua, Séquese las manos con una toalla de un solo uso, Utilice la toalla para cerrar el grifo.
- Asepsia y antisepsia: Región intraoral se realizará mediante enjuagues con sustancia

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

antiséptica tal como clorhexidina 0.12%, la región extraoral será preparada mediante solución de yodo polivinil.

- Colocación de campos: los campos quirúrgicos se pondrán sobre el paciente y se colocarán los elementos de protección de manguera de pieza de mano y succión.
- Anestesia: Anestesia local infiltrativa con refuerzo palatino para terceros molares superiores. Anestesia local conductiva de los nervios dentarios inferiores, linguales y largo bucal para terceros molares inferiores.
- Incisión mucoperiostica
- Elevación del colgajo mucoperiostico
- Osteotomía
- Odontosección
- Exodoncia propiamente dicha
- Limpieza de la herida operatoria
- Reposición del colgajo
- Sutura.
- Entregar y explicar al paciente indicaciones posquirúrgicas
- Realizar conciliación de medicamentos con el paciente.

Manejo Farmacológico:

- Analgésicos antiinflamatorios: para su formulación se tendrán en cuenta antecedentes médicos del paciente relacionados con sus patologías, efectos adversos a medicamentos, interacciones medicamentosas y/o reacciones alérgicas.
 - ✓ Ibuprofeno 400-600 mg V. O c/6 horas durante 5 días ó Acetaminofén 500 mg V. O cada 6 horas durante 5 días
- Antibióticos: para su formulación se tendrán en cuenta antecedentes médicos del paciente relacionados con sus patologías, efectos adversos a medicamentos, interacciones medicamentosas y/o reacciones alérgicas.
 - ✓ Primera elección: Amoxicilina capsulas 500 mg,O, c/8 horas por 7 días
 - ✓ Segunda elección Clindamicina 300 mg,O, c/6 horas por 7 días.
 - ✓ Tercera elección Azitromicina de 500 mg v.o c/24 horas por 3 días.
- Enjuagues para iniciar al tercer día POP: se formulará Gluconato de Clorhexidina al 0.2% por 20-30 segundos. Usar 2-3 veces/día por cinco días.

8. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

8.1 FRACTURA RADICULAR

El accidente más común durante la exodoncia con fórceps es la fractura del diente, ya sea de la corona o de su raíz.

Factores de Riesgo

- Numerosos factores pueden contribuir a la fractura de la raíz:
- Dientes con tratamiento endodóntico previo.
- Dientes con grandes destrucciones coronarias.
- Dientes con raíces largas, curvas y divergentes
- Fuerzas excesivas y mal aplicadas.
- Dilaceración radicular.
- Anquilosis
- Pobre valoración radiográfica previa.

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

- Alta densidad ósea.
- Caries extensas.
- Deficiente escogencia del instrumental
- Hiper cementosis

Características de la Atención

Ante una fractura radicular se debe realizar:

- Inspección de la porción del diente que se ha extraído.
- Realizar un examen radiográfico.
- Siempre que sea posible intentaremos hacer la exéresis de este resto radicular.
- De no ser posible en la misma sesión, se programa la exodoncia a método abierto ya sea por el mismo profesional o remitiéndose a un especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Hay que recalcar que la regla debe ser siempre completar la exodoncia por el peligro de infección inmediata o secundaria que presentan los restos radiculares remanentes en el hueso maxilar
- Explicarle al paciente el evento sucedido y su tratamiento
- Registrar en la historia clínica el evento sucedido

Pasos - Tratamiento

- Revise y encuentre el factor causal
- Realice un colgajo para método abierto (Ver exodoncia método abierto)
- Elimine los restos radiculares mediante osteotomía y/o odontosección.
- Limpie y revise el alveolo
- Suture y formule con analgésicos y antibióticos si fuere necesario de acuerdo con el caso.
- Programe cita de control y retiro de sutura
- Si no es viable la remoción quirúrgica remita al especialista
- Entregar y explicar al paciente indicaciones posquirúrgicas

Manejo Farmacológico

Se orienta al control del dolor y a la antisepsia bucal

Analgésicos antiinflamatorios: Ibuprofeno 400-600 mg v.o c/6 horas ó Acetaminofén 500 mg v.o cada 6 horas

Antibióticos: para su formulación se tendrán en cuenta antecedentes médicos del paciente relacionados con sus patologías, efectos adversos a medicamentos, interacciones medicamentosas y/o reacciones alérgicas.

- ✓ Primera elección: Amoxicilina capsulas 500 mg,O, c/8 horas por 7 días
- ✓ Segunda elección Clindamicina 300 mg,O, c/6 horas por 7 días.
- ✓ Tercera elección Azitromicina de 500 mg v.o c/24 horas por 3 días.

8.2 FRACTURA DE INSTRUMENTOS

Descripción Clínica

Aunque es una complicación poco frecuente, se puede presentar la fractura del instrumental empleado en la exodoncia, esto puede ser debido a material en mal estado o a aplicar una fuerza excesiva. Se pueden romper las puntas de las fresas que estén muy desgastadas o instrumentos demasiado finos como ciertos elevadores.

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

Se deberá extraer en la misma intervención este fragmento de instrumental localizado normalmente en el alveolo o en los tejidos adyacentes.

Factores de Riesgo

Esta complicación se presenta como consecuencia de defectos en el material empleado (sobre todo por su repetida esterilización por calor), o bien de movimientos o maniobras de fuerza no controlada por parte del paciente o del odontólogo.

Características de la Atención

Medidas Preventivas:

- No usar agujas en mal estado
 - Conocer las estructuras anatómicas
 - No realizar movimientos bruscos a su paso por las estructuras anatómicas.
 - Haga que el paciente abra bien la boca.
 - Nunca debe aplicar presión lateral sobre la aguja para cambiarla de dirección. No forzar la aguja a su paso por los tejidos.
 - Es importante recordar que, para evitar la fractura de la aguja, ésta no debe introducirse en la totalidad de su longitud
 - Emplear agujas de calibre adecuado
 - No se debe rehusar fresas que no estén certificadas por su fabricante para su reusó.
- Si se presenta la fractura se debe:
- Explicarle al paciente el evento sucedido y su tratamiento
 - Registrar en la historia clínica el evento sucedido

Pasos - Tratamiento

- Planee la remoción del fragmento metálico sin perder de vista el objetivo quirúrgico, para ello se requieren las mejores condiciones de visibilidad del sitio que aloja el fragmento (luz, succión y eventualmente diseñar un colgajo).
- De necesitar un colgajo, se debe aplicar el procedimiento para la exodoncia método abierto.

Manejo Farmacológico

Se orienta al control del dolor y a la antisepsia bucal

Analgésicos antiinflamatorios: Ibuprofeno 400-600 mg v.o. c/6 horas ó Acetaminofén 500 mg v.o. cada 6 horas.

Antibióticos: para su formulación se tendrán en cuenta antecedentes médicos del paciente relacionados con sus patologías, efectos adversos a medicamentos, interacciones medicamentosas y/o reacciones alérgicas.

- ✓ Primera elección: Amoxicilina capsulas 500 mg,O, c/8 horas por 7 días
- ✓ Segunda elección Clindamicina 300 mg,O, c/6 horas por 7 días.
- ✓ Tercera elección Azitromicina de 500 mg v.o c/24 horas por 3 días.

8.3 LESIÓN DE TEJIDOS VECINOS (BLANDOS Y DUROS)

Descripción Clínica

Es la injuria que reciben los tejidos duros y blandos, de manera accidental, con los instrumentos cortantes, rotatorios o de separación.

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

Factores de Riesgo

Manejo inapropiado de fuerza por parte del operador.
Movimientos bruscos del paciente.
Inadecuada visibilidad durante el procedimiento.
Deterioro de los instrumentos.
Manejo inadecuado de químicos de esterilización.

Se pueden producir lesiones en mejillas, labios, lengua, mucosa palatina, piso de boca, etc. Éstas se deben a descuidos en la aplicación de los fórceps o los elevadores que se pueden resbalar en el curso de las maniobras de la extracción dentaria.

1. Quemaduras ocasionadas por un sobrecalentamiento de las piezas de mano.
2. Lesiones de los labios, suelen producirse por la manipulación inadecuada del fórceps, o de los separadores, así mismo, se pueden lesionar la lengua y el piso de boca

Características de la Atención

Para evitar tener lesiones de tejidos blandos o duros durante la realización de exodoncias, es aconsejable, tener previo al procedimiento quirúrgico una historia clínica completa y firma del consentimiento informado, tener precaución con respecto a la fuerza ejercida sobre los instrumentos empleados en la exodoncia, sobre todo control sobre los tejidos adyacentes; para ello se debe contar con una buena visibilidad del campo quirúrgico y durante el procedimiento estar haciendo revisión de los tejidos duros y blandos y su proximidad con el área que se está tratando.

Si se presenta alguna lesión se debe:

- Explicarle al paciente el evento sucedido y su tratamiento
- Registrar en la historia clínica el evento sucedido

Pasos - Tratamiento:

- Las Laceraciones de tejidos blandos requerirán básicamente control de hemostasia y sutura si la longitud de la herida así lo amerita.
- Se sugiere suturar heridas superiores a 8 mm, previa regularización de los bordes de la herida. Se diseña una elipse en el sentido de los pliegues mucosos para prever una herida lineal cuando se suture.
- Si la herida involucra en algún trayecto de su recorrido la unión mucocutánea del labio, se recomienda remitir con especialista Cirujano Maxilofacial o Cirujano Plástico. (nivel II o III)
- Entregar y explicar al paciente indicaciones posquirúrgicas

Manejo Farmacológico

- Cuando se trate de abrasiones provocadas con el tallo de una fresa de baja velocidad, lave la zona abrasionada y cubra con vaselina o eventualmente con un ungüento Antibiótico
- Ibuprofeno 400-600 mg v.o cada 6 horas o Acetaminofén 500 mg v.o c/6 horas.

8.4 FRACTURA MANDIBULAR

Descripción Clínica

Es una de las complicaciones menos frecuentes pero más severas durante la extracción de terceros molares inferiores. Consiste en la pérdida de la continuidad normal de la sustancia ósea en el hueso mandibular por una ruptura parcial o total del mismo.

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

Factores de Riesgo

Es una complicación poco frecuente, que por lo general se produce en las extracciones de los terceros molares inferiores, especialmente si están en inclusión intraósea profunda a nivel del ángulo de la mandíbula y en segundo lugar a nivel de los premolares inferiores donde el grosor de la mandíbula puede estar reducido por una gran reabsorción ósea. También puede ser posible cuando se aplica una fuerza de forma inadecuada o con una potencia excesiva, y cuando se actúa sobre dientes con patología asociada como hipercementosis.

Las fracturas son posibles cuando existe alguna alteración patológica del hueso maxilar, como la presencia de grandes quistes, tumores, en trastornos generales del paciente como osteoporosis, alteraciones del metabolismo del calcio, atrofia, osteomielitis, etc.

Puede ocasionarse por:

Fuerzas excesivas y/o mal aplicadas

- Molares incluidos (en posición C de clasificación de Pell y Gregory) muy cercanos al borde inferior.
- Lesiones quísticas o tumores asociados
- Altura deficiente del cuerpo mandibular. (Atrofia Alveolar).

Características de la Atención

En pacientes que presenten dientes a extraer con riesgo de fractura mandibular, informe las posibles complicaciones del procedimiento a su paciente y evite realizar el procedimiento si este es de gran complejidad y remítalo al especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, realice previamente una completa historia clínica con sus correspondientes ayudas diagnósticas para evitar posibles fracturas, si decide realizar el procedimiento realice la firma del consentimiento informado previamente.

Si durante la atención se presenta una fractura mandibular se debe:

- Explicarle al paciente el evento sucedido y su tratamiento
- Registrar en la historia clínica el evento sucedido

Pasos - Tratamiento

- Suspenda el procedimiento
- Explicarle al paciente el evento sucedido y su tratamiento
- Remita al especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial (nivel de atención II o III).
- Entregar y explicar al paciente indicaciones posquirúrgicas

Manejo Farmacológico

Este manejo debe, en este caso, restringirse a indicaciones de analgésicos como los descritos para exodoncias.

- Ibuprofeno Tabletas de 600-800 mg VO cada 6 horas o Diclofenaco Sódico Amp 75 mg IM cada 8 horas, si no es viable la vía oral

8.5 FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD

Descripción Clínica

Consiste en la pérdida de continuidad de la tuberosidad del maxilar superior, durante las exodoncias de terceros molares superiores incluidos o erupcionados, o bien de cualquiera de los molares superiores.

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

Factores de Riesgo

Dilaceración radicular no evaluada en período preoperatorio. Hiper cementosis no evaluada en período preoperatorio. Anquilosis dental.

Tuberosidad maxilar con predominio exagerado de hueso esponjoso y/o cortical delgada y frágil.

- Fuerza mal aplicada.
- Utilización exagerada del fórceps.

Características de la Atención

Al momento de la realización de exodoncias de segundos o terceros molares superiores es importante la realización de una completa historia clínica con previas ayudas radiográficas para identificar las estructuras óseas adyacentes como la tuberosidad del maxilar y la divergencia de las raíces de los dientes a extraer y firma del consentimiento informado; con el fin de prevenir una posible fractura durante el procedimiento quirúrgico, pues en estos casos se deberá ejercer fuerzas controladas, osteotomía y/o odontosección de ser necesario, para evitar complicaciones de este tipo.

Si durante la atención se presenta una fractura de la tuberosidad se debe:

- Explicarle al paciente el evento sucedido y su tratamiento
- Registrar en la historia clínica el evento sucedido

Paso a seguir - Tratamiento

- Regularice el reborde con lima para hueso, gubia o fresa quirúrgica.
- No requiere manejo especial, excepto suturar, si no hay comunicación oroantral. Revise el alvéolo en busca de fragmentos óseos libres desperiostización, y elimínelos.
- Evalúe la posibilidad de suspender el procedimiento y remita a Nivel II o III de atención, con el Cirujano Oral y Maxilofacial
- Entregar y explicar al paciente indicaciones posquirúrgicas

Manejo Farmacológico

- Ibuprofeno Tabletas de 600-800 mg VO cada 6 horas o Diclofenaco Sódico Amp 75 mg IM cada 8 horas, si no es viable la vía oral y según evolución del dolor.
- La prescripción de antibióticos estará a cargo del cirujano

8.6 COMUNICACIÓN ORO-ANTRAL

Descripción Clínica

Es una complicación común después de la extracción de los dientes posteriores del maxilar superior, principalmente por la estrecha relación que existe entre las raíces de estos dientes con el seno maxilar. La frecuencia de comunicaciones oroantrales después de exodoncias superiores reportada en la literatura es de 55% para el primer molar superior, 28% para el segundo molar, 8% para el tercer molar, 5% para el segundo premolar y 3% para el primer premolar.

Como es difícil determinar clínicamente el tamaño de la comunicación oroantral, es preferible realizar el cierre quirúrgico inmediato o en su defecto dentro de las primeras 24 a 48 horas, ya que minimiza el riesgo de sinusitis maxilar y formación de fístulas orosinusales. El cierre quirúrgico se realiza usualmente con el desplazamiento de un colgajo mucoperióstico vestibular por parte de un cirujano oral y maxilofacial.

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

Factores de Riesgo

Neumatosis de Seno Maxilar.
Alteración del piso sinusal por infección del seno maxilar.
Dilaceración radicular.
Hipercementosis.
Fuerzas desmedidas con elevador.
Curetaje irracional del fondo alveolar.
Lesiones apicales extensas.
Cortical del piso del seno maxilar delgada.

Características de la Atención

La perforación del suelo del seno maxilar puede producirse por causas accidentales, o por causas traumáticas. Las causas accidentales son aquellas en que las raíces de los dientes (más frecuentemente molares y premolares superiores) están anatómicamente en la vecindad del seno y al efectuar la extracción dentaria puede ocasionar una perforación oro-sinusal. La existencia de infecciones de repetición favorece las perforaciones, ya que existe una inflamación crónica que destruye la zona ósea entre ambas estructuras. Las perforaciones traumáticas son aquellas que nosotros podemos provocar con un elevador, cuando se quiere luxar una raíz o con una cureta al hacer un curetaje agresivo.

Si durante la atención se presenta una comunicación oroantral se debe:

- Explicarle al paciente el evento sucedido y su tratamiento
- Registrar en la historia clínica el evento sucedido

Pasos - Tratamiento

Realice un lavado generoso del alvéolo y succión puntual en fondo alveolar en busca de posibles restos radiculares pequeños o esquirlas óseas.

Evalúe con radiografías la presencia de posibles fragmentos dentales en el fondo alveolar o en la luz del seno maxilar.

- De ser positivo el hallazgo, antes mencionado, suture el alvéolo y remita al especialista.
- De ser positiva la prueba de Valsalva y negativo el hallazgo de ápices en el seno, coloque una esponja absorbible en el alvéolo, procure suturar
- remita inmediatamente al cirujano oral y maxilofacial, con previa prescripción de antibioticoterapia.
- Indique evitar estornudos, esfuerzo físico, natación.
- Se recomienda no sonar fuertemente las fosas nasales.
- Realice control radiográfico con radiografías periapicales y/o extraorales para senos maxilares.
- El cierre quirúrgico es el tratamiento de elección para el cierre de comunicaciones oroantrales. Berger en 1939, fue el primero en describir la técnica de desplazamiento de un colgajo bucal para el cierre de comunicaciones oroantrales, el cual debe ser realizada por un cirujano maxilofacial dentro de las primeras 24 a 48 horas.
- Entregar y explicar al paciente indicaciones posquirúrgicas

Manejo antibiótico Farmacológico

- ✓ **Primera elección** Amoxicilina, cápsulas 500 mg VO, c/8 horas, por 7 días.
- ✓ **Segunda elección** Clindamicina, 300 mg VO, c/8 horas, por tres días.
- ✓ **Tercera elección** Azitromicina, 500mg, VO, c/24 horas, por tres días.

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

Manejo con antihistamínicos: Loratadina tab. 10mg tomar 1 cada 12 horas x 7 días.

Recomiende realizar lavado con **solución** estéril de cloruro de sodio al 0,9% (sin aguja) por la fosa nasal del lado afectado, 3 o 4 veces en el día.

8.7 DESPLAZAMIENTO DE DIENTES A ESPACIOS PROFUNDOS

Descripción Clínica

Es el desplazamiento de dientes durante la exodoncia bien sea por método cerrado o abierto, a cavidades o espacios profundos. El desplazamiento de dientes por iatrogenia se presenta con mayor frecuencia durante el intento de extracción de terceros molares retenidos. Los lugares más comunes asociados a terceros molares desplazados son el seno maxilar, el espacio temporal, el espacio infratemporal, el espacio faríngeo lateral, espacio submandibular y el espacio bucal. Por supuesto la anticipación y prevención son primordiales antes de la complicación y una vez se produce el evento la recuperación y reparación ya sea inmediata o tardía es la tarea principal. La maniobra preventiva más adecuada es proporcionar un acceso adecuado, suficiente disección subperióstica para visualizar parte del diente y el hueso subyacente en caso de que sea un método abierto

Factores de Riesgo

Vecindad muy estrecha con espacios anatómicos.

Inadecuado bloqueo de fondos de colgajos con separadores quirúrgicos.

Mala orientación de la fuerza al realizar la exodoncia.

Características de la Atención

La prevención y el manejo de dientes desplazados requieren de una planificación adecuada y el conocimiento de las técnicas quirúrgicas.

La anticipación de los efectos adversos y el conocimiento de estos son imprescindibles para la prevención de los mismos. Algunas medidas preventivas que se deben tomar son las siguientes:

- Acceso quirúrgico adecuado
- Suficiente disección superiostica para lograr una adecuada visualización del campo
- Operatorio
- Control adecuado de las fuerzas de aplicación
- Colocar adecuadamente un paquete de gasas en la garganta para evitar el paso a la faringe.
- No aplicar el fórceps a un diente o raíz si no hay suficiente superficie expuesta que permita una correcta prensión bajo visión directa.
- Si se produce la fractura del ápice de la raíz, no intentar su exodoncia a menos que haya una indicación clara para retirarla o que se pueda aplicar una técnica quirúrgica correcta.

Si durante la atención se presenta un desplazamiento de dientes en espacios profundos se debe:

- Explicarle al paciente el evento sucedido y su tratamiento
- Registrar en la historia clínica el evento sucedido

Pasos - Tratamiento

- Si el diente o resto dental se puede observar, mejore aún más las condiciones de visibilidad a través de separadores adecuados, luz y succión.
- Procure aprehender el resto dental con una pieza mosquito o utilizando elementos curvos

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

- como la cureta de Lucas para impulsarlo hacia una zona que facilite su atrapamiento.
- Si lo anterior no es posible, suspenda el procedimiento y remita al especialista en un nivel II o III es lo más recomendable.
 - Si es posible, tomar una radiografía del segmento dental para registrar en la historia clínica la posición y el tamaño.
 - Informar al paciente la situación y las potenciales complicaciones.
 - Explicarle al paciente que el diente desplazado debe ser removido en un segundo tiempo quirúrgico según lo disponga el especialista.
 - Entregar y explicar al paciente indicaciones posquirúrgicas

Manejo Farmacológico

Si logro recuperar el diente como se describió antes, limite su manejo farmacológico a:

- Terapia analgésica: Ibuprofeno 400-600 mg v.o c/6 horas o Acetaminofén 500 mg v.o c/4-6 horas
- Antibioticoterapia:
 - ✓ **Primera elección** Amoxicilina capsulas 500 mg, v.o, c/8 horas por 7 días.
 - ✓ **Segunda elección** Clindamicina 300 mg, v.o, c/8 horas por 7 días.
 - ✓ **Tercera elección** Azitromicina de 500 mg v.o c/24 horas por 3 días

8.8 LUXACIÓN MANDIBULAR

Descripción Clínica:

Es el desalojo del cóndilo mandibular de su cavidad articular durante la exodoncia. Durante la apertura bucal el disco articular queda atrapado anterior al cóndilo mandibular que ahora está en contacto directo con la eminencia articular. Esta condición es causada por la rotación adicional del cóndilo más allá de su límite biomecánico, lo que genera la inhabilidad de cerrar la boca bloqueando la mandíbula en una posición prognática e imposibilitando el movimiento vertical de la misma.

Se manifiesta como un espasmo brusco y doloroso que obliga al paciente a hacer como acto reflejo un masaje de la articulación comprometida, seguida de imposibilidad para cerrar la boca, ni voluntariamente ni a través de manipulación sencilla. El dolor puede ser variable y se incrementa cuando el paciente intenta cerrar su boca. Clínicamente se puede apreciar una depresión en el área preauricular, maloclusión con mordida abierta anterior y contacto solo entre algunos de los dientes posteriores.

Factores de Riesgo:

- Predisposición anatómica expresada como hipermetría bucal (apertura extrema) del paciente.
- Aplicación de fuerzas exageradas que desplacen el cóndilo.
- Procedimiento prolongado.

Características de la Atención:

El cóndilo mandibular sobrepasa la eminencia del hueso temporal quedando bloqueado por delante de ella, dejando al paciente con la boca abierta. En esta posición se debe evitar el cierre forzado de la mandíbula, pues se puede generar un espasmo de los músculos elevadores y agravar la dislocación. Se debe descender la mandíbula para que el cóndilo mandibular regrese nuevamente atrás de la eminencia del temporal.

Si durante la atención se presenta luxación mandibular se debe:

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

- Explicarle al paciente el evento sucedido y su tratamiento
- Registrar en la historia clínica el evento sucedido

Pasos - Tratamiento:

- Reduzca la luxación. La maniobra utilizada conocida como Maniobra de Nelaton, consiste en colocar al operador por detrás del paciente, con la silla en posición horizontal, apoyando bimanualmente los dedos pulgares sobre las líneas oblicuas externas y con los restantes dedos de cada mano soportando el borde inferior del cuerpo mandibular. Se manipula a continuación el segmento sobre el que están los dedos pulgares hacia abajo y atrás, llevando la mandíbula a su posición normal. Lo anterior es de fácil ocurrencia si la luxación ocurrió recientemente. Si no es así, la espasticidad de los músculos y ligamentos harán imposible estas maniobras y se requerirá apoyo especializado, para lograr relajación controlada con medicamentos para lograr la reducción de la luxación.
- Medios físicos: Recomiende la aplicación de medidas locales tendientes a controlar la inflamación articular. Hielo durante las primeras 24 horas, seguido de calor húmedo (pañños calientes), con incremento de la movilidad mandibular.
- Entregar y explicar al paciente indicaciones posquirúrgicas

Manejo farmacológico:

- Terapia analgésica: Ibuprofeno 400-600 mg v.o c/6 horas o Acetaminofén de 500 mg v.o c/4-6 horas.
- Relajante Muscular: Metocarbamol tab 750 mg. Tomar 1 cada 12 horas x 7/10 días

8.9 HEMORRAGIA INTRAOPERATORIA

Descripción Clínica

Sangrado abundante en capa o pulsátil, que puede producirse durante la extracción o inmediatamente después de retirado el diente de su alvéolo.

Factores de Riesgo

- Las lesiones crónicas apicales o periodontales no eliminadas provocan sangrados pasivos importantes, en virtud de la gran vascularidad que les confiere su condición de eventos inflamatorios.
- Gingivitis, la gran vascularidad de la encía marginal provoca sangrado anormal.
- Lesión en vasos de mediano o mayor calibre, durante las maniobras de luxación o aprehensión dental, con los instrumentos o bien con los ápices.
- Lesiones vasculares subyacentes.
- Coagulopatías.
- Utilización de medicamentos como antiagregantes o anticoagulantes. Por ejemplo: Ácido Acetil Salicílico, Warfarina, Heparina, entre otros.

Características de la Atención

La hemorragia intraoperatoria ocurre en el 1-6% de la cirugía de terceros molares. Es más frecuente en la exodoncia de los terceros molares inferiores. Entre los factores de riesgo suelen encontrarse pacientes con alteraciones de la coagulación, el nivel de impactación y su relación con el paquete vascular, experiencia del profesional y edad avanzada.

**PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022**

Las medidas de prevención incluyen:

Identificación de los pacientes con alteración de la coagulación de forma previa. El procedimiento quirúrgico debe ser lo más atraumático posible con incisiones limpias y un manejo gentil de los tejidos blandos. Las espículas óseas deben ser suavizadas o removidas. Todo el tejido de granulación debe ser cureteado desde la región periapical y del tejido blando del colgajo. Esto debe ser diferido cuando hay restricciones anatómicas tales como proximidad con el seno maxilar y con el canal alveolar inferior.

La herida debe ser inspeccionada cuidadosamente identificando, si es posible, la presencia de alguna arteria específica sangrante. Si la arteria existe en el tejido blando, el sangrado debe ser controlado con presión directa, o si la presión falla, se debe pinzar la arteria con pinzas hemostáticas y ligarla con sutura reabsorbible. Para la mayoría de los procedimientos en cirugía oral, la presión directa por cinco minutos sobre los tejidos blandos del área sangrante produce completo control.

El cirujano también debe inspeccionar si el sangrado es proveniente del hueso. Ocasionalmente hay un pequeño y aislado vaso sangrante del foramen óseo. El foramen debe ser ocluido con los extremos cerrados de la pinza hemostática para ocluir el vaso sangrante. Una vez esto se ha logrado, el alveolo sangrante debe ser cubierto con una gasa húmeda debidamente doblada para adaptarse directamente en el área en la cual el diente fue extraído. El paciente debe morder firmemente esta gasa por 30 minutos.

Después de este tiempo el paciente debe abrir la boca y la gasa debe ser removida y el área debe ser inspeccionada cuidadosamente para verificar la presencia o no de sangrado activo. Una nueva gasa debe ser doblada y colocada en posición y el paciente no debe abandonar el lugar durante 30 minutos adicionales. Si el sangrado persiste, el cirujano debe tomar medidas adicionales para lograr la hemostasia. Se pueden utilizar varias técnicas, la primera es insertar una pequeña pieza de esponja de gelatina absorbible dentro del alveolo y hacer una sutura en ocho. La esponja de gelatina forma una matriz para la formación del coágulo y la sutura ayuda a mantener la esponja en posición durante la coagulación. Una gasa es colocada sobre la parte más alta del alveolo para que ayude ejerciendo presión. El alveolo también puede ser llenado con esponjas de celulosa oxidada o celulosa oxidada regenerada.

Si durante la atención se presenta hemorragia intraoperatoria se debe:

- Explicarle al paciente el evento sucedido y su tratamiento
- Registrar en la historia clínica el evento sucedido

Pasos - Tratamiento

- Remueva coágulos y realice observación juiciosa del alveolo.
- Retire restos de lesión apical o periodontal remanente.
- Realice hemostasia compresiva.
- Suture si realizó colgajo, procure un cierre primario.
- Si no cede el sangrado, coloque material hemostático en el alveolo. Puede utilizar puntos de sutura para ayudarlo a mantener su posición.
- Cauterice si cuenta con el equipo, se puede realizar, pero no se recomienda en el maxilar inferior cerca de estructuras como el nervio alveolar o el nervio mentoniano.
- Recomiende al paciente, la aplicación de medios físicos como hielo durante las primeras

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

48 horas así como la presión de la gasa durante 30 a 45 minutos.

- Entregue recomendaciones al paciente sobre cuidados para el coágulo. Advierta al paciente sobre la no realización de enjuagues bucales a manera de buches fuertes ya que desalojan el coágulo, así como escupir fuertemente o introducir la lengua entre el alveolo durante el periodo postoperatorio inmediato.
- Entregar y explicar al paciente indicaciones posquirúrgicas

Manejo Farmacológico

Si tiene a mano utilice procoagulante o hemostático tipo: Celulosa oxidada

Colágeno hemostático

Esponja de gelatina reabsorbible

9. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

9.1 ALVEOLITIS

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Alteración del proceso de cicatrización de un alveolo, caracterizada fundamentalmente por la pérdida total o parcial del coágulo, acompañado de dolor intenso lancinante, irradiado, hemifacial e incapacitante.

Factores de Riesgo

Trauma trans-operatorio

Infección local subyacente

Utilización de analgésicos con vasoconstrictor

Periodos transoperatorios muy largos

Anestesia intraligamentaria

Factores predisponentes:

Se considera que varios factores participan directa o indirectamente acelerando el proceso fisiológico de la fibrinólisis; también se atribuye a efecto mecánico local deletéreo sobre el coágulo durante el evento quirúrgico.

- Ingesta anticonceptivos orales. (Estrógenos exógenos).
- Utilización de vasoconstrictor.
- Incidencia mayor en mandíbula, por el tipo de irrigación de la misma.
- Alcoholismo.
- Fumadores. (Nicotina).
- Descuido en el postoperatorio por parte del paciente.
- Falta de sutura en el alvéolo.

Características de la Atención

Antes de realizar cualquier tipo de tratamiento se debe considerar que el paciente va a presentar dolor intenso y se debe tomar en cuenta el uso de algún anestésico local y retirar cuidadosamente las suturas del sitio de la extracción si es que las hay. Se debe registrar en la historia clínica el evento sucedido.

Pasos - Tratamiento

- Lave en forma profusa con suero fisiológico.

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

- No curette el alveolo.
- Seque el alveolo con gasa.
- Haga sedación local alveolar con torunda de algodón impregnada en eugenol (7 minutos).
- Retire la torunda.
- No lave.
- Realice taponamiento mecánico (gasa yodoformada).
- Realice eventual repetición del proceso a los 2 días si la sintomatología no remite completamente o persiste.
- No utilice anestésicos. De anestesiarse, no use vasoconstrictor.
- Control diario.

Manejo Farmacológico

- Terapia analgésica: Ibuprofeno 600-800 mg VO c/6- 8 horas por 3 ó Acetaminofén-codeína 500 mg VO c/6-8 hora por 3 días

9.2 HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

Descripción Clínica

Sangrado inesperado en capa o pulsátil, que puede producirse inmediatamente después de retirado el diente de su alvéolo o bien durante el período postoperatorio inmediato.

Factores de Riesgo

- Las mismas causas del transoperatorio.
- Ingesta de medicamentos que intervengan en procesos de coagulación.
- Alteración de procesos de fibrinólisis.
- Coagulopatías.
- Elevación de presión arterial postoperatoria.
- Descuido a las recomendaciones dadas por el odontólogo, tales como presión adecuada con la gasa, invasión del alvéolo con elementos extraños o la misma lengua, enjuagues agresivos que desalojen el coágulo del alvéolo.

Características de la Atención

Cuando existen problemas en los procesos de hemostasia, se pueden presentar hemorragias al cabo de varias horas, incluso días, después de haber efectuado la extracción dentaria. Una buena historia clínica nos va a permitir prevenir algunas de estas hemorragias, distinguiendo:

Los pacientes que presentan alteraciones de la coagulación, por déficits de factores y que han sido detectados con anterioridad.

Pacientes que toman medicamentos anticoagulantes, como heparina, Warfarina entre otros, o con antiagregantes plaquetarios: Aspirina, etc. Se recomienda ponerse en contacto con el médico tratante del paciente, para establecer cuál es la mejor pauta para seguir para dicho paciente, antes de realizar la exodoncia.

Ante todo, paciente que en la historia clínica relate episodios hemorrágicos se deberá realizar, siempre, un estudio completo de la hemostasia, solicitando: cuadro hemático, tiempo parcial de tromboplastina, tiempo de protrombina, recuento de plaquetas.

El recuento de plaquetas varía según el analizador, pero suelen estar entre 200.000 y 400.000/ml.

PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022

El tiempo parcial de tromboplastina (TPT) es anormal en los trastornos de coagulación de la vía intrínseca. El trastorno que se observa más frecuentemente es la hemofilia (déficit de factor VIII). Una pequeña alteración de este tiempo puede suponer un problema de consecuencias graves. El tiempo de protrombina sirve para conocer la vía extrínseca, y suele ser anormal en hepatopatías.

Si se presenta una hemorragia postoperatoria se debe registrar en la historia clínica el evento sucedido.

Pasos para seguir - Tratamiento:

Local

- Siga las recomendaciones de manejo local planteadas en el ítem correspondiente a hemorragia intraoperatoria
- Si resultan inútiles las maniobras, no las prolongue (riesgo de shock hipovolémico en su consulta) y remita al especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial en el Nivel II o III de atención.

Sistémico

- Evalúe los signos vitales del paciente. En ocasiones el sangrado llega a tener repercusiones en el equilibrio hemodinámico del paciente, generando signos de Hipovolemia, como palidez mucocutánea, sudoración, hipotensión, taquicardia hasta leves alteraciones del estado de conciencia.
- Solicite interconsulta con medicina general o con hematología.

Manejo Farmacológico:

No Requiere.

9.3 EQUIMOSIS

Descripción Clínica

Es la expresión secundaria de sangrado previo subyacente, que migra por planos subdérmicos y que clínicamente se presenta como una mancha inicialmente de color rojo vino seguida de una coloración posterior verde y terminando amarillenta antes de desaparecer espontáneamente. Coincide esta policromía con los diferentes estados de metabolismo de la hemoglobina.

Factores de Riesgo

Sangrado trans y postoperatorio.

Manejo brusco de tejidos durante el procedimiento.

Edad avanzada del paciente, la fragilidad y laxitud tisular del paciente mayor, facilita la aparición de las equimosis.

Características de la Atención

Se recomienda durante el procedimiento quirúrgico tener cuidado en la manipulación de los tejidos, y hacer uso cuidadoso de los mismos, con el fin de evitar este tipo de complicación.

Para evitar la posible formación de hematomas, podemos aplicar frío a intervalos de 10 minutos, posteriormente a la exodoncia, durante un máximo de 12-24 horas.

Si durante la atención se presenta una equimosis se debe:

- Explicarle al paciente el evento sucedido y su manejo
- Registrar en la historia clínica el evento sucedido

Pasos - Tratamiento

Explique al paciente las posibles causas de la situación.

**PROTOCOLO DE ATENCION EN CIRUGIA ORAL
M-COE-OE-PT-001 VI 20-01-2022**

- Sólo requiere aplicación de calor húmedo en la zona.

Manejo Farmacológico

No requiere

Se define como una de las acciones seguras en CECIMIN hacer el acompañamiento al paciente después de realizado el procedimiento en el servicio de cirugía oral de la siguiente manera:

El paciente estará en el consultorio supervisado por el odontólogo por 5 minutos posteriores a la finalización del procedimiento quirúrgico.

Se acompañará al paciente por parte del odontólogo o la auxiliar hasta la sala de espera en donde se dará la instrucción de esperar en sala por 10 minutos y reportar al personal de CECIMIN cualquier novedad que sienta. Posterior a los 10 minutos el paciente podrá retirarse de las instalaciones.

10.BIBLIOGRAFÍA

Dra. Itali Linero, Dra. Luz Mireya Daza, Febrero 2013, GUIA DE ATENCIÓN EN CIRUGIA ORAL BASICA, http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_cirugia_oral_basica_abril_2013.pdf, consulta web 19 de diciembre 2017.