

1er 29/1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



---

## Urgencias en el Consultorio Dental

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A N

EVANGELINA GUADALUPE CHAVEZ FERNANDEZ  
PATRICIA MORALES MARTINEZ

México, D. F.

1981



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	Pág.
I.- INTRODUCCION.	1
II.- EVALUACION FISICA.	2
III.- OXIGENOTERAPIA.	8
IV.- DEGLUCION DE CUERPOS EXTRAÑOS.	20
V.- URGENCIAS EN FRACTURAS DE PIEZAS DENTARIAS E INCLUSIONES A SENOS.	25
VI.- URGENCIAS EN FRACTURAS DEL MAXILAR Y LA MANDIBULA.	31
VII.- DIFERENTES TIPOS DE SMOCK Y SU TRATAMIENTO.	41
VIII.- PRESION ARTERIAL.	54
IX.- HEMORRAGIA Y SU TRATAMIENTO.	61
X.- CONCLUSIONES.	68
XI.- BIBLIOGRAFIA.	71

## INTRODUCCION.

El odontólogo en el ejercicio de su profesión encuentra problemas que entrañan un riesgo que no siempre tiene presente. Tales problemas pueden encuadrarse en lo que podemos llamar "urgencias".

"Urgencia es un estado imprevisto que requiere alguna acción inmediata para la preservación de la vida o de la salud".

El odontólogo interesado en la salud de sus pacientes se ve obligado a actualizarse constantemente, ya que una urgencia se puede presentar en el momento menos esperado y por lo tanto, exige una acción inmediata.

La prevención de una urgencia grave es el servicio más importante que se le puede prestar a un paciente y así poder evitar problemas posteriores.

El estudio que se presenta es una recopilación de datos lo más exacta posible de las técnicas de urgencia más importantes sin pretender abarcarlas todas, ya que cada urgencia por su naturaleza tiene sus propias características.

Este pequeño trabajo lo ponemos a consideración del honorable jurado.

## EVALUACION FISICA.

El conocimiento de una técnica de evaluación efectiva es de suma importancia porque la muerte, ciertas enfermedades graves y otros accidentes menores pueden relacionarse directamente con la anestesia o el tratamiento odontológico.

El objetivo del dentista en el examen previo consiste, simplemente, en evaluar la capacidad física y emocional de un determinado paciente para tolerar un tratamiento odontológico específico. Por tal razón, cuando exista alguna duda con respecto al estado clínico de un paciente, este deberá consultar a su médico.

El Odontólogo es responsable ante su paciente de consultar al médico y de ser orientado, aunque no dirigido, por el consejo de éste.

El dentista deberá recibir el consejo clínico con amplitud de criterio, analizado previamente el plan de tratamiento y los problemas que pudieran surgir. La mayoría de las desavenencias entre médico y odontólogo se deben a la falta de comunicación entre ambos.

En la mayor parte de los casos, la consulta, con el médico alterará muy poco el plan de tratamiento. En algunas oportunidades éste podrá experimentar cambios fundamentales e incluso, en raras ocasiones será necesario demorarlo o postergarlo.

## HISTORIA CLINICA

## DATOS PERSONALES

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Edo. Civil \_\_\_\_\_ Originario de \_\_\_\_\_

Lugar donde trabaja \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta o Padecimiento actual.

Signos y síntomas, evaluación \_\_\_\_\_

Estado actual \_\_\_\_\_

Ultima visita al médico \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta \_\_\_\_\_

## Características del Paciente:

Complexión \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

## Aspecto general del paciente:

Satisfactorio \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Malo \_\_\_\_\_

## Antecedentes Familiares:

Viven sus padres actualmente Si No

Causa del fallecimiento

Viven sus hermanos Si No

Causas del fallecimiento.

En su familia han sufrido alguna de las siguientes en  
fermedades.

Neoplasias \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Hipertensión arterial \_\_\_\_\_  
Hipotensión arterial \_\_\_\_\_ Sífilis \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_  
alergias \_\_\_\_\_ Toxicomanias \_\_\_\_\_ Hemofilia \_\_\_\_\_

**Antecedentes Patológicos:**

Enfermedades Venéreas _____	Hepatitis _____
Tuberculosis _____	Úlcera _____
Paludismo _____	Cardiopatías _____
Amigdalitis _____	Alergias _____
Artritis y Fiebre reumática _____	Traumatismo _____
Trastornos renales y hepáticos _____	Operaciones _____
Trastornos neurológicos _____	

**INTERROGATORIO DIRECTO:**

Cardiovascular \_\_\_\_\_  
Respiratorio \_\_\_\_\_  
Gastrointestinal \_\_\_\_\_  
Neurológico \_\_\_\_\_  
Endócrino \_\_\_\_\_  
Hematológico Linfático \_\_\_\_\_  
Genito Urinario \_\_\_\_\_  
Músculo Esquelético \_\_\_\_\_  
Radiaciones \_\_\_\_\_

Alergia \_\_\_\_\_

Lista de Medicamento que ha tomado durante los últimos seis -  
meses \_\_\_\_\_

PARA LLENAR POR EL PACIENTE

- 1.- Ha sido hospitalizado en los dos últimos años? Si No
- 2.- Ha estado bajo atención médica en los dos últimos años Si No
- 3.- Ha tomado algún medicamento o droga en los dos últimos años?  
----- Si No
- 4.- Es alérgico a la penicilina o cualquier droga o medicamento?
- 5.- Ha tenido alguna vez una hemorragia excesiva que requiriera  
tratamiento especial? Si No
- 6.- Ha padecido alguna de estas enfermedades ?

Enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_

Lesiones cardíacas congénitas . \_\_\_\_\_

Soplo en el corazón \_\_\_\_\_

Anemia \_\_\_\_\_ Presión sanguínea alta \_\_\_\_\_

Fiebre reumática \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Tos \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_

Ictericia \_\_\_\_\_ Artritis \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_

Ataques \_\_\_\_\_ Sinusitis \_\_\_\_\_

7.- (Mujeres) Esta embarazada en este momento \_\_\_\_\_

8.- Ha tenido alguna otra enfermedad grave? \_\_\_\_\_



## EXAMEN BUCAL:

Fecha de la última consulta al Cirujano Dentista \_\_\_\_\_

Complicaciones y Dificultades \_\_\_\_\_

## Exámen extraoral:

Cabeza: Tamaño y forma \_\_\_\_\_

Movimientos \_\_\_\_\_

Postura \_\_\_\_\_

Cara: Simetría \_\_\_\_\_

Color de la piel \_\_\_\_\_

Tono muscular \_\_\_\_\_

Características de fisonomía \_\_\_\_\_

Cuello: Simetría \_\_\_\_\_

Palpación de nódulos linfáticos \_\_\_\_\_

ATM. Desviación durante la apertura \_\_\_\_\_

Deslizamiento de cóndilo \_\_\_\_\_

Simetría y movimientos \_\_\_\_\_

Sensibilidad y chasquido \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

## Exámen Intraoral:

Labios: Forma \_\_\_\_\_ Tamaño \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_

Borde bermellón \_\_\_\_\_ Comisuras Labiales \_\_\_\_\_

Paladar duro: Consistencia \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_

Forma \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Palpación \_\_\_\_\_

Paladar Blando: Forma \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

Palpación \_\_\_\_\_

Uvula; Tamaño \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_

Amígdalas: Tamaño \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_

Lengua: Tamaño \_\_\_\_\_ Palpación \_\_\_\_\_

Papilas filiformes \_\_\_\_\_ Papilas fungiformes \_\_\_\_\_

Papilas calciformes \_\_\_\_\_ Borde de la lengua \_\_\_\_\_

Saliva: Cantidad \_\_\_\_\_ Consistencia \_\_\_\_\_

Piso de Boca: Color \_\_\_\_\_ Palpación \_\_\_\_\_

Frenillo lingual \_\_\_\_\_ Glándula sublingual \_\_\_\_\_

## Exámen Parodontal:

Encía: Color \_\_\_\_\_ Textura \_\_\_\_\_

Encía: Marginal \_\_\_\_\_ Papila interdientaria \_\_\_\_\_

Bolsas parodontales \_\_\_\_\_ Encía adherida \_\_\_\_\_

Higiene que practica \_\_\_\_\_

Oclusión \_\_\_\_\_

Ausencia de piezas \_\_\_\_\_ Carios \_\_\_\_\_ Restauraciones \_\_\_\_\_

Abrasión \_\_\_\_\_

Movilidad: Clase 1 2 3

Percusión: Vertical Horizontal

Pruebas de vitalidad: Frio \_\_\_\_\_ Calor \_\_\_\_\_

Corriente eléctrica \_\_\_\_\_

## OXIGENOTERAPIA

La oxigenoterapia es la administración de oxígeno - en concentraciones o apresiones mayores que las encontradas - en la atmósfera ambiente. El porcentaje al cual se administra el oxígeno no es crítico si el sistema respiratorio se encuentra intacto, pero, es de gran importancia en la insuficiencia respiratoria.

Las manifestaciones clínicas de la insuficiencia respiratoria pueden incluir inquietud, cefalea, confusión, taquicardia, diaforesis, cianosis central, hipotensión o hipertensión.

El oxígeno es el elemento más importante para la supervivencia del hombre. Es utilizado por todas las células del cuerpo como un ingrediente básico del metabolismo celular.

Desempeña una función importante en la eliminación del bióxido de carbono de la célula a través de los pulmones. A diferencia de muchas sustancias, el cuerpo no puede almacenar oxígeno para su utilización futura. Por lo tanto, una vez que se ha agotado la fuente de oxígeno, ocurre una deficiencia celular del mismo caso de inmediato. Algunos tejidos son afectados más rápidamente que otros, siendo el encéfalo uno de los órganos del cuerpo que más depende de este elemento.

Cuando se presenta hipoxia (falta de oxígeno) ocurre

una retención de bióxido de carbono. Esto aumenta la acidez -- de los tejidos y provoca la muerte de las células. Si no se -- ataca este trastorno, se produce muerte del cuerpo. Por lo -- tanto, es muy importante que en todo consultorio dental se -- cuente con un suministro urgente de oxígeno para que se utili ce en caso de insuficiencia o paros respiratorios.

Hay dos métodos básicos mediante los cuales se pue-- de lograr esto:

- 1.- La administración de oxígeno a 100%
- 2.- El uso de aire de la habitación.

El medio más eficaz de respiración artificial es -- proporcionar al paciente un suministro de oxígeno a 100%. Pueg -- to que la mínima concentración de oxígeno requerida es solo-- de 20%, dicho suministro elimina cualquier deficiencia histi-- ca que se haya originado y proporciona un amplio margen de se-- guridad durante los esfuerzos de resucitación.

El segundo método consiste en utilizar el oxígeno -- del aire de la habitación y puede ser adecuado en las situacio-- nes de urgencia hasta que pueda administrarse oxígeno a 100%.

Uno de los mejores ejemplos de este sistema es la -- bolsa Ambú. Esta consiste en una máscara que cubre todo el ros -- tro una bolsa de depósito y una válvula bidireccional que per -- mite el llenado de la bolsa con el aire de la habitación y lue

go lo impulsa a través de la máscara cuando se comprime la -  
bolsa. (1)

Los dos métodos citados de administración de oxígeno van a depender de la existencia de una vía aérea permeable. Cualquier obstrucción de la vía aérea, desde su extremo en -- los labios y las fosas nasales hasta su otro extremo en los - alvéolos de los pulmones, volverán inútiles los esfuerzos de resucitación. La obstrucción en la parte superior de la vía - aérea, de los labios a la faringe puede eliminarse en el consultorio dental. Para esto se necesita revisar la cavidad bucal para determinar la causa de la obstrucción y si es posible eliminarla.

"Un medio eficaz para establecer una vía aérea superior permeable consiste en la aplicación de una cánula bucofaringea. Esta es un tubo de hule o de plástico diseñado de tal forma que protuye una vez que pasa la base de la lengua al introducirla en la boca. El centro de la cánula es hueco y crea una vía abierta desde los labios hasta la faringe. Debe tenerse cuidado en tirar de la lengua hacia adelante durante la colocación de la cánula para que no obstruya la faringe.

La abstrucción en el tercio medio de la cánula, desde la epiglotis hasta los pulmones, no es fácil de tratar en - el consultorio dental, por lo general, requiere practicar una-

traqueostomía ( ver traqueostomía ), intervención quirúrgica - para abrir la vía respiratoria abajo de la obstrucción.

Una alternativa eficaz a la traqueostomía, y realizable con mayor facilidad en el consultorio dental, es la cricotomía. Esto consiste en la colocación de un tubo circular en la tráquea, inmediatamente abajo del cartílago tiroides. - Para esto se necesita sólo un par de tijeras y el practicar - la cricotiroidotomía adecuada. Es un procedimiento que puede salvar vidas en determinadas circunstancias y deber ser conocido por todo odontólogo.

#### Ventilación Artificial:

Se describirá primero una técnica de ventilación artificial en las circunstancias más desfavorables, en las cuales debe practicarse respiración boca a boca debido a que podemos no contar con el equipo apropiado en el consultorio dental. El principio de la ventilación artificial consiste en que la persona que realiza la resucitación exhala su aire hacia los pulmones del paciente, o bien, se le administra oxígeno en alguna forma. Hay tres métodos para impulsar el aire a los pulmones - del paciente: Boca a boca, boca a nariz y boca a cánula.

Los pasos de la ventilación artificial consisten en - despejar la vía aérea extrayendo primero de la cavidad bucal - cualquier obstrucción. Luego deberá inclinarse hacia atrás la-

cabeza del paciente colocando una mano sobre su frente y otra por abajo de su cuello para que éste sea levantado con una mano mientras se inclina la cabeza hacia atrás con la otra.

Es muy importante que esta maniobra se realice en el mismo plano horizontal que el resto del cuerpo en vez de colocar un respaldo para la cabeza en el sillón dental, ya que la lengua está adherida a la mandíbula en la región de la sínfi-sis y que la epiglotis, la cual cubre la tráquea para evitar-que entre a los pulmones alimento y líquido, está adherida a-la lengua. Todo esto es importante en el paciente, inconcien-te pues su mandíbula se relaja y cae hacia atrás de manera --que la lengua bloquea la orofaringe. Por lo tanto, si la man-díbula es desplazada hacia adelante, la lengua, debido a que e-se inserta en la primera, también es desplazada hacia adelan-te y la epiglotis se eleva de modo que queda una vía permea--ble para el aire desde la boca o la nariz hasta los pulmones.

(II)

Una vez que la cabeza está en posición adecuada, se aprietan las fosas nasales con los dedos, luego la boca del auxiliar debe cubrir por completo la boca del paciente, pues de lo contrario la ventilación sería insuficiente.

Una vez que se ha cubierto bien la boca del pacien-te se sopla con intensidad suficiente para que se expanda el-tórax de éste, entre las exhalaciones se debe apartar la boca

para que se pueda inspirar aire fresco. La ventilación artificial deberá efectuarse alrededor de 12 a 20 veces por minuto.

Hay ocasiones en que debe recurrirse al método de boca a nariz, como puede ser en el caso de trismo o espasmo de los músculos de la mandíbula. En este método la cabeza del paciente se coloca inclinada hacia atrás y la mano se lleva al mentón para cerrar la boca de manera que no escape el aire durante la inflación a través de la nariz. Después se procederá como en la resucitación de boca a boca.

#### TRAQUEOSTOMIA

Algunos traumatismos pueden causar infección y obstrucción por espasmo de las cuerdas vocales y edema de la laringe, entre estas obstrucciones laríngeas están los tumores, cuerpos extraños, alimento ó líquidos aspirados y parálisis bilateral de cuerdas vocales.

La traqueostomía se usa no solo como una técnica de urgencia para combatir la obstrucción respiratoria alta, sino también como medida profiláctica cuando ocurra. Está indicada en resecciones amplias de lengua, resección total o parcial de maxilar y operaciones sobre larínge.

Hay cuatro indicaciones para la traqueostomía:

- 1.- Obstrucción respiratoria a nivel de la laringe o más arriba.



2.- Imposibilidad para expulsar las secreciones traqueobronquiales.

3.- Para la administración de anestesia.

4.- Para colocar la laringe en reposo.

Las causas de la obstrucción de la laringe ó más arriba de ella, incluye infecciones, tumores, edema, trauma y cuerpos extraños.

La obstrucción superior de las vías respiratorias - produce retracción supraesternal, intercostal y epigástrica y signos de hipoxia, incluyendo ansiedad, aumento del pulso y como último hallazgo la cianosis.

Se hacen dos clases de traqueostomía: de urgencia y selectiva.

La traqueotomía de urgencia debe hacerse inmediatamente, aún sin el equipo adecuado y asistente a la mano. En estas circunstancias, la cricotirotomía es un procedimiento seguro, que puede ser hecho rápidamente como sigue: con unas tijeras o un bisturí se corta la piel verticalmente sobre la membrana cricotiroidea, se practica una incisión transversal en esta membrana y la herida es abierta con el mango del bisturí ó otro dilatador. Es esencial permanecer en la línea media y rápidamente reemplazar esta vía aérea de emergencia con una traqueostomía adecuada.

Si se puede obtener un tubo endotraqueal o un broncoscopio, las vías aéreas pueden establecerse con uno de éstos dispositivos y hacerse una traqueostomía deliberada.

La traqueostomía selectiva se practica bajo anestesia general o local cuando las vías aéreas del paciente son todavía adecuadas o han sido restablecidas con un tubo endotraqueal.

La técnica quirúrgica precisa puede variar desde una incisión en la línea media y horizontal, un instrumento romo ó agudo, hasta una retracción ó división del istmo tiroideo.

Los principios son los mismos en todos los procedimientos:

- 1.- Evitar el traumatismo al cartílago cricoides.
- 2.- Permanecer en la línea media para evitar traumatizar las estructuras laterales del cuello.
- 3.- No cerrar la incisión herméticamente para producir el mínimo de enfisema subcutáneo.

Los cuidados postraqueostomía consisten en humidificar el aire inspirado para prevenir la formación de tapones de moco y costras. Debe aspirarse frecuentemente ( cada 2 ó 4 hrs ) en el tubo endotraqueal, evitar una sedación profunda y mantener una atención constante durante las primeras 24-48 horas. A observación ininterrumpida puede no ser necesaria con algunos-

adultos pero con niños pequeños es absolutamente necesaria -  
mientras se mantenga la traqueostomía.

CUERPOS EXTRAÑOS EN LAS VIAS.  
RESPIRATORIA Y DIGESTIVA.

Los cuerpos extraños pueden alojarse en la laringe, en los bronquios, o en el esófago, usualmente cuando se come y a consecuencia de una aspiración súbita, cuando se sufre una sorpresa, o también como resultado de un simple descuido mientras se tiene algo en la boca, o cuando una persona ha perdido el conocimiento .

Los cuerpos extraños en el esófago, se hallan usualmente en la entrada al tórax, y menos frecuentemente en el cardias o a medio esófago. Si los cuerpos extraños en la laringe la bloquean, la asfixia es inminente.

Cuerpos extraños en la Laringe.

Los cuerpos extraños en la laringe pueden causar ronquera, estridor, tos y sofocamiento. Pueden obstruir la vía aérea parcial o totalmente, causando disnea, estridor o asfixia—también puede causar síntomas inflamatorios de fiebre, dolor, insensibilidad y tumefacción. Pueden ser removidos mediante un fórceps tipo pinza, a través de un laringoscopio directo, bajo anestesia tópica o general. El enfermo debe encontrarse en la posición de Trendelenburg para prevenir que el cuerpo extraño entre a la tráquea o al esófago, y para el caso en que esto llegara a suceder, deben estar disponibles un broncoscopio de tamaño ade

lo indefinidamente.

El dentista debe hallarse preparado para justificar cualquier cosa. Excepto un tratamiento odontológico de urgencia en pacientes que suponen elevado riesgo.

Antes de consultar con el médico, el dentista debe elaborar cuidadosamente el plan de tratamiento sobre la base de exámen completo del paciente. Esto le permitirá adquirir experiencia en la evaluación y lo preparará para discutir los problemas con conocimiento y autoridad frente a su colega, ante una situación difícil en la esfera de su actividad profesional.

cuado. Un pequeño cuerpo extraño en la laringe puede alojarse en los bronquios.

#### Cuerpos Extraños en los Bronquios.

Los cuerpos extraños en los bronquios, usualmente -- producen un episodio inicial de tos, seguido por un período -- asintomático, silencioso que puede variar de unas cuantas horas a meses ó años, antes de que se presenten síntomas de tipos -- obstructivo e inflamatorio (tos, respiración ruidosa).

Si un cuerpo extraño al alojarse, adopta una disposición como para causar un efecto de válvula, puede provocar enfisema obstructivo de un segmento pulmonar, o de un lóbulo.

Los cuerpos extraños en los bronquios son removidos a través de un broncoscopio, o con un fórceps adecuado. Usualmente se emplea la anestesia general.

#### Cuerpos Extraños en el esófago.

Los cuerpos extraños en el esófago causan usualmente -- síntomas inmediatos de tos y vómito, además, dolor en la nuca a la altura del cartilago tiroideo, con la sensación de que "algo se atoró en la garganta". Haya dificultad para deglutir o incapacidad para deglutir alimentos o saliva. En ocasiones, sin embargo y especialmente en niños, puede pasar semanas y meses antes de que se presenten síntomas de infección u obstrucción.

## ASPIRACION O DEGLUCION DE UN CUERPO EXTRAÑO.

Una situación temible para el odontólogo es la aspiración o la deglución de un cuerpo extraño.

Los objetos implicados con mayor frecuencia son los dientes; sin embargo cualquier cuerpo como pueden ser fragmentos de raíces, tapones de gasa, incrustaciones, coronas, puentes, materiales de impresión, rollos de algodón, instrumentos rotos etc., pueden ser aspirados o deglutidos.

El problema se presenta, por ejemplo, cuando se produce la caída repentina e inesperada de dientes que están siendo extraídos, o cuando los fragmentos de coronas o incrustaciones caen en la faringe.

Después de las manifestaciones iniciales de ahogo, tos y náuseas, el material es expulsado o bien atravieza la laringe para alojarse en la tráquea o en los bronquios.

Deben de tomarse todas las precauciones necesarias para evitar esta complicación. La garganta debe estar siempre tapada cuando se lleva a cabo cualquier intervención bajo anestesia general. Cuando se trabaja con bloqueador local, a su vez el dentista tendrá siempre presente la posibilidad de que los dientes u otros cuerpos extraños caigan accidentalmente y tomar todas las precauciones para evitarlo.

Una vez que el cuerpo extraño ha caído en la garganta, el paciente, en general, toserá o hará arcadas y habitualmente conseguirá expulsarlo.

Cuando esto no ocurre se aconseja inclinar el cuerpo del enfermo hacia adelante, con la cabeza hacia abajo y entre las piernas para facilitar la salida del cuerpo extraño.- Si el intento resulta infructuoso y el paciente continúa tosiedo, debe procederse a visualizar directamente la faringe y a extraer el objeto con los dedos o con instrumentos apropiados.

Cualquier cuerpo extraño que pase la faringe y que no sea expulsado caerá en el aparato respiratorio o en el tubo digestivo.

Los cuerpos extraños pueden alojarse en la laringe y producir una obstrucción respiratoria aguda. La complicación se reconoce por los cambios que origina en la fisiología respiratoria, que se manifiestan por cianosis, disnea, estridor-laríngeo, asfixia y síncope. Si esto ocurre, el operador debe tomar la lengua del paciente y tirarla hacia adelante, despejando a continuación la faringe por medio de los dedos, de instrumentos o de una aspiración. Si con ello no logra aliviar la obstrucción, debe crear sin demora una vía aérea con urgencia. Superada esta emergencia, el paciente debe ser tratado por el especialista.

Se plantea un problema diferente cuando el cuerpo extraño desaparece en la garganta y no puede ser expulsado por el paciente o extraído por medios mecánicos. Si el enfermo no



presenta síntomas respiratorios, el objeto habrá pasado al -- pulmón o al aparato digestivo. En el último caso la situación no requiere por lo general tratamiento, ya que habitualmente recorrerá el tubo digestivo sin producir daños. En cambio, debe ser extraído si se alojó en las vías respiratorias, razón por la cual el paciente debe ser enviado inmediatamente a un especialista.

#### PREVENCION:

Colocación rutinaria del dique de hule.- Durante la realización de instrumentación endodóntica; independientemente de la facilidad que este nos presta para la asepsia del campo operatorio, servirá de barrera de contención a un instrumento que pudiera escapar de nuestras manos y ser lanzado hacia - las vías digestivas.

Si la negligencia ha existido y un istrumento ha sido deglutido por el paciente, el tratamineto consistirá en: - tranquilizar al paciente explicándole que lo único que se necesitará será vigilancia. Se prescribirán alimentos con alto contenido de celulosa y fibrosos, tales como espárragos y porros, los cuales deberán ser comidos enteros, incluyendo las partes - menos comestibles.

Durante el mecanismo digestivo se formará una masa - fibrosa que envolverá el cuerpo extraño susceptible de lesionar

las mucosas.

Se vigilarán las heces durante un tiempo prudente.- En términos generales, el objeto será eliminado entre 2 y 6 días aproximadamente. En caso contrario, se solicitarán estudios radiográficos para determinar si el cuerpo extraño se ha anclado en algún punto del tracto digestivo correspondiendo - el tratamiento al gastroenterólogo.

El cirujano Dentista debe estar preparado repasando periódicamente los procedimientos del tratamiento y manteniendo el equipo esencial inmediatamente a la mano.

El tratamiento se logra con una de cuatro medidas definitivas, o una combinación de ellas.

- 1.- El operador puede ayudar al paciente en su propia defensa, natural contra la obstrucción aunque, con excepción de succionar los líquidos regurgitados.
- 2.- Puede compensar la aereación disminuida proporcionando concentración de oxígeno.
- 3.- Puede eliminar el cuerpo extraño.
- 4.- Puede derivar el punto de obstrucción haciendo una vía de aire secundaria.

#### CONCLUSIONES.

"La mejor manera de tratar una urgencia es impedir-

que se produzca".

La mayoría de las emergencias enumeradas son previsibles. La adopción de principios quirúrgicos bien establecidos, la elección de una vía de acceso adecuada, el cuidado con que se manipulen los tejidos, el uso controlado de la fuerza, sobre todo la concentración en el problema, reducirán al mímo los riesgos quirúrgicos.

A pesar de estos cuidados pueden producirse complicaciones incluso en manos del más experto de los profesionales; por tanto, todo dentista debe tener los conocimientos y la habilidad suficientes como para enfrentar con éxito las emergencias que pudieran presentarse.

## FRACTURAS DE PIEZAS DENTARIAS E INCLUSIONES A SENO.

### Fracturas de dientes:

Es el accidente más frecuente de la exodoncia, en el curso de la extracción, al aplicarse la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación, la corona o parte de ésta o parte de la raíz se quiebran quedando - por lo tanto la porción radicular en el alveolo.

El incompleto estudio clínico y radiográfico del diente a extraerse y equivocada técnica quirúrgica se funda la causa principal del accidente.

Conducta a seguir en caso de fractura.- Producida la fractura los cuidados deben dirigirse a extraer la porción radicular que quedó en el alveolo.

Si la extracción fué intentada sin el examen radiográfico previo después de producida la fractura se tomará una radiografía que nos indicará la posición, forma y disposición radicular.

A causa del traumatismo producido por la fractura -- del diente a extraer, se producen desgarros de la encía, se desplazan esquirlas oseas, y sobre todo en la boca del alveolo se sitúan trozos del diente, la pulpa puede quedar expuesta. - La encía desgarrada y el periostio lesionado producen una hemorragia abundante que oscurece el campo operatorio.

"Preparación del campo operatorio: Por preparación del campo operatorio se entiende eliminar los trozos oseos y dentarios que lo cubren, cohibir la hemorragia de las partes blandas, es decir, aclarar la visión del muñón radicular fragmentado para así llevar a feliz término la extracción"; (IV).

Los fragmentos se retiran con pinzas de algodón, se lava la región con un chorro de agua o suero fisiológico, se seca con gasa y se practica la hemostasia con adrenalina, --- Clauden, métodos eléctricos, etc.

Una vez terminada la hemorragia se practica la extracción de las raíces.

Si a pesar de haber realizado lo anteriormente dicho hubiese dificultad para la extracción de dichos restos radiculares lo conveniente sería efectuar una incisión amplia, levantar un colgajo y hacer la extracción por la parte vestibular.

Una vez terminada la extracción se lava muy bien y se procede a suturar.

#### Complicaciones del Seno Maxilar:

En el momento de extraer los dientes superiores, hay siempre la posibilidad de que se produzca una abertura en el seno maxilar. Esto puede ser resultado de lo siguiente:

- 1.- Destrucción del piso del seno maxilar por infección crónica a partir del ápice de los dientes superiores. Cuando se

extrae el diente se establece comunicación entre la cavidad bucal y el seno maxilar.

- 2.- Perforación de la capa delgada epitelial del seno maxilar por el uso incorrecto de la cureta.
- 3.- Hundimiento accidental de un elevador a través del piso sinusal al intentar extraer una raíz fracturada o un diente retenido.
- 4.- Cuando se intenta extraer una raíz fracturada o retenida de su posición en el alveolo o reborde alveolar y se le fuerza hacia el seno maxilar.
- 5.- Cuando se intenta extraer un tercer molar superior retenido forzando accidentalmente hacia el seno maxilar.

Durante la extracción de los molares y premolares superiores, puede abrirse el piso del antro, esta perforación adquiere dos formas: accidental o instrumental. En el primer caso, y por razones anatómicas de vecindad del molar con el piso del seno, al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación. Inmediatamente se advierte el accidente porque el agua del enjuagatorio pasa al seno y sale por la nariz.

En otros casos, los instrumentos de exodoncia, cuchas rillas, elevadores pueden perforar el piso sinusal adelgazado, desgarrar la mucosa antral, estableciéndose por este procedimiento una comunicación.

### Tratamiento de la comunicación operatoria:

"Cuando el piso del seno maxilar es desgarrado en el momento de la extracción y la visualización directa del se no revela la infección, se levanta sobre el lado bucal un colgajo grande se hace una incisión paralela en el periostio bien alta en el colgajo. Esta incisión en el periostio ayuda a la -movilización del colgajo.

A continuación, la membrana mucoperióstica palatina se libera y se la separa hasta exponer la cortical del hueso e en el lado lingual. Se extirpa bastante reborde alveolar de modo que la mucosa bucal y la del paladar blando puedan aproximarse y ser suturadas sin tensión." (VI)

Se colocan apósitos de gasa sobre la herida y se hace morder al paciente sobre ellos. Se le entregan otros apósitos de gasa para que cambie los primeros cuando se humedezcan demasiado. Se les deja hasta en la noche en su lugar.

Se les administran antibióticos durante varios días- y gotas nasales para limpiar la mucosa nasal y al mismo tiempo para mantener abierto el ostium antral para el drenaje.

Se le dice al paciente lo que ha sucedido y se le recomienda que no se sueñe la nariz. Si estornuda debe abrir la boca y hacerlo a través de ella y no por la nariz.

Se prohíbe el uso de pajitas para tomar líquidos, y -

y si el paciente fuma no debe hacer esfuerzos de succión al -- tragar el humo.

Se le instruye par que vuelva a las 48 hrs. Si el - exámen no revela síntomas de sinusitis aguda, debe volver a -- los cuatros días .

Si hubiera síntomas de sinusitis, se le enviará a - un Otorrinolaringólogo para su tratamiento.

Raices impulsadas al seno maxilar.

Para evitar que las raices vayan al seno maxilar, es necesario extremar los cuidados en la extracción de la raices-fracturadas de los dientes superiores cuando las radiografías-revelan que estan en la proximidad del piso del seno maxilar.

Nunca se debe ejercer presión en el extremo de un -- fragmento radicular con un elevador. Hay que tener buenas radio grafías y buena visibilidad siempre y nunca trabajar a ciegas-con un alveolo lleno de sangre. Es recomendable usar el aspira dor para mantener el alveolo bién limpio.

Un exámen radiográfico previo nos ayudará a encon-- trar la ubicación exacta de la raiz.

Conducta de urgencia: Es preciso no confiar en los - hechos excepcionales de eliminación de la raiz por la nariz, - es más prudente intervenir inmediatamente.

Intentar, en primer lugar, los medios sencillos que



pueden proporcionar un resultado satisfactorio, en particular el procedimiento de Pont: a través del orificio alveolar, ensanchando si es necesario por una alveolectomía vestibular, pa sar una tira de gasa que se enrolla y que se pasea por el in terior del seno. Esta gasa acaba por apresar el diente, de -- tal forma que al retirar la mecha se extrae al mismo tiempo - el diente sin producir lesiones importantes. Otras veces un la vado a presión puede movilizar la raiz.

En caso de fracaso, basta ensanchar la brecha del la do. alveolar para conseguir una mejor visibilidad sobre el seno.

## URGENCIAS EN FRACTURAS DEL MAXILAR Y MANDIBULA.

El cuidado inmediato de las heridas maxilares y faciales implica un conocimiento de la anatomía facial. Exige que el profesional esté familiarizado con la arquitectura ósea y dentaria, y también con la irrigación e intervención de la zona dañada. Debe comprender las limitaciones de su capacidad para el tratamiento de esas heridas. Por lo tanto, el diagnóstico desempeña un papel muy importante, tanto en el cuidado de emergencia como en el definitivo. A este respecto, digamos que el tratamiento de emergencia incorrecto puede complicar el cuidado posoperatorio de un maxilar fracturado.

Intentaremos enumerar los puntos necesarios para el diagnóstico exacto, el tratamiento y cuidado de las fracturas del maxilar superior, con especial consideración de las precauciones que debe tener en cuenta el operador.

Las fracturas son consideradas como soluciones de continuidad de un elemento óseo consecutivo a un trauma.

### CLASIFICACION.

I.- Etiología: Traumáticas y Patológicas.

II.- Topografía: Parciales y totales.

III.- Trazo: Únicas, Dobles, Triples y Múltiples.

IV.- Relación con el Exterior: Expuestas ó Abiertas, No expuestas .

V.- Número de Fragmentos: Simples, Compuestas, Conminutas.

TIPOS DE FRACTURAS EN EL MAXILAR.

Generalmente se aceptan tres tipos.

Le Fort I: Fractura de Guérin u Horizontal.- Corre en una posición transversa por encima de los ápices de los dientes; incluye el proceso alveolar, suelo de la fosa nasal, seno maxilar por arriba del nivel del paladar,

La fractura Horizontal produce un "Maxilar Flotante".

TRATAMIENTO: Fijación intermaxilar, inmovilización craneofacial.

Le Fort II: Piramidal.- Esta fractura está causada por golpes fuertes sobre el maxilar, produce una separación de huesos a través de la sutura cigomáticomalar, un reborde orbitario inferior, suelo de la órbita, huesos lagrimales y apófisis pterigoides.

Toda la porción media de la cara está edematizada; - incluye nariz, labios y párpados. El paciente puede presentar coloración rojiza en el globo ocular debido a la extravasación hemorrágica conjuntival.

Puede haber epistaxis, pérdida de la conciencia y lesiones de los nervios craneales.

TRATAMIENTO: Fijación intermaxilar, inmovilización craneo facial, tracción intermaxilar por férulas y elásticos.

Le Fort III: Cráneo Facial o Transversa.- Este tipo de fractura separa la cara del cráneo quedando un maxilar flotante, característica de cara alargando.

La línea de fractura pasa a través de las suturas cigomático-frontal, naso-frontal, suelo de la órbita, área de etmoides y esfenoides.

Los signos oculares en esta fractura son de importancia. Si hay dilatación en pupila y fijo el globo ocular, hay un 50 % de probabilidades de muerte.

TRATAMIENTO: Reducción abierta, reducción interna - circuncigomática, levantamiento del hueso malar con fijación cráneo-facial.

**FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR.** Esta fractura es una complicación rara, aunque no excepcional, de las extracciones dentarias. La mayoría de los accidentes se producen por el uso inadecuado de fórceps o la aplicación de fuerzas exageradas, pero lo cierto es que aún los dentistas muy experimentados, que siguen técnicas cuidadosas, pueden fracturar una mandíbula. Este problema, aunque raro, debe considerarse como un riesgo natural de la exodoncia, y el hecho de que se produzca no implica necesariamente negligencia de parte del cirujano. El problema es más común en personas de edad, cuyos maxilares son delgados y atróficos, pero puede ocurrir en cualquier tipo de paciente.

En general, la fractura que se produce durante la extracción se acompaña de un crujido audible y de movilidad anormal en la zona lesionada.

Si el diente se mantiene firmemente adherido al hueso, deberá dejarse a un lado la extracción y se procederá a tratar la fractura. Sin embargo si el diente ha sido luxado y puede extraerse con un mínimo, de traumatismo adicional, se lo debe sacar antes de tratar la fractura.

Este problema puede evitarse siguiendo los principios quirúrgicos establecidos, es decir, abriendo una vía adecuada que permita un acceso sin obstáculos, y controlando la fuerza que se ha de emplear.

Las fracturas, especialmente en el maxilar inferior pueden escapar al diagnóstico y originar cuadros dolorosos. Es común que a causa de las circunstancias en que recibió el golpe, el paciente no concorra al dentista hasta que han desaparecido todos los signos de traumatismo. Hay incapacidad para masticar alimentos sólidos y pueden haber cambios leves en las zonas normales de oclusión. Debe investigarse cualquier alteración en el funcionamiento de los maxilares; por ejemplo, una desviación que se produzca al abrir la boca. El examen radiológico facilita el diagnóstico.

SIGNOS Y SINTOMAS PARA EL DIAGNOSTICO.

1.- Incapacidad para cerrar la boca en oclusión normal. Debido al desplazamiento de los fragmentos que llevan los dientes. Puede producirse dolor al ocluir.

2.- Parestesia.- En ciertos tipos de fracturas que presionan o dañan el nervio. El entumecimiento, por ejemplo, de la mejilla, labio y costado de la nariz en complicación del nervio infraorbitario.

3.- Asimetría o Deformidad.- En ciertos tipos de fracturas, aspecto ahondado en la fractura del maxilar superior.

4.- Equimosis.- Debido al corte del vaso sanguíneo y el líquido contenido subdérmicamente. No siempre es signo diagnóstico de una fractura.

5.- Crepitación. A la palpación digital, debido a la pulverización de los fragmentos fracturados que frotan entre sí.

6.- Hemorragia de la cavidad.- La hemorragia bucal puede ser diagnosticada según la ubicación y si va con algunos de los síntomas mencionados.

7.- Movilidad.- De uno, de otro, o de ambos maxilares, como ocurre en la fractura horizontal.

8.- Dolor a la masticación en el maxilar superior, por desplazamiento de los fragmentos. Dolor a la palpación

de zonas en la parte media de la cara.

### 9.- Hemorragias.

#### CUIDADOS DE EMERGENCIA.

El tratamiento específico de las fracturas en el paciente con traumatismos graves se instituye horas o semanas -- después.

Si no existen vías respiratorias libres, se deben colocar los dedos en la base de la lengua para tirar de ella hacia adelante. Las prótesis, los dientes fracturados y otros objetos extraños deben quitarse cuidadosamente si se pueden tomar con los dedos.

La aspiración debe emplearse para remover las secreciones y la sangre. Las fracturas mandibulares pueden afectar la inserción muscular de la lengua, con desplazamiento posterior de esta, ocasionando asfixia. La Traqueotomía se lleva a cabo si está indicada.

La hemorragia es una complicación en la fractura de los maxilares salvo cuando hay vasos profundos lesionados en los tejidos blandos (es decir, la arteria maxilar interna, las venas faciales y los vasos linguales).

En la mayoría de los casos puede mantenerse presión digital hasta que el vaso es ligado. La antitoxina tetánica se da después que se ha hecho la prueba de sensibilidad si hay so

lución de continuidad en la piel, y si el paciente no ha sido inmunizado.

El mejor tratamiento de las fracturas de los maxilares superiores y de la mandíbula es la fijación intermaxilar inmediata. Lo ideal es utilizar la fijación permanente pocas horas después del tratamiento.

Se dan sedantes al enfermo, así como antibióticos y otras medias necesarias de soporte colocandose bolsas de hielo sobre la cara. Estos procedimientos se deben efectuar lo más pronto posible al paciente, ya que el paciente estará más cómodo, pues los extremos fracturados del hueso no se están moviendo o en mal posición y por lo tanto los nervios no se traumatizan. La organización del coágulo sanguíneo que se verifica durante las primeras horas no se interrumpe.

Los alambres intrabucales son más difíciles de aplicar a la mañana siguiente cuando ya hay edema y trismo.

#### TRATAMIENTO.

El tratamiento de las fracturas se dirige a la colocación de los extremos del hueso en relación adecuada para que se toquen y mantengan hasta que ocurre la cicatrización.

La fijación temporal debe colocarse si no es factible la fijación definitiva. Siempre debe colocarse algún tipo de fijación para mantener al paciente confortable y los frag-



mentos de la fractura en tan buena posición como sea posible.

El vendaje de la cabeza es la forma más sencilla de fijación. Un método que puede utilizarse es el vendaje de cuatro cavos.

El termino que denota la colocación del hueso es reducción de la fractura. El término que se utiliza para mantener la posición es fijación.

#### REDUCCION CERRADA.

Hay varios métodos de reducción cerrada, es decir la maniobra que no expone quirúrgicamente al hueso.

Las fracturas de los maxilares superiores y mandíbula pueden reducirse manualmente. En las fracturas viejas donde los fragmentos del hueso no se mueven libremente, la tracción-echa por las bandas de hule entre los huesos ejerce una fuerza continua poderosa que reduce la fractura en 15 min. a 24 horas.

La tracción elástica vence a tres factores: La acción muscular activa que desvía los fragmentos (causa principal de la malposición), el tejido conectivo organizado en el sitio de la fractura y la malposición causada por la dirección y fuerza del traumatismo. Muchas veces la fractura del maxilar superior está empujada hacia atrás por la fuerza y debe tratarse hacia adelante con la manipulación o la tracción elástica

ca.

REDUCCION ABIERTA.

No es factible reducir todas las fracturas satisfactoriamente por el método cerrado.

Una ventaja de la reducción abierta es especialmente en fracturas tardías es la oportunidad que tiene el cirujano de remover el tejido conectivo en organización y los defectos que existen entre los bordes del hueso que si se dejaran retardarían la curación en la nueva posición.

Desventajas de la reducción abierta:

- 1.- Es posible la infección aún con métodos asépticos estrictos y antibióticos.
- 2.- El procedimiento quirúrgico necesario aumenta el tiempo que el paciente permanece en el hospital y los costos de hospitalación.
- 3.- Se forma una cicatriz cutánea.

FIJACION.

La fijación de las fracturas de los maxilares superior e inferior se hace en forma gradual.

Generalmente el primer paso es la fijación intermaxilar con alambros, barras para arcada o férula. En muchos casos esto es todo lo que se necesita. Sin embargo, si esto es insu-

ficiente, se hace el alambrado directo a través de perforaciones en el hueso con el método abierto.

Algunas veces se utiliza la fijación por medio de clavos medulares que reducen las partes y se inserta un clavo de acero inoxidable en toda la longitud del hueso cruzando la línea de fractura.

## DIFERENTES TIPOS DE SHOCK Y SU TRATAMIENTO.

### LIPOTIMIA.

Es la emergencia más común en el consultorio dental y está asociada a menudo con el uso de la anestesia local: pero nunca debe atribuirse a los efectos de la solución misma. Con más frecuencia la provocan factores psíquicos o el trauma de la inserción de la aguja.

Practicamente, todo dentista ha tenido alguna vez un paciente que se desmaya durante la inserción de la aguja o después. Si bien la pérdida repentina de la consciencia representa el síntoma más dramático de la lipotimia o síncope, no se trata en modo alguno de la única o más temprana manifestación.

La lipotimia consiste en una pérdida en general parcial del conocimiento que puede tener dos aspectos clínicos.

a).- A veces, el enfermo pierde el conocimiento sin síntomas previos .

b).- Mas frecuentemente, existen síntomas previos a saber; sensación de pesadez generalizada, acompañada de sudoración, palidez y eventualmente cosquilleo de los miembros seguido de pérdida del conocimiento.

La pérdida de la conciencia, por razones psíquicas o de otro tipo se debe a algún trastorno en el mecanismo para mantener presiones sanguíneas normales'

El lecho vascular se dilata, creando una discrepancia entre él y el volumen circulante, resultando así una presión sanguínea disminuida. El cerebro debido a su posición superior, siente los efectos de la anemia transitoria y de la hipoxia subsiguiente, con la pérdida de la función normal.

En cualquiera de las dos formas en que el cuadro se presente, es muy importante realizar un examen ultrarápido del paciente, a quien se tomará el pulso, vigilando la respiración.

El tratamiento deberá ser inmediato y consistirá en:

- a) Acostar al enfermo con la cabeza baja.
- b) Aislar la estancia habitación!
- c) Suprimir toda molestia causada por los vestidos.
- d) Golpear la cara y el cuello con un trozo de ropa húmeda con agua fría.
- e) Hacer un masaje preesternal.
- f) Hacer inhalar oxígeno con un poco de aire, abriendo la válvula hasta el retorno normal de conciencia.
- g) Mantener al enfermo estirado, en un lugar aireado, bajo vigilancia durante una hora al menos antes de dejarle marchar. Lo cual hará acompañado, y prohibiendo en todos los casos la conducción de vehículos.

### PREVENCION.

En la mayoría de los casos puede prevenirse si el dentista tiene en cuenta la actitud mental del paciente y su susceptibilidad al trauma síquico. Es aconsejable ganar su confianza por medio de sicoterapia, que debe ser practicada por todo profesional. Hay que informarle que debe esperar, ya que muchas personas reaccionan muy mal a las sorpresas desagradables.

Agujas y jeringas deben mantenerse fuera de la vista. El paciente aprensivo debe recibir los beneficios de la premedicación cuando esta indicada.

### SINCOPE.

Se denomina síncope a la pérdida transitoria del conocimiento. Se habla de síncope vasodepresivo cuando existe pérdida del conocimiento causado por una reducción transitoria del aporte sanguíneo al cerebro, como consecuencia de una caída de la presión sanguínea.

Esta es la reacción adversa más común que muestran los pacientes en el consultorio dental. Es una reacción física a un estímulo psíquico. El temor al procedimiento dental produce una reacción en cadena de vasodilatación general y por lo tanto, una disminución en el volumen de sangre que retorna al corazón. Esto da lugar a los síntomas de vértigo, debilidad

nausea, sudación y pérdida de la conciencia. El paciente manifiesta un pulso débil, sudación fría y un descenso de la presión arterial. Sus pupilas suelen dilatarse y si no se aplican de inmediato los procedimientos urgentes apropiados puede presentar convulsiones.

Sintomas y signos de síncope vasodepresivo :

Tempranos:

- 1.- Palidez
- 2.- Salivación
- 3.- Náuseas.
- 4.- Transpiración.

Tardios:

- 1.- Dilatación de las pupilas
- 2.- Bostezos.
- 3.- Hiperpnea.
- 4.- Bradicardia.
- 5.- Inconsciencia.
- 6.- Movimientos convulsivos.

Recuperación.

- 1.- Cafalea.
- 2.- Debilidad.
- 3.- Ansiedad.
- 4.- Confusión.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en posición de Trendelenburg, con la cabeza en situación inferior - al nivel del corazón y las piernas colocadas a un nivel superior al del corazón.

Esto ayudará al retorno de sangre al lado derecho del corazón y evitará el estancamiento de la misma en las piernas.

Se le afloja la ropa al paciente, se le administra oxígeno y se succionan las secreciones de su cavidad bucal.

Se administra solución amoniacal para estimular la respiración. La posición de Trendelenburg ayuda al restablecimiento de la circulación sanguínea del encéfalo y alivia el trastorno si se pone en práctica de inmediato. La mayoría de los pacientes reaccionan rápidamente al tratamiento y sus mecanismos funcionales normales pueden evitar que se repita la alteración.

Los pacientes con antecedentes de ataques de síncope en el consultorio dental pueden ser objeto de medicación previa con algún sedante que les alivie la ansiedad.

#### SHOCK ANAFILACTICO.

Anafilaxia generalizada.- Anafilaxia generalizada es una urgencia alérgica. Muchas veces no hay tiempo de llamar a un consultor.

El mecanismo de la producción de la anafilaxia generalizada es la reacción de anticuerpos Ig E con un alérgeno-



provocando la liberación de histamina, bradiginina y SRS-A - (substancia de reacción lenta de la anafilaxia). Estos medidoes químicos provocan contracción de la musculatura lisa de - las vías respiratorias y digestivas, así como aumento de la permeabilidad vascular.

Los siguientes factores aumentan el peligro de anafi  
laxia:

- 1.- Antecedentes de alergias para ciertas drogas o alimentos.
- 2.- Antecedentes de asma.
- 3.- Antecedentes familiares de alergias.
- 4.- Administración parenteral de la droga.
- 5.- Administración de alérgenos muy peligrosos, como la penicilina.

Las reacciones anafilácticas pueden presentarse en - plazo de segundos después de administrar la droga, o a los 30- a 40 min. creando confusión diagnóstica. Por lo tanto, para e- vitar reacciones alérgicas al medicamento, el dentista deberá- completar una historia clínica y una valoración adecuada antes de usar el medicamento. Aspirar antes de inyectar.

Las reacciones alérgicas a los medicamentos pueden - variar desde reacciones demoradas más molestas que peligrosas- a reacciones anafilactoides, que son graves y frecuentemente - producen la muerte del paciente.

Las reacciones anafilactoides se desarrollan rápida-

mente.

El paciente se vuelve extremadamente nervioso, experimenta prurito intenso, y se presenta respiración asmática.- Puede desarrollarse rápidamente urticaria, la presión arterial desciende y el pulso se debilita o pierde. El paciente puede caer en estado inconciente con o sin convulsiones. Puede producirse la muerte a los pocos minutos ó varias horas después. -

Debido a los efectos vasopresores broncodilatadores y antihistamínicos de la adrenalina, es el medicamento preferido para reacciones de este tipo.

La dosificación en el adulto variará de 0.3 a 1 mg.- (0.3 a 1 ml. de una solución al 1:1000) por vía subcutánea o intramuscular.

En todas las reacciones generalizadas graves, colocar cánula en una vena permitirá el rápido uso de medicamentos y el manejo de líquidos.

En caso posible deberá iniciarse y mantenerse una vía intravenosa. La vía intravenosa permite la titulación o dosis fraccionadas de adrenalina aunque la dosificación total es aproximadamente la misma.

El oxígeno bajo presión deberá administrarse con respiración aguda.

Los antihistamínicos (difenhidramina, 50 mg.) se administran por vía intravenosa, o intramuscular. Se recomienda ge

neralmente los esteroides corticales como la hidrocortisona -- (Solu-Cortef) 100 mg por vía intravenosa o intramuscular, debido a su efecto vascular periférico.

Si continúan los síntomas, habrá de pensarse en volver a administrar adrenalina o antihistamina. Si la presión arterial es baja, habrá que pensar en usar un medicamento vasopresor o como la fenilefrina, de 1 a 5 mg por vía intramuscular.

#### Tratamiento de Urgencia:

Si en el consultorio dental se presentará una reacción anafiláctica aguda, el tratamiento general consistiría en:

- 1.- Mantenimiento de vías permeables.
- 2.- Sostenimiento de la circulación.
- 3.- Tratamiento medicamentoso para neutralizar el alérgeno.

Mantenimiento de vías permeables.- La obstrucción en los bronquiolos debido a broncospasmo requerirá la administración de un medicamento broncodilatador como la epinefrina o la aminofilina para permitir la ventilación adecuada de los pulmones.

Sostenimiento de la circulación.- Deberá iniciarse la vigilancia constante del pulso y la presión arterial al primer signo de una reacción alérgica. De esta manera puede apli-

carse tempranamente el tratamiento correctivo.

El paciente debe ser colocado en posición de trendelenburg. Si la posición del paciente no alivia el problema de hipotensión, puede ser necesario administrar medicamentos específicos para elevarla. En general se está de acuerdo en que el medicamento de elección en el tratamiento del choque alérgico es la adrenalina. Este medicamento tiene tres efectos benéficos en el tratamiento del choque alérgico. Es un agente antihistamínico que neutraliza a la histamina liberada en las reacciones alérgicas, un broncodilatador y un vaso constrictor potente.- Este es un medicamento que puede salvar la vida de un paciente y debe contarse con el mismo en todo consultorio dental como parte del equipo de urgencia.

Tratamiento Medicamentoso.- Además del uso de adrenalina para el control de la presión arterial y la broncodilatación, pueden administrarse otros medicamentos para contrarrestar los efectos inmediatos y a largo plazo de una reacción alérgica.

Los medicamentos antihistamínicos como el Benadryl, el Clorotrimeton y el Dimetane antagonizan la acción de la histamina durante la reacción alérgica.

El uso de antihistamínicos durante una reacción alérgica no es para revertir la acción de la histamina ya libera-

da sino para evitar la continuación de la reacción por la liberación de mayor histamina.

Estos medicamentos pueden administrarse por vía intravenosa o intramuscular, según la gravedad del trastorno.

#### CHOQUE NEUROGENO.

Choque psicógeno. Esta forma de choque es casi siempre de tipo vasovagal y resultante de factores neurógenos, o psicógenos, por ejemplo, dolor, traumatismo, miedo, visiones desagradables, sonidos u olores repugnantes, o medicamentos vaso dilatadores. La debilidad, la astenia, inestabilidad emocional el hecho de estar de pie por mucho tiempo, el calor en exceso, las drogas hipotensoras predisponen al choque neurógeno.

La hiperactividad autonómica brusca causa vasodilatación o inhibición del tono vasoconstrictor de las arteriolas, con la consecuente confluencia de sangre en la periferia y en el territorio esplacnico. Después de un período de ansiedad y de signo de liberación de epinefrina (taquicardia, temblores y palidez), se presenta una estimulación súbita y refleja del vago, con disminución del gasto cardíaco, hipotención y disminución de la circulación cerebral.

Tratamiento.- generalmente el paciente se recupera pronto al ponerlo en posición supina con la cabeza mas baja.- La inhalación de amonio es eficaz para producir una respuesta.

CHOQUE HIPOVOLEMICO.

En esta forma de choque hay una verdadera desminución del volúmen sanguíneo, debida a la pérdida de sangre o plasma de la circulación. Este tipo de choque es reversible si la terapéutica se instituye rápidamente para restaurar el volúmen de sangre intravascular. Si esto no se hace sólo pone en movimiento una reacción en cadena de alteraciones fisiológicas cardíacas y vasculares. Entonces el choque se hace irreversible y sobreviene la muerte.

El choque hipovolémico puede resultar de:

- (1). El choque hipovolémico puede resultar de pérdida de sangre total por hemorragia debida a lesiones externas o internas.
- (2). Pérdida de sangre completa a través de hemorragia interna no traumática (por ejem. úlcera péptica sangrante.)
- (3). Pérdida de sangre y plasma en fracturas extensas y lesiones por machacamiento.
- (4). Pérdida de plasma y hemólisis de eritrocitos en quemaduras extensas
- (5). Pérdida de plasma debida a síndrome nefrótico.
- (6). Deshidratación con trastornos electrolíticos.

El devilitamiento, la desnutrición, senilidad, las drogas hipotensas (por ejemplo vasodilatadores coronarios),

anestésicos locales e insuficiencia adrenocortical, son todos factores predisponentes al choque hipovolémico.

Los signos clásicos de palidez, enfriamiento, cianosis, sudación, taquicardia e hipotensión arterial pueden aparecer bruscamente y a menudo representa un estado de choque bien establecido .

#### Restauración del choque hipovolémico.

En el tratamiento del choque hipovolémico la transfusión es el método de elección para restaurar el volumen de sangre para la transfusión debe ser igual a la cantidad que se ha estimado pérdida, o debe ser lo bastante para lograr que la presión arterial llegue a niveles normales y mantenerla ahí; - se pueden dar 500 ml. adicionales de sangre después de una pérdida abundante. En una urgencia, si el tipo de sangre del paciente no se conoce, se puede utilizar el tipo O (donador universal).

#### Control de la pérdida de sangre.

El tratamiento del choque hipovolémico es tan importante el reemplazo de la sangre como, el control de la pérdida.

Si la hemorragia ocurre dentro de la boca o en la piel de la cabeza o del cuello, se pueden utilizar la presión o la ligadura del vaso. También es importante en el control -- del choque suprimir el dolor y el miedo.

Es mejor que el paciente no esté muy frío ni muy caliente y preferible que mantenga la cabeza hacia abajo para asegurar una mejor circulación c<sup>e</sup>rebral. Sin embargo la posición horizontal puede ofrecer la mayor seguridad para el paciente - en estado de choque.



PRESION ARTERIAL.

No hay motivo alguno en la Odontología moderna, para que el dentista no esté plenamente familiarizado con la presión arterial de sus pacientes, y en la mayor parte de casos la forma más precisa de familiarizarse estriba en tomar la presión arterial en el consultorio dental y comprender su significado.-

La presión elevada obtenida en el momento de expulsión de la sangre del ventrículo se conoce como presión sistólica, mientras que la obtenida cuando no está expulsándose sangre del ventrículo se denomina presión diastólica, la cual es menor que la primera.

Por ejemplo, la presión arterial normal de las personas es de 110/70 ó 120/80 mm Hg. Sin embargo, hay que tener en cuenta que son cifras promedio y que puede haber valores mayores o menores los cuales serían perfectamente normales en ciertos individuos.

## HIPERTENSION ARTERIAL.

La hipertensión arterial esencial suele observarse en personas cuya ocupación supone tensión nerviosa y preocupaciones considerables. También parece existir una predisposición familiar. No se conoce bien el mecanismo exacto del aumento de la presión arterial. Es clásica la influencia lesiva de la obesidad, y las cifras de mortalidad en los obesos son mucho más altas que en individuos de peso bajo o medio. Una causa predigona de gran importancia puede ser un estímulo anormal del sistema nervioso simpático por emoción, miedo o represión de ira o agresividad.

La hipertensión puede durar meses o años antes de que se manifiesten o identifiquen los síntomas a que da lugar.

"Muchas veces el paciente es asintomático, o cuando menos muestra signos de insuficiencia cardíaca congestiva secundarios a la hipertensión. Los síntomas más habituales son cefeas frecuentes y persistentes, trastornos respiratorios, malostar general, hemorragias nasales y vértigo. No hay síntomas bucales, aunque se ha señalado a veces odontalgia en hipertensos, sin causa explicable de la molestia. La hiperemia de la pulpa-dental, o la congestión de este tejido resultante de la presión elevada podría explicar el síntoma."(X)

Algunos hipertensos pueden morir de hemorragia cere-

bral, infarto de miocardio, descompensación cardiaca o insuficiencia renal.

El tratamiento de la hipertensión esencial es pasajero y sintomático, más bién que curativo. Sin embargo, es indudable que disminuye netamente morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, se dirige a disminuir la presión arterial al grado que resulten mínimos los síntomas y muy raras las complicaciones. En años recientes se han desarrollado una amplia variedad de productos antihipertensivos, los más utilizados son los del grupo tiacídico. En pacientes que no pueden controlarse con tiacidas solamente, se emplean otras drogas potentes, como reserpina, metildopa e hidralacina. Muchos de estos agentes terapéuticos poderosos son eficaces para disminuir la presión arterial, sin embargo originan reacciones secundarias molestas, a veces graves.

#### Tratamiento Dental.

El dentista ha de disponer de lo necesario, (estetoscopio y esfigmomanómetro) en su consultorio para medir la presión arterial. Muchos pacientes visitan un dentista con mucha mayor frecuencia que a un médico, y el dentista prestará a su paciente un magnífico servicio si se descubre la hipertensión en etapa temprana, de manera que pueda tratarse antes de presentarse apoplejía, crisis cardiaca o lesión renal irreversible.

Todos los adultos han de tomarse la presión arterial en ocasión de la primera visita al consultorio dental, y por lo menos una vez al año después. A los pacientes con hipertensión conocida hay que tomarles la presión en cada visita dental, para tener la seguridad de que no hay peligro de perjudicarlos con la tensión que origina la intervención odontológica.

Todos los pacientes que toman medicación antihipertensiva deben interrogarse para saber si no la han interrumpido. Si la presión arterial en reposo es persistentemente de 160/-95 o mayor, después de tomarla dos o tres veces durante la misma sesión, o con poca diferencia de tiempo, hay que mandar al paciente con su médico para proseguir la observación y tomar desiciones acerca de la medicación hipertensiva.

Una presión arterial alta en un enfermo obliga a tener mucho cuidado en la elección del tratamiento, la premedicación, la anestesia y la duración y amplitud de las intervenciones.

Habrá que evitar en los pacientes hipertensos todo lo que pueda ocasionar aumento de presión arterial o nerviosidad o tensión. Una premedicación adecuada puede materialmente desterrar la nerviosidad.

Puede emplearse anestésicos locales que contengan 1:50 000 de adrenalina.

Con precauciones adecuadas, la extracción de dientes

en hipertensos bien controlados es una técnica bastante segura. Si algún accidente vascular se produjera después de extracciones dentales puede atribuirse al curso natural de los acontecimientos. La cosa es diferente si el paciente no está bien controlado.

"Basándose en la experiencia y la observación, muchos clínicos opinaron durante cierto tiempo que la extracción de dientes de urgencia en un hipertenso no controlado muchas veces se acompañaba de hemorragia posoperatoria intensa.

Aunque esto no se ha comprobado en una serie amplia de casos de la literatura, algunos autores consideran que tal hemorragia excesiva puede y debe producirse, y realmente ocurre cuando las extracciones son necesarias en forma urgente, - un paciente con hipertensión mal controlada debe hospitalizarse y ha de someterse a las medidas hemostáticas adecuadas para evitar una hemorragia indebida.

El paciente no ha de hacer esfuerzos durante la analgesia de inhalación o la anestesia general y procede utilizar una acción sedante previa adecuada de tipo bucal o parenteral.

"Muchas de las drogas antihipertensivas tienen efectos secundarios importantes para el dentista. Los pacientes -- que reciben medicación con reserpina tienen tendencia a desarrollar síncope y a veces pueden manifestar una caída intensa de la presión arterial, este efecto es posible hasta dos sema

nas después de interrumpida la reserpina. Tal colapso vasomotor asociado con la administración de reserpina no mejora con adrenalina. Hay que utilizar neosinefrina o levarterenol.

### HIPOTENSIÓN ARTERIAL.

Definición.- Existe hipotensión cuando la tensión arterial sistólica es igual o inferior a 90 mm Hg, por otra parte se considera que un paciente es hipotenso cuando su tensión es inferior en 30-40 mm Hg a la que es habitual en el .

### Etiología.

Se distinguen:

- 1.- Constitucional: existen personas cuya presión sistólica es siempre baja, entre 90 y 110 mm de Hg sin sentir ninguna molestia.
- 2.- Estado de shock.
- 3.- Insuficiencia suprarrenal.
- 4.- Infecciones agudas crónicas.

### Sintomas.

La hipotensión no tiene significado clínico, excepto en estado de shock.

### Tratamiento.

La hipotensión constitucional no requiere ningún tratamiento; para las otras formas tratar la afección causal.

La hipotensión aguda se manifiesta por lipotimia, debilidad, náusea y vómito. Debe advertirse al paciente que se acostado con los pies más altos que la cabeza. Los síntomas desaparecen rápidamente con sólo adoptar esta postura excepto en los casos de hipotensión intensa. Si los síntomas persisten, debe administrarse un vasopresor como clorhidrato de fenilefrina o metoxamina por vía subcutánea, o bitartrato de levaterenol, por venoclisis, lentamente en solución de 4mg/lt, la solución debe gotearse con cuidado, ya que muchos pacientes son en extremo sensibles a los vasopresores.

HEMORRAGIA.

Hemorragia.- Extravasación sanguínea traumática o espontánea por fragilidad de la pared capilar.

La hemorragia es una de las manifestaciones más comunes de enfermedades de la cavidad bucal y forma un aspecto importantísimo de la práctica odontológica. También representa - uno de los estímulos más espectaculares y potentes para llevar al paciente a la consulta médica o al consultorio del dentista.

La causa de que el paciente se precipite al consultorio o llame apresuradamente por teléfono puede variar desde un sangrado posquirúrgico o postraumático abundante hasta cantidades muy pequeñas como manchas de saliva sanguinolenta en la almohada durante la noche.

Cualquiera que sea la causa del sangrado, el dentista debe tranquilizar al paciente mientras investiga en forma sistemática la cantidad de sangre pérdida, decide si está indicada una substitución de urgencia y trata de establecer la causa del problema y la mejor terapéutica a largo plazo.

Cuando en un paciente revela un antecedente positivo de sangrado después de una extracción, es importante interrogarlo con respecto a su experiencia con sangrado después de cortaduras o lesiones en las articulaciones y superficies corporales.



Con frecuencia esta pregunta será contestada en forma negativa lo que deberá conducirnos a sospechar que existe una causa local para el sangrado dentro de la cavidad bucal.

Una buena norma que se debe recordar es que los procedimientos quirúrgicos nunca deberán ser realizados sobre un paciente con antecedentes de una discrasia sanguínea o una historia positiva de sangrado hasta que se halla realizado un estudio hematológico adecuado.

Un método simple y rápido para saber cual fué la disminución de volúmen sanguíneo es la toma del pulso y la presión arterial con cambios de posición. El paciente debe ponerse en decúbito durante algunos minutos al cabo de los cuales se mide la frecuencia cardiaca y la presión arterial.

Luego el paciente se sienta y a los 45 segundos se vuelven a tomar estos valores. En caso de una disminución importante del volúmen sanguíneo la frecuencia cardiaca aumenta en 20 latidos cuando menos, y la presión arterial disminuye en 20 mm. de Hg. Si se observa esta situación en un paciente con antecedentes de pérdida de sangre importante debe recurrirse cuanto antes a substitución del volúmen sanguíneo.

#### Clasificación de la Hemorragia:

La hemorragia postoperatoria ha sido clasificada como primaria y secundaria, lo que indica el tiempo en que se presen

ta el sangrado.

El sangrado continuo durante la operación e inmediatamente después, se denomina hemorragia primaria.

El sangrado que se presenta poco tiempo después de la cirugía cuando se pensó haberlo controlado, recibe el nombre de hemorragia secundaria. Esto por lo general, indica la incapacidad de controlar el sangrado mecánicamente durante un periodo de tiempo lo bastante prolongado después de la cirugía.

La hemorragia secundaria es de mayor importancia y se presenta después de que se organiza el coágulo inicial, de 24 hrs. a 10 días después de la cirugía.

El manejo de estos tipos de hemorragia es casi igual. El esfuerzo inicial deberá ser encaminado a controlar los factores emocionales y psíquicos. Las personas que sangran se tornan aprehensivas y requieren que se les ofrezca seguridad y que se les haga sentir cómodos en una posición semisupina.

#### Tipos de hemorragia:

El sangrado arterial produce emanación de sangre de color brillante, mientras que el sangrado venoso se caracteriza por la aparición lenta pero continua de sangre de color más oscuro. El sangrado arterial se caracteriza por su flujo intermitente a manera de bombeo que corresponde a la contracción del ventrículo izquierdo del corazón.

La hemorragia capilar se caracteriza por el oscuri-

miento continuo de sangre de color rojo claro.

Si la hemorragia proviene del tejido blando, sea de origen arterial o venosos el vaso debe ligarse.

La hemorragia capilar de los tejidos blandos puede ser tratada con varios métodos. Sobre el sitio que está sangrando puede hacerse presión con torundas embebidas en una solución de clorhidrato de adrenalina al 1 por 1000, quitandole antes el exceso. La esponja de gelatina absorbible (Gelfoam) o la espuma de fibrina embebida en trombina puede colocarse en la región. Un método muy bueno es colocar bajo compresión una gasa oxidada absorbible en el lecho capilar sangrante.

La solución de Monsel (solución de sulfato férrico) es un hemostático excelente para la hemorragia capilar, pero su manipulación tiene dificultades por la tendencia a extenderse por toda la boca. Esto produce coagulación de la sangre donde la solución entra en contacto con ella, lo que ocasiona que la solución se emplee poco. Sin embargo, la solución de Mosel es un agente sumamente útil cuando se coloca cuidadosamente en pequeña cantidad.

Muchas veces es posible detener hemorragias capilares o venosas cerrando la herida fuertemente con suturas. Este método es útil, especialmente si la hemorragia capilar de tejido blando se origina en los bordes superficiales de una herida. Sin embargo el sitio de la hemorragia tiene que examinarse cuidadosamen-

te porque si proviene de una fuente más profunda el método no tendrá éxito y ocasionará una equimosis.

Para la hemorragia arterial el mejor método de controlarla consiste en tomar y ligar el vaso sangrante.

Todas las arterias cortadas necesitan ser ligadas, - ya que la pérdida de sangre en estas circunstancias es sumamente rápida.

1 Las pinzas hemostáticas sirven para presionar el vaso seccionado. Las pinzas hemostáticas pequeñas, al tomar un vaso sangrante se levantan ligeramente para permitir la introducción del material de ligadura al rededor del muñon del vaso y así se lleva a cabo el primer tiempo del nudo quirúrgico. Se quita la pinza hemostática y el punto sangrante vuelve a examinarse para asegurar que la hemostasia es completa antes de aplicar el segundo tiempo del nudo quirúrgico.

La gasa es muy eficaz para secar el campo, ya que permite la aplicación periódica de presión sobre el punto sangrante y la hemostasia momentánea. Cuando se quita la gasa, el flujo súbito de sangre permite localizar rápidamente el vaso sangrante.

Si no tuviéramos a la mano ninguno de estos medicamentos de hemostasia, la aplicación local de hielo, con intervalos de 5 minutos durante las primeras cuatro horas, podría reducir la intensidad de una hemorragia.

Otro método de hemostasia para una urgencia sería la aplicación de tapones a presión en el lugar de la hemorragia, ya que muchas veces la presión basta para detener la hemorragia.

Si el sangrado persiste después de haber tomado todas estas medidas debemos considerar que existe un trastorno hemorrágico, por lo que deberán hacerse los análisis correspondientes. Siempre deberemos contar con una charola de urgencia con los instrumentos y medicamentos necesarios para controlar la hemorragia, está deberá incluir:

- 1.- Buena aspiración.
- 2.- Luz adecuada.
- 3.- anésteico local.
- 4.- Instrumentos apropiados tales como pinzas hemostáticas, tijeras y pinzas para algodón.

Los medicamentos apropiados incluyen epinefrina al 1: 1000, Oxycell, Gelfoam, tiras de gasa y torundas, trombina de bovino, sedantes y drogas analgésicas.

Otros medicamentos que también son necesarios para algunos casos son los sig.:

Vitamina K : La cual está indicada en estados hemorrágicos ocasionados por hipoprotrombinemia.

Dosis: Ampolletas: 1 diaria por vía parenteral.

Tabletas: De 1 a 4 diarias según sea necesario.

Syncavit; Está contraindicada en personas con infarto al miocardio, hemorragia cerebral reciente, embarazo, úlcera péptica activa.

Dosis: 1 a 2 ml. 1 a 3 veces al día mezclada con jugos o leche.

Cal- Rutina: Indicada en síndromes hemorrágicos por alteraciones en la coagulación sanguínea, en la fragilidad capilar o por déficit de vitamina C.

Dosis: 3 a 4 cucharadas o tabletas diarias.

Está contraindicada en pacientes con úlcera péptica y coma hepático.

En todos los problemas de sangrado es indispensable hacer una evaluación cuidadosa del paciente, así como una actitud de confianza por parte del dentista.

## CONCLUSIONES.

1.- Antes de efectuar cualquier tratamiento dental-- es muy importante la realización de una historia clínica para evaluar el estado físico y emocional de un determinado paciente para tolerar un tratamiento dental específico.

2.- En todo consultorio dental siempre se deberá contar con un equipo de urgencia, en el cual el elemento más importante puede ser el oxígeno, ya que este es el mejor recurso para tratar las reacciones tóxicas e incluso las de origen psíquico y emotivo.

Si el paciente no se recupera con rapidez hay que solicitar la cooperación de un médico.

3.- El tratamiento de un paciente con obstrucción aguda de las vías aéreas requiere una serie ordenada de paso:

a) Reconocer rápidamente la obstrucción.

b) Emplear maniobras no quirúrgicas para intentar -- aliviarla.

c) practicar la respiración boca a boca para vencer la obstrucción.

4.- Cuando un resto radicular penetra en la cavidad sinusal y no puede localizarse, debemos interrumpir inmediatamente la intervención y explicar la situación en términos claros y comprensibles al paciente. En este caso si se tiene poca

experiencia lo mejor será remitir al paciente a un cirujano maxilofacial.

5.- Una fractura por lo general, la podemos producir durante la extracción de lo que nos damos cuenta por el crujido audible y la movilidad anormal de la zona lesionada. Este problema puede evitarse abriendo una vía adecuada que permita un acceso sin obstáculos y controlando la fuerza que se ha de emplear.

6.- Tanto antes como después de cualquier intervención, la mayoría de los problemas hemorrágicos pueden ser superados adoptando medidas preventivas. Si se nos presenta una hemorragia después de una extracción podemos contar con medios de hemostasia sencillos como puede ser:

- a) Compresión.
- b) Sutura.
- c) Taponamiento del alveolo.
- d) Hielo.

7.- Generalmente el tipo de shock que con más frecuencia se nos presenta es el de tipo neurogénico que es provocado por factores psíquicos o por el temor a los procedimientos odontológicos, por lo cual siempre que veamos que un paciente es muy nervioso lo primero que deberemos hacer es inspirarle seguridad para que así se tranquilice y podamos efectuar el tratamiento.



Por lo general este tipo de problemas los podemos sacar adelante con la administración de oxígeno.

## BIBLIOGRAFIA.

- I.- EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA.- Frnk M. Mc Carthy.- edt. El ateneo.- Buenos Aires.- 2a. edición.- 1976.- p.p. 6, 7, 12 y 13.- 277, 278, 353, 381, 382, 484,.
- II.- MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS EN ODONTOLOGIA.- Martín J. Dunn y Donald F. Booth.- Edit. El Manual Moderno.- México, D.F.- año 1980.- p.p. 113 a 117, 122 a 125 y -- 136 a 138.
- III.- DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO.\_ Marcus A. Krapp y - Milton V. Chatlon.- 3a edición.- año 1974.- p.p. 112 - a 114 y 161 a 163.
- IV.- CIRUGIA BUCAL.- Guillermo A. Ries Centeno.- edit. El Ate neo.- 8a. edición.- año 1979.- p.p. 340 a 346, 489, 490, 494 a 496, 679, 689 y 690.
- V.- ESTOMATOLOGIA.- Michel Dechaume.- la. edición.- Barcelona.
- VI.- CIRUGIA BUCAL.- W. Harry Archer.- edit. Mundi.- 2a edición 1978.- Argentina.- p.p. 690 y 691.
- VII.- EMERGENCIAS EN LA PRACTICA DENTAL.- Odontologia Clínica de Norte América.- edit. Mundi.- volúmen II.- p.p. 253 a 257.
- VIII.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.- Gustav O. Kruger.- edit. Inter-
- IX.- MEDICINA BUCAL DE BURKET.- Malcolm A. Lynch.- 3a. edición- 1980.- edit. Interamericana.- p.p. 87 y 88, 97 y 98, 344 - a 346, 435 a 437.
- X.- TRATADO DE MEDICINA INTERNA.- Beenson Mc. Dermott.- Tomo - II 14a. edición.- editorial Interamericana.- p.p. 1070 a - 1072 1197, 1198, 1200 y 1206.