

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Va Bo.
Tesis
[Firma]
4-Marzo-82

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

ALFONSO

DIAZ

U. N. A. M.
COMISION DE EXAMENES
PROFESIONALES
PEREZ



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.

URGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL

PROLOGO

I.- HISTORIA MEDICA DENTAL

II.- DOLOR

- a).- Definición del dolor
- b).- Umbral del dolor
- c).- Odontalgias
- d).- Dolor dental
- e).- Control del dolor

III.- ACCIDENTES CON ANESTESICOS LOCALES

- a).- Conocimiento del anestésico usado
- b).- Síncope o desmayo
- c).- Agujas rotas
- d).- Trismus muscular
- e).- Infección
- f).- Convulsiones

IV.- HEMORRAGIAS DENTALES

V.- DROGAS Y EQUIPOS DE URGENCIAS

VI.- ALVEOLO SECO

VII.- FRACTURAS

a).- Dentarias

b).- Oseas

VIII.- CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

P R O L O G O

En la práctica diaria de la odontología atendemos a un variado número de pacientes, a los cuales --- debemos y tenemos la obligación de valorar antes de llevar a cabo cualquier tratamiento, es importante para el dentista, ya que cuando se esta -- alerta en el diagnostico, podemos dar un consejo de importancia al paciente e inducirlo a que lleve a cabo un tratamiento adecuado y completo.

La responsabilidad de todo dentista hacia el paciente con una urgencia dental es de aliviar el - dolor y determinar si la condición es o, puede -- convertirse en una amenaza a la salud general del paciente. También es responsabilidad del dentista capacitarse lo mejor posible para reconocer -- las manifestaciones bucales de las enfermedades - generales dado el papel cada vez mayor del ciruja no dentista en el cuidado total del paciente.

I.- HISTORIA MEDICA DENTAL

Hemos tratado de seleccionar una historia clínica lo más completo posible para poder detectar cualquier problema que nos pueda ocasionar una urgencia y de ese modo estar preparados, para solucionar con más eficacia y rapidez el hecho inesperado, al cual estamos expuestos en la práctica diaria de nuestra profesión.

La historia dental puede darnos datos valiosos en cuanto reacciones anteriores del paciente a los padecimientos bucales. El conocimiento de estas reacciones pueden ser una guía para tratamiento dentales futuras.

Dentro del orden establecido los pasos siguientes son obtención y evaluación de la historia medica del paciente. Las sensaciones anormales, así como las manifestaciones producidas por una enfermedad. Se denominan síntomas, estos son subjetivos y solo pueden describirlos el paciente. Por el contrario los signos de una enfermedad son objetivos; generalmente son descubiertos, por el clínico después de examinar cuidadosamente todos los informes del laboratorio y los RX y de haber llevado una evaluación minuciosa del estado físico del paciente.

Estos datos por sí sólo tienen poco valor a menos que el dentista sea capaz de seleccionar y correlacionar a aquellas que conduzcan el conocimiento de la naturaleza clínica del desorden. Si alguno de los datos no coinciden con un diagnóstico específico, el dentista debe ser capaz de decidir si estos datos no están relacionados con el desorden o si son de tal importancia que constituyen la base del diagnóstico diferente.

Los pacientes con problemas que requieren mayor investigación, pero que están demasiado enfermos para escribir un tratamiento completo, se hará sólo el tratamiento de urgencia reanudando el estudio después de que haya corregido el padecimiento agudo y solamente cuando un retraso en el tratamiento puede poner en peligro la vida del enfermo, la evaluación del caso debe aplazarse.

No hay regla que nos indique que tan minuciosamente debe investigar un caso, aunque es mejor ser minucioso que superficial, muchos errores en el diagnóstico se debe más a la falta de minuciosidad que a la falta del conocimiento.

La elaboración de una historia clínica es un procedimiento, difícil y a menudo frustrante. Un requisito para ello es conocer los síntomas de los diversos padecimientos.

Además es indispensable el tacto, diplomacia, com
presión, simpatía y habilidad para lograr que el
paciente se sienta tranquilo, una muestra de irri-
tabilidad o de premura o intolerancia suele con-
trariar o irritar al paciente que proporciona in-
formes confusos o falsos.

La guía para tomar la Historia Clínica, es sola-
mente lo que su nombre indica: UNA GUIA.

GUIA PARA LA HISTORIA MEDICO DENTAL

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____
Dirección _____
Teléfono _____ Altura _____ Peso _____
Fecha _____ Ocupación _____ Estado Civil _____

INDICACIONES

Si su respuesta a las preguntas es afirmativa ponga una cruz a la palabra "SI", y si la respuesta es negativa ponga una cruz en la palabra "NO". Contestar todas las preguntas y llenar todos los espacios cuando se le indique. Las respuestas a estas preguntas son para nuestro archivo únicamente y se le considera como confidenciales.

- 1.- ¿Su salud es buena?..... SI NO
¿Ha habido algún cambio en su salud durante el año pasado..... SI NO
- 2.- Mi último examen físico fué _____
Mi último examen dental fué _____
- 3.- Se encuentra usted bajo el cuidado de un médico..... SI NO
Si contesta que sí ¿cuál es el padecimiento que se le está tratando? _____
- 4.- El apellido y dirección de mi médico -
son _____

5.- ¿Ha padecido usted alguna enfermedad grave o se ha sometido a una intervención quirúrgica de importancia?..... SI NO
Si contesta sí ¿que padecimiento u intervención fué? _____

6.- ¿Ha sido internado en un hospital o tuvo alguna enfermedad grave en los últimos 5 años?..... SI NO
Si contesta sí ¿que padecimiento fué? _____

7.- ¿Padece o ha padecido alguno de los trastornos o enfermedades?

a).- Fiebre reumática o enfermedad cardíaca-reumática..... SI NO

b).- Lesiones cardíacas congénitas..... SI NO

c).- Enfermedad cardiovascular..... SI NO

¿Siente dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo?..... SI NO

¿Le falta aire después de un ejercicio leve?..... SI NO

¿Se le hinchan los tobillos?..... SI NO

¿Siente que no puede respirar bien cuando se acuesta?..... SI NO

d).- Alergias?..... SI NO

e).- Asma fiebre de heno..... SI NO

f).- Urticaria o erupciones cutáneas..... SI NO

g).- Desmayos o convulsiones..... SI NO

h).- Diabetes..... SI NO

¿Tiene necesidad de orinar más de seis veces? SI NO

¿Tiene sed la mayor parte del tiempo?..... SI NO

¿Se le seca la boca frecuentemente?..... SI NO

- i).- Hepatitis ictericia o enfermedad del hígado..... SI NO
 - j).- Artritis..... SI NO
 - k).- Reumatismo articular agudo..... SI NO
 - l).- Úlcera gástrica..... SI NO
 - m).- Enfermedades del riñón..... SI NO
 - n).- Tuberculosis..... SI NO
 - o).- Tiene usted tos persistente o expectora sangre al toser..... SI NO
 - p).- Presión baja..... SI NO
 - q).- Enfermedades venéreas..... SI NO
 - r).- Otras.....
-

- 8.- Tuvo hemorragias excesivas o anormales-después de extracciones, cirugía o traumatismo..... SI NO
- ¿Alguna vez ha necesitado una transfusión de sangre?..... SI NO
- 9.- ¿Padece usted algún trastorno de la sangre como anemia?..... SI NO
- 10.- ¿Ha sido operado o sometido a tratamiento con RX para tumor o cualquier otra afección en la boca?..... SI NO
- 11.- ¿Esta tomando alguna droga o medicina?. SI NO
- 12.- ¿Esta tomando actualmente alguno de los medicamentos?

 - a).- Antibióticos o sulfas..... SI NO
 - b).- Anticongulantes..... SI NO
 - c).- Medicamentos para la presión alta..... SI NO
 - d).- Cortisonas o esteroides..... SI NO
 - e).- Tranquilizantes..... SI NO

- f).- Aspirina..... SI NO
- g).- Insulina, tolbutamina..... SI NO
- h).- Digital o medicamentos para el corazón..... SI NO
- i).- Nitroglicerina..... SI NO

13.- Es usted alergico a reacciones desfavorables a los farmacos siguientes:

- a).- Anestésicos locales..... SI NO
- b).- Penicilina u otro antibiótico..... SI NO
- c).- Sulfas..... SI NO
- d).- Barbitúricos sedantes..... SI NO
- e).- Aspirinas..... SI NO
- f).- Yodo..... SI NO

14.- ¿Ha padecido usted algún trastorno no relacionado con algún tratamiento dental anterior?

- a).- ¿Le duele a usted algún diente..... SI NO
- b).- ¿Se le acumulan alimentos entre los dientes..... SI NO
- c).- ¿Le sangra la encía cuando se lava los dientes?..... SI NO
- d).- ¿Le rechinan los dientes cuando duerme?..... SI NO
- e).- ¿Tiene dolor en los oídos o cerca?... SI NO
- f).- ¿Le han hecho tratamiento periodontal SI NO
- g).- ¿Le han proporcionado instrucciones para el cuidado de sus dientes?..... SI NO

15.- Padece algún trastorno no mencionado antes y cree que es importante darlo a conocer..... SI NO

MUJERES

16.- ¿Esta usted embarazada?..... SI NO

17.- ¿Tiene usted problemas con su ciclo?. SI NO

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL PACIENTE

II.- DOLOR

Dolor es uno de los síntomas más comúnmente experimentado en odontología y, como tal, es la mayor preocupación para el dentista.

A menudo se le denomina como un mecanismo protector ya que se manifiesta cuando un cambio tiene lugar en sus contornos causando daños en los tejidos sensibles.

La palabra dolor ha sido utilizado por prácticamente todos y ha sido descrita por una variedad de terminos tales como agudo, quemante, afligente, acalorante, sordo o palpitante. Sin embargo es confuso y muy difícil de definir por que es grande la variación en estas experiencias que son ampliamente el resultado de una tremenda complicación emocional.

En el completo conocimiento que cualquier definición de dolor es arbitraria.

A).- Definición de dolor.- Dolor sensación fisiológica definida caracterizada por:

1.- Percepción de estímulos desagradables por los receptores somáticos y viscerales.

2.- Integración de estos estímulos o diferentes niveles:

a).- En el ganglio de la raíz posterior (cabeza).

b).- En el área del fondo neural.

c).- En el talamo principal sitio de coordinación de los impulsos dolorosos.

3.- Interpretación final y reacción a estos estímulos integrados en la corteza frontoparietal con referencia o experiencias pasadas.

B).- Umbral del dolor.- La magnitud de la percepción del dolor o el umbral de la reacción al dolor.

1.- Umbral del dolor.- Nivel más bajo del dolor perceptible en algunos individuos este es -- constante y reproducible.

2.- Umbral de reacción al dolor.- La menor cantidad de estímulo doloroso capaz de desencadenar en el organismo reacciones de diferentes tipos y generalmente relacionado con el estado emocional o experiencias pasadas del paciente. El umbral del dolor varía a diferentes individuos y aún en el mismo individuo en determinados casos.

3.- Percepción del dolor.- Fenómeno sensorial - fisiológico que depende de la integridad de los mecanismos simples y primitivos de recepción y conducción.

4.- Reacción al dolor.- Proceso complicado que representa las expresiones emocionales y fisiológicas causadas por la percepción del dolor. El tipo de la reacción depende de los componentes fisiológicos y psicológicos entre estas manifestaciones hormonales de la -

musculatura lisa glandulares, de la musculatura estriada que con frecuencia se expresan en forma de pelea, huida o retiro.

Tipos de niveles de dolor:

- 1.- Dolor periférico- dolor producido por el estímulo de las terminaciones nerviosas desnudas- (receptores del dolor) generalmente se produce por lesión de las células en contacto con estas fibras.
 - a).- Dolor superficial
 - b).- Dolor profundo
- 2.- Dolor de conducción:
 - a).- Neuritis- ocasionado por falta de aportar sanguíneo y deficiente nutrición de los troncos nerviosos.
 - b).- Neuralgia- respuestas paroxística de alta intensidad, que se presenta a los estímulos sublimanales.
 - c).- Causalgia- dolor constante de baja intensidad que se presenta en el sitio de una amputación.
- 3.- Dolor referido: dolor que se origina en una estructura y se transmite a otros sitios distantes a través de los nervios contiguos.
- 4.- Dolor central: dolor caracterizado por reacciones exageradas, a estímulos normales. Esto, se produce cuando desaparece, el efecto inhibitor de la corteza sobre el tálamo - (por lesión cerebral deficiencia mental o -- cortical o miedo).

5.- Dolor provocado: estímulo doloroso de baja in tensidad repetido en gran número de veces, es tableciéndose un "circuito doloroso".

C).- Odontalgias.- Aliviar el dolor es una de -- las obligaciones, del dentista, No es fácil cuando la causa es desconocida o elusiva. Como máxima autoridad en dolor peribucal. Tiene que hacer cuidadosa selección con el -- objeto de eliminar o por lo menos identifi-- car la etiología intrabucal a fin de insti-- tuir un tratamiento preciso. Si los sínto-- mas son vagos y no están relacionados entre si se debe contemplar la necesidad de enviar al paciente con el especialista medica o den-- tal apropiado.

D).- Dolor dental.-

- 1.- Odontalgias tejidos duros y blandos tipos in trabucales.
- 2.- Dolor funcional: trastornos miogénicos; por ejemplo articulación temporomandibular.
- 3.- Dolor sintomático asociado: sinusitis, neu-- ralgia síndrome vascular oídos, nariz y gar-- ganta.
- 4.- Dolor referido: cuando la causa del dolor se encuentra en un sitio lejano al identificado por el paciente; por ejemplo tumor o dolor -- que se origina en un cuadrante opuesto.
- 5.- Dolor psicológico: molestia, historia rela--

cionada con anomalías bucales. Casi siempre son de etiología subjetiva, debe notarse sin embargo que es indispensable averiguar si el dolor orgánico es causado por síntomas orgánicos antes de tomar una decisión final.

E).- Control del dolor.- El dolor siempre es el principal síntoma que presenta el paciente. Y en poco tiempo debe seguirse un orden lógico para:

1.- Localizar el dolor mediante:

- a).- Relato del paciente
- b).- Examen radiográfico
- c).- Percusión
- d).- Pruebas de vitalidad pulgar.
- e).- Localización utilizando anestecia.

2.- Determinar la duración del dolor:

- a).- Pedir al paciente que describa su dolor es sordo, agudo, intermitente o continuo.
- b).- Preguntar cuál fué el primer signo de molestia, ¿Fue provocado por presión, cambio termicos, estímulos quimicos, dulces o acumulaciones de materiales de sechos?
- c).- Tener una determinación del estado de salud del paciente para clasificar su estado bucal.

3.- Alivio del dolor:

- a).- El paciente busca alivio tomando analgésicos ¿en que momento después de tomar los analgésicos sintió alivio? por ejemplo ¿fue suficiente tomar aspirina simplemente para calmar el dolor?
- b).- Ayudaron las aplicaciones de calor o frío?

4.- Tratamiento de dolor agudo; debe realizarse - en el momento, al paciente de urgencia no le interesa oír la descripción del plan de tratamiento; le interesa más el alivio de su dolor

III.- ACCIDENTES CON LOS ANESTESICOS LOCALES

Actualmente son administrados millones de anestesia al nivel bucal, con seguridad relativa y pocas complicaciones. Sin embargo el usar los anestésicos locales no esta exento de complicaciones y debemos conocer la posibilidad de que sucedan reacciones indeseables y estar preparados para cualquier problema que surga de su empleo. Se define como complicación anestésica a la desviación del comportamiento habitual previsto después de la administración de un analgésico regional. Una urgencia se define como una combinación inesperada, de circunstancias que exigen acción inmediata. Muchos momentos de angustia para el dentista, así como para el paciente pueden evitarse si las urgencias son reconocidas, oportunamente e instituidos los metodos de reanimación adecuados de manera oportuna y eficaz y con tranquilidad.

Aprender aquellos metodos que se repiten a diario es fácil, pero los procedimientos de urgencias sólo se realizan, ocasionalmente y los casos en que se salva la vida del paciente solamente una vez en muchos años. Por lo cuál es necesario hacer periódicamente revisión de procedimientos de urgencias para asegurar su aplicación eficaz. La evaluación como prevención de complicaciones. Se necesita estar enterados de reacciones contrarias de los anestésicos y a las drogas o si ha

padecido alergias, así como si tiene o tuvo algún tratamiento médico. Es importante para el odontólogo en la evaluación preanestésica ya que de --- esto dependerá la prevención de complicaciones. También el estado físico del paciente tiene importancia en dicha evaluación pues el dentista debe disipar todo temor del paciente e intentar comunicarse con él para valorar el grado emocional y de tensión del paciente. Cualquier dato de importancia que encontremos en la historia clínica son vitales para la evaluación preanestésica.

También hay pacientes que presentan riesgo y el - 2% de los pacientes caen dentro de la categoría - de los casos problemas y debemos estar alertas --- para detectarlos y atender sus necesidades.

Enfermos con problemas cardiovasculares, estos pacientes pueden estar controlados con medicamentos como los diuréticos y tranquilizantes que se han empleado.

Enfermedades con problemas respiratorios - afecciones que limitan el sistema de oxigenación pudiéndose incluir el emfisema y asma.

Enfermedades alérgicas: principalmente estos pacientes presentan antecedentes de fiebre de heno, asma, ronchas con antecedentes de tipo familiar - de hipersensibilidad. Los tipos atópicos son muy

El segundo grupo son los de unión tipo amídica. Su metabolismo es más completado, el sitio primario de degradación es el hígado por la esterase y otras enzimas.

Existen ciertas precauciones que deben ser observadas al utilizar los diferentes tipos de anestésicos locales.

Como las amidas permanecen mayor tiempo en la sangre pueden provocar reacciones tóxicas de mayor duración como convulsiones por sobre dosificación.

Los anestésicos de tipo amídico no deberán ser utilizados en mujeres embarazadas ya que fácilmente cruzan la barrera de la placenta y pueden causar bradicardia y convulsiones generalizadas en el feto. También las amidas no deberán emplearse en alcohólicos o quienes sufren trastornos hepáticos.

B).- Síncope o desmayo.- El síncope es tal vez la complicación más frecuente asociada a la anestesia local en el consultorio dental. Es una forma de shock neurógeno causado por anemia cerebral secundaria a una vasodilatación del lecho vascular periférico con el descenso de la tensión sanguínea. Cuando el paciente está sentado en sillón dental el cerebro está en posición superior-

y es más susceptible al reducido aflujo de sangre.

El colapso no esta siempre asociado a la pérdida del conocimiento, porque una persona puede sentir un desfallecimiento y náuseas aunque conserve el dominio del sentido la pérdida de conocimiento es una extrema manifestación de anemia cerebral, que interfiere en la función cortical.

Esta complicación debe tratarse al principio antes de que el paciente haya perdido el conocimiento, en la mayoría de los casos es posible advertir un cambio en el aspecto del paciente, como la palidez, también puede sentirse raro y que este procedimiento progresivo debe ser interrumpido -- con el respaldo del sillón bajado mientras se elevan ligeramente las piernas, colocando al paciente en posición semi reclinado. Esta posición ayuda al retorno venoso desde las partes bajas del cuerpo mientras previene la congestión venosa en la parte superior del cuerpo. Además si el paciente esta consciente debe enseñarsele para que haga unas pocas inspiraciones profundos, esta maniobra ayuda al retorno venoso que provee adecuada oxigenación.

La sensación normal de conocimiento. Entonces se le ha de reconfortar y volver a examinarlo antes de continuar.

Cada vez que un paciente pierde el conocimiento -

inesperadamente en el sillón dental deben controlarse el pulso, la respiración y el color para determinar la gravedad de su estado. Si respira -- con ritmo y caracter satisfactorio, el pulso perceptible con suficiente volumen, frecuencia dentro de los límites razonables, no hay arritmias nuevas y el color es satisfactorio se puede suponer que no ha ocurrido accidente serio, en estos casos bastará con bajar la cabeza y darle oxígeno.

Si se nota cambio apreciable en la respiración acompañado, de cianosis palidez color gris ceniza asociado con extrema taquicardia o arritmia nueva o si el pulso es imperceptible se puede tener la certeza de que hay algo más grave que un colapso. Las respiraciones del paciente deben mantenerse con oxígeno a baja presión y se pedirá ayuda médica se pueden aplicar inyecciones endovenosas como ayuda para mantener la circulación adecuada.

C).- Agujas rotas.-Las agujas que presentan rupturas que es una de las complicaciones más enojosas y deprimentes de la anestesia regional. También es una de las más fácil de evitar.

La frecuencia de esta complicación se ha reducido notablemente mediante el uso de las nuevas agujas de acero inoxidable. Pero además estas agujas no son infalibles y los dentistas no deben violar los principios fundamentales.

Para evitar que se rompan las agujas deben observarse los siguientes principios:

- 1.- No intentar vencer la resistencia con la aguja, estas no son fabricadas para penetrar en el hueso. La menor advertencia ha de ser la resistencia.
- 2.- No intentar cambiar la dirección de la aguja mientras esta dentro del tejido. Siempre -- hay que retirar las agujas hasta abajo de -- las capas submucosas y luego cambiar la di-- rección.
- 3.- No usar aguja de menor calibre o demasiado -- reducida. Se considera que el uso del cali-- bre 27 o 29 no esta garantizado a pesar que -- trabajos recientes han demostrado que la as-- piración a través de la aguja 27 es factible, también se demostro que es más difícil diri-- gir adecuadamente a través del tejido por su inherente debilidad.
- 4.- No utilizar agujas esterilizables. El mejor medio de asegurar esterilidad y filo de las -- agujas es usando agujas nuevas por que las -- agujas que han sido utilizadas y resteriliza das se vuelven sin punta.
- 5.- No intentar hacer inyecciones sino esta segu ro de las técnicas empleadas por la anatomía de la zona.

6.- No intentar insertar la aguja tanto que desaparesca en el tejido. En las mayoría de las oportunidades la ruptura accidental, se hace carva del cono. Por norma - se debe tener a la vista por lo menos - un tercio de la aguja.

7.- No sorprender al paciente con una súbota é inesperada inserción de la aguja.

El paciente informado es siempre el mejor y colabora.

Para su tratamiento de éste accidente se procedera a localizar: cuando la zona con puntos alrededor e insertado una aguja que nos serbi ra de guía para localizar el trozo fracturado de la otra aguja, tomando una radiografía y - así identificar la profundida y localización de las dos agujas, con la radiografía y una - buena tecnica se podra resolver este problema sin dificultades.

D).- Trismus muscular: El vocablo "trismus" no se aplica en su interpretación más - estricta.

El trismus muscular es una aplicación - comun de la analgesia o anestesia regio nal después del bonqueo del nervio al - veolar inferior.

Sin embargo el uso ha traídosu acepta - ción (trismus). En consecuencia cualquier afección muscular o limitación de movimi ento se clasifica do trismus.

La causa más común de trismus es el trauma a un músculo durante la inserción de la aguja. Las soluciones irritantes, la hemorragia o una infección en el músculo pueden causar distintos grados de trismus.

Los síntomas son evidentes y no se necesita discutirlo en todos los casos el paciente hace el diagnóstico, el dentista.

El dentista debe determinar la causa y prescribir el tratamiento. Este dependerá de la causa del trismus. El estado a consecuencia del trauma puede requerir ligeros ejercicios y terapia con drogas para aliviar el dolor si es intenso. La hemorragia o infección ligera puede requerir buches calientes y tiempo. El uso de los antibióticos depende del estado del individuo y de la intensidad de la infección. En la mayoría de los casos no se necesita tratamiento por que el estado se corrige solo.

Puede corregirse el trismus usando agujas afiladas y esterilizadas de manera que sean impedidos el trauma de la inserción y cualquier infección posterior. La zona de inserción debe limpiarse y --

pincelarse con una solución adecuada de anticéptico. También tener cuidado de que la aguja sea insertada sin trauma y que no se atraviesen músculos. Se economiza repetidas inserciones observando cuidadosamente la referencia anatómica y mejorando las técnicas.

El tratamiento suele incluir ejercicios suaves, enjuague bucal tibio o diatermis con rayos infrarrojos para desintegrar los residuos fibrosos o la infección con formación de hematoma.

E).- Infección.- Es un factor que produce dolor (infección) no necesita ser estudiado, es evidente.

Los dentistas deben estar constantemente aplicando todos los recursos a su alcance para prevenir las infecciones todas las zonas, instrumentos, agujas y soluciones han de ser lavadas antes de tratar a cada paciente. Las zonas pinceladas con un antiséptico adecuado antes de insertar la aguja se tendrá cuidado de no insertar la aguja en zonas infectadas. Uno de los problemas más comunes son el alveolo seco en la abulción.

El tratamiento es el que deberá proceder con cuidado y no tocar con la aguja ningún objeto antes de la inyección y evitar inserciones múltiples con la aguja para prevenir cualquier infección, esta generalmente va acompañada de dolor e hinchazón estas infecciones posoperatorias pueden exigir la utilización de antibióticos y sedación, si está indicado.

F).- Convulsiones.- Las convulsiones deben preocupar al dentista, ya que pueden alterar la selección de drogas y el método a usar para el control del dolor. Los trastornos epilépticos grandes o pequeños son fenómenos que pueden ocurrir por una variedad de causas y en momentos indefinidos, sin embargo una buena historia informará al dentista del tipo y frecuencia de los ataques. Es importante determinar si el paciente se halla bajo control médico y cuál es la medicación que esta tomando.

Los métodos de control del dolor y las drogas para estos pacientes deben elegirse muy cuidadosamente. Es aconsejable, asegurarse que la medicación prescrita ha sido tomada, la premedicación de barbitúricos es ayuda para prevenir los - -

ataques. El tratamiento a seguir para las convulsiones es oxigenar al paciente, pues uno de los efectos más indeseables de las convulsiones, sin importar su causa, es la hipoxia que se puede provocar debido a la interferencia en la actividad coordinadora en los musculos respiratorios. Se afirma que los datos indican que la estimulación continúa del sistema nervioso durante la fase convulsiva de una reacción a los anestésicos locales, no causa daño a la neurona si el paciente esta bien oxigenado. Deberá proceder se con cuidado al administrar el oxígeno presión positiva, ya que la presión excesiva puede pasar aire al estomago y provocar el vómito. Si los reflejos del paciente han sido eliminados, podrá aspirar el vómito que puede tener un ph bajo o acido que puede causar daños graves a los pulmones y para respiratorio.

Existen desventajas relacionadas con la administración de barbituricos para controlar las convulsiones. Los barbituricos de acción ultracorta deben ser administrado por vía intravenosa y comenzar una infusión mientras el paciente padece convulsiones es un procedimiento difícil

usan en manos competentes, una consideración más seria es el hecho de que barbituricos deprimen la respiración y el miocardio. Si estas drogas se administran -- justamente antes de la fase depresora de la reacción la depresión será aumentada -- por el barbiturico, hasta el punto de -- paro respiratorio y cardiovascular. Una droga mucho más segura y casi tan eficaz para controlar las convulsiones es el -- diasepan (valium), este no deprime la -- respiración ni al miocardio y puede ser -- administrado por vía intramuscular, in-- travenoso o inyección de 5mg, a 10mg.

En caso de presentarse un paro cardiopul monar al dentista deberá estar preparado para administrar masaje cardiaco externo ventilación respiratoria.

IV.- HEMORRAGIAS DENTALES

Casi todos los días o varias veces diarias, - el odontólogo, interviene en procedimientos - que alteran la integridad y el equilibrio del mecanismo hematocirculatorio. Esto es algo - tan mínimo como la exposición de una cámara - pulpar de la que brotan una o dos gotas de - sangre o tan grave como la sección accidental de una importante arteria de la boca que produce una hemorragia desastrosa, muy difícil - de cohibir. A pesar que los odontólogos se - han tornado muy diestros en la manera de enca - rar las dificultades hemorrágicas, la amenaza siempre presente del paciente sangrante llega a ser a veces muy molesta.

La prevención es, también aquí el principio - fundamental del tratamiento, tanto antes como - después del tratamiento la mayoría de los pro - blemas hemorrágicos pueden ser superados adap - tando medidas preventivas. En las hemorra - gias posteriores la conducta debe basarse en - unas cuantas premisas fundamentales, en el - dentista debe conocer, la aplicación de estos conocimientos permitirá, casi siempre dará - buenos resultados.

Conceptos sobre el mecanismo de la coagulación.— Convendrá considerar que el mecanismo de la coagulación consta de tres componentes principales que constituyen sistemas independientes pero relacionados entre si: Hemostasis, Coagulación, y Lisis. Gran parte del contenido de este capítulo ha de verse sobre la interpretación de estos sistemas; — su función, su papel en el diagnóstico y las pruebas de cada uno de estos sistemas. En personas sanas existe una interpretación — bien equilibrada entre el sistema de coagulación y la lisis del coagulo. Bajo el estímulo de un ataque a la integridad del sistema varios factores ponen en marcha los sistemas hemostáticos y de la coagulación para detener la pérdida de sangre. El sistema de la lisis resuelve todavía más la formación del coagulo una vez establecida.

Hemostasis.—

- 1.— Existe una contracción vascular de magnitud variable según el tamaño del vaso seccionado o lesionado que no solo tiene a retardar la salida de la sangre a partir del vaso y si no que también establece una turbulencia en las plaquetas — forman un tapón plaquetario, además en esta contracción vascular se libra una-

sustancia cementante que proviene de los tejidos mesenquimatosos de s6sten del -- mismo vaso y de la rotura del revesti--- miento endotelial de la pared vascular.

- 2.- Se forma un tap6n plaquetario que impide la salida de la sangre adicional del vaso desgarrado. Las plaquetas (trombocitos) son peque6os elementos formes de la sangre circulante que tienen al rededor de la cuarta parte del tama6o del gl6bulo rojo se forma en el reticulo endotelial principalmente en la medula 6sea y su cantidad esta comprendida entre -- -- 200,000 y 400,000 por mililitre. Las -- plaquetas sanas son esenciales para la -- coagulaci6n, eficaz de la sangre, en -- ellas existen factores que integran el -- sistema de coagulaci6n, las plaquetas -- se alteran o modifican por diversos est^umulo dieteticos, hormonales medicamento^u sos y mecanicos.

Coagulaci6n..- El mecanismo de coagulaci6n es un coagulo de fibrina elaborado por el sistema de la coagulaci6n esto sucede en cuatro -- partes:

- a).- Activaci6n de la tromboplastina
- b).- Conversi6n de la protombina en trombina.

c).- Conversión del fibrinógeno en fibrina.

Cada uno de estos pasos es rigido por un mecanismo complejo y delicadamente equilibrado -- que requiere la presencia de ciertos catalizadores o factores para propagar los diversos -- pasos.

Lisis.-

- 1.- Una vez formado el coagulo tiene que haber un mecanismo, que inhiba la formación adicional de éste para que no ocurran episodios tromboelóxicos que afectarán todo el aparato circulatorio.
- 2.- Una vez que se constituya el coágulo se requiere un mecanismo que destruya el coágulo de fibrina y que lo elimine del sistema sanguíneo de una manera compatible con la fisiología normal.

Tratamiento.- No se conoce ninguna droga que sea capaz de prevenir, o corregir las complicaciones hemorrágicas y de asegurar la hemostasis. Muchas de ellas se usan impiricamente sin bases concretas en problemas que en su mayoría pueden controlarse satisfactoriamente con medios locales, en la actualidad existen-

muchas dudas sobre la efectividad real de un buen número de drogas inyectables. El tratamiento de la hemorragia puede ser de dos tipos, general y local.

A).- Tratamiento General:

1.- Transfusión de sangre total aunque existe el peligro de reacciones alérgicas o de una hepatitis sérica pero esta trasfusión es uno de los tratamientos más efectivos contra las hemorragias por deficiencias en los factores de la coagulación.

B).- Plasma: se utiliza para restablecer la volemia en los casos de gran pérdida sanguínea, el plasma no contiene elementos que sean eficaces para la hemostasis -- pero puede servir en ciertas desgracias, como ocurre en la homofilia.

C).- Expansores del plasma estos expansores se usan para restablecer la volemia y carecen de efecto directo sobre el mecanismo de coagulación.

D).- Fibrinógeno: Este factor puede aislarse junto con otras fracciones de las proteínas plasmáticas ha sido usado con

resultados satisfactorios para corregir deficiencias. Por ejemplo en hemofílicos se preconizó el uso de fibrinogeno-plasmático cuagulable que contiene factor VII, esto se logra mediante congelamiento y fraccionamiento por las cuales se concentra el factor VII y se puede administrar, en un volumen muy pequeño-cantidad de globulina antihemofílica -- que normalmente se encuentra en varios-litros de sangre total.

- E).- Vitamina K: Promueve la síntesis hepática de protombina, la administración de este agente por vía oral debe reservarse para los casos en los cuales, se ha certificado una disminución en el nivel de protombina, la deficiencia de vitamina K solo se hace evidente en casos de alteración de la flora bacteriana. Por otra parte, esta vitamina no debe darse a pacientes bajo tratamiento anticoagulantes sin consultar previamente a su médico tratante. Es conveniente encambio administrarla con fines profilacticos en los pacientes con nivel de protombina algo disminuido y sin tratamiento anticoagulante.

Las deficiencias de protombina pueden ser congénitas o adquiridas; las primeras no responden a la vitamina K, mientras que las segundas si lo hacen. La vitamina K no es hidrosoluble y se presenta bajo la forma de emulsión por administración intramuscular o intravenoso.

D).- Vitamina C: Es hidrosoluble y el organismo la excreta con rapidez de manera que su concentración disminuye en presencia de deficiencias dietéticas esto puede ocurrir después de una extracción (tercer molar) impactada. Se le administra a razón de un mínimo de 500mg diarios y se recomienda comenzar el tratamiento un día antes y prolongarlo hasta 5 días después.

Tratamiento Local:

1.- Adrenalina: este agente en aplicación al 1x1000 mediante un algodón o gasa o inyección local es eficaz pero los efectos son reversibles. Esta última vía no debe emplearse en pacientes con hipertensión grave o con enfermedad cardiovascular puesto que su adsorción puede ser muy peligrosa. Por otra parte si se ex-

ponen grandes superficies de la boca la boca la aplicación topica puede ocasionar efectos toxicos. La adrenalina detienen rápidamente la hemorragia que dura lo suficiente para que se forme un buen tapón mecanico en la luz del vaso. No obstante el paciente debe ser controlado una vez que ha desaparecido el efecto vasoconstrictor, dado que el desprendimiento del coagulo puede reanudar la hemorragia. Si bien se trata de una sustancia fisiológica la adrenalina es muy poderosa y ha ocasionado serias reacciones de hipersensibilidad por aplicación topica.

- 2.- Solución de Monsel: Es una solución de sulfato ferrico, que precipitan las proteinas y pueden utilizarse en zonas de hemorragia capilar. Es inofensivo para los tejidos y rinde buenos resultados en los taponamientos de extracción, particularmente a nivel de hueso alveolar.
- 3.- Trombina: Se aplica de manera similar y actua como agente hemostatico, nunca debe inyectarse, muchos odontologos la recomiendan en aplicación topica por que actua fisiologicamente.

- 4.- Veneno de víbora de Russel: Se presenta en ampollitas de 5ml es un preparado de tromboplastina y se aplica de forma similar y promueve la formación del coagulo-sanguíneo. Estas ampollas deben usarse sobre gasa simple o yodoformada, algodón, o espuma de gelatina.
- 5.- Acido tánico: se presenta envuelto en un saquito similar a los de té, precipita las proteínas y favorece la formación del coagulo. La aplicación es morder el saquito durante 5 minutos repitiendo la operación hasta tres veces si es necesario, no debe permitirse la acumulación de saliva durante el procedimiento, se utiliza, como tratamiento casero.
- 6.- Espuma de gelatina-(Gelfoam) Es una esponja de gel que se resorbe en 4 a 6 semanas y que destruye la integridad plaquetaria para establecer una trama de fibrina sobre la cual se produce un coagulo firme.
- 7.- Hielo: La aplicación de hielo local con intervalos de 5 minutos durante las primeras cuatro horas pueden reducir la intensidad de una hemorragia. Sin embargo

a algunos lo consideran un metodo ineficaz, pero se ha demostrado que la piel es muy eficaz como material de aislamiento y que la aplicaci3n de hielo no modifica la temperatura a nivel de las capas subd6rmicas.

Procedimientos mecanicos: Incluyen cualquier tipo de fuerza de contrarrestar la presi3n -- hidrostática del vaso sangrante hasta que se haya formado el coagulo.

- 1.- Compresi3n: La hemorragia puede controlarse si se hace morder una gasa o una esponja seca colocada sobre la zona sangrante.
- 2.- Taponamiento del alveolo: a veces es necesario, taponar la cavidad a presi3n -- mediante una esponja o gasa para que la tensi3n intralveolar detenga la hemorragia, el taponamiento no debe dejarse hasta que est3 totalmente empapado de sangre o saliva, sino que se cambiará con frecuencia para no interferir con el mecanismo de coagulaci3n.
- 3.- Tablilla protectora: Es aconsejable fabricar antes de la intervenci3n una tablilla protectora capaz de ser sujeta

con alambre y mantener fija en la zona -
operatoria, el método facilita una com-
presión sobre la región hemorrágica du-
rante los movimientos de masticación y
deglución. Las tablillas son indispen-
sables en pacientes hemofílicos o de -
otras disgresias sanguíneas.

- 4.- Ligaduras y suturas: Las ligaduras pro-
fundas con catgut absorbible en el caso-
de vasos grandes o hilo de seda o nay-
lon para heridas de superficies, la -
elección del material depende del tipo-
de hemorragia y de las características-
del paciente. Cualquiera que sea el -
caso deben utilizarse agujas atraumati-
cas para evitar el riesgo de hemorragias
adicionales.

V.- DROGAS Y EQUIPOS DE URGENCIAS

Debemos estar preparados en el consultorio dental para un caso de emergencia con la capacidad y el conocimiento requerido para los problemas que implica, un problema de urgencia. Además tenemos que contar con un equipo indispensable para resolver dichos, imprevistos, -- así como las drogas necesarias para la seguridad y protección del paciente como del dentista, el cuál mencionamos algunas drogas basicas de urgencia con su posología e indicaciones.

Para todos aquellos odontólogos no capacitados en la administración de drogas por vía intravenosa la inyección sublingual es tan eficaz y el dentista no deberá tener problemas ni reparo alguno al administrar, una droga.

DROGAS DE URGENCIA:

Valium la dosis de 5 a 10mg se administra por vía sublingual, intramuscular, intravenoso.

Sulfato de morfina: dosis de 10mg se administra por vía intramuscular, intravenoso.

Adrenalina: Solución 1:1000(1mg/ml) dosis de 0.1 o 0.3mg en niños se administra por vía subcutanea. Y de 0.2 a 0.5mg en adultos y se administra por vía subcutanea.

Aminofilina: la dosis es de 200 a 300mg y se administra, por vía intravenosa, intramuscular muy lento (observar presión arterial).

Nitroglicerina: La dosis es de 0.5mg y se administra por vía sublingual, inhalación.

EQUIPOS INDISPENSABLES:

- 1.- Mascarilla de oxígeno y tanque con una -- balsa para aplicar presión positiva.
- 2.- Vía aérea bucal o faríngeo o vía aérea -- nasal para mantener la vía aérea libre.
- 3.- Estetoscopio y esfigmomanómetro para vigilancia sistemática de los signos vitales.
- 4.- Agujas para cricotirotomía calibre 10 o -- mayor para obstrucción respiratoria.
- 5.- Agujas para inyecciones intravenosas y tu bos para la administración intravenosa de solución destrosa al 5%.
- 6.- Jeringas y agujas necesarias para la admi nistración, de drogas de urgencias.
- 7.- Un bloque de caucho para morder o un aba- telengua con cinta adhesiva para proteger al paciente con convulsiones.

VII.- FRACTURAS

A).- Oseas

B).- Dentarias

Las fracturas las vamos a dividir dentro de las urgencias odontológicas en fracturas oseas, son las correspondientes al maxilar y a la mandíbula y su tratamiento inmediato. Y así como las correspondiente al diente como su tratamiento adecuado.

Fractura del maxilar: Fracturas del alveolo se fractura a veces durante extracciones difíciles y el fragmento roto puede salir con el diente o quedar en la herida.

El tratamiento para este caso es despegar una pequeña banda de perioste para ganar acceso a la zona y suavizar los bordes con un instrumento apropiado para esto se puede intentar dos tipos de tratamiento, si el trozo o fragmento queda en la herida es necesario extraerlo y tratar la cavidad pero si el fragmento es grande y se mantiene fijo debe ser colocado en su lugar mediante presión digital y fijarlo con sutura.

Este problema se presenta durante la extracción del tercer molar retenido la cuál puede-

producirse una fractura.

FRACTURAS DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR: Este accidente es raro y se produce cuando se aplica una fuerza excesiva al sacar un segundo molar, o por el uso inadecuado del forceps el cual el fragmento es grande y puede incluir uno o más dientes, pero puede evitarse mediante un buen plan. Cada vez que sea necesario extraer una pieza del maxilar y si, la radiografía muestra un seno maxilar grande es posible que se cuente con una fractura de la tuberosidad. En tales casos es conveniente cortar una pequeña porción del hueso alveolar para luego seccionar el diente y extraerlo en fragmentos. Es un procedimiento de un poco más tiempo que las extracciones comunes pero evitará la emergencia de una fractura de la tuberosidad.

Pero si la tuberosidad ha sido fracturada debe intentarse, preservar su integridad. El dentista tratará de separar el diente sin producir lesiones en el hueso, pero en caso de ser posible lo mejor es esperar unas semanas para que la fractura cure y así poder extraer el diente. Pero si el diente debe ser extraído inmediatamente entonces el operador estabilizará la tuberosidad fracturada y mantenerla fija mediante una sutura a los tejidos blandos.

FRACTURA DE LA MANDIBULA: Esta fractura es rara en las extracciones, dentarias la mayoría de los accidentes de producen por el uso inadecuado del forcéps o la aplicación de fuerza exagerada. Este problema aunque raro debe considerarse, como un riesgo natural de la exodoncia pero el problema, es común en personas de mayor edad cuyos maxilares son delgados y atroficos pero puede ocurrir en cualquier tipo de paciente, en la cual la fractura que se produce durante la extracción se acompaña de un crujido y de movilidad anormal en la zona lesionada. Si el diente se mantiene ha sido luxado se le debe sacar antes de tratar la fractura.

Por lo general las fracturas del cuerpo de la mandíbula, son oblicuas o en bayoneta a veces bifurcadas, pero cuando la fractura pasa por los incisivos divide a la mandíbula en dos mitades, otras veces la fractura pasa por detrás del agujero mentoniano en trayecto oblicua hacia abajo y atras y se ve una notable desviación de los fragmentos.

Las fracturas del angulo de la mandíbula son el resultado de traumatismos directos o indirectos pero los que predisponen esta fractura son fragilidad del angulo, modificación fisiol

logica (crecimiento) y el tercer molar. Y la fractura es oblicua y atrás.

FRACTURAS DE LOS DIENTES: El uso imprudente de forcéps o elevador puede fracturar las piezas adyacentes y aflojarlos sacandolos de su posición habitual estas se pueden evitar no haciendo presión sobre los dientes adyacentes.

Si la fractura comprende fragmentos pequeños de la corona de un diente esta podrá ser restaurado pero si los fragmentos son más grandes deberán cubrirse temporalmente, pero si la fractura afecta la pulpa se aconseja una pulpotomía o la endodoncia.

Fractura de la corona que afecta el esmalte: Son las lesiones que suelen pasar inadvertidas pero no se extiende a la unión del esmalte con la dentina. El tratamiento consiste en suavizar los bordes asperos para evitar laceraciones en la lengua o en los labios y se le hará un examen de control para observar el cambio de color del diente.

Fractura de la corona que afecta la dentina: Se califica así por que la dentina esta expuesta al tacto y a los cambios de temperatura. El tratamiento es desensibilizar la den-

tina con solución de fluoruro de estaño o cloruro de zinc para sellar los tubulos de la zona, después se suaviza cualquier aspereza, en el esmalte, después se aplica el agente -- elegido y se recubre el diente con un revesti miento.

Fracturas extensas: Se califica así cuando -- la fractura de la corona afecta la mitad de la dentina. El tratamiento, es anestestesiar lo calmente, se aísla el diente se lava con una -- solución salina tibia, se le coloca hidroxido de calcio sobre la dentina expuesta para favo -- recer la formación de dentina reparadora y -- después se le aplica una base de oxido de -- zinc eugenol.

Fractura que afecta la pulpa: Las fracturas -- corresponden a las prolongaciones mesiales o -- distales y puede haber una ligera hemorragia. El tratamiento es anestesia local se aísla el diente, se limpia con solución salina, se le -- coloca hidroxido de calcio sobre el cuagulo -- de la pulpa expuesta, después se le coloca -- una base de oxido de zinc eugenol.

FRACTURAS DE RAICES: Las raices fracturadas -- y retenidas en el alveolo pueden originar pro -- cesos patológicos pero es muy común que perma

nezcan durante años.

Pero se pueden evitar las fracturas de las raices recurriendo a las radiografías pero muchos dientes presentan dificultades las extracciones pero habrá roturas de raices en raices delgadas, raices curvas, raices divergentes, en dientes desvitalizados, en aplicar fuerza-excesiva, por lo tanto la fractura de la raíz es un riesgo normal de la exodoncia.

La remoción de las raices se dividen en varias categorías en: Dientes de una sola raíz y en Dientes de varias raices.

Dientes de una sola raíz: Son en que la corona es fracturada y queda toda la raíz, esta se retira con la técnica de la pinza pero es muy difícil de hacerlo por lo tanto esta indicando el elevador recto introducido entre la raíz y el hueso alveolar haciendo rotar a derecha e izquierda se suele desalojar la raíz fracturada.

Dientes o coronas de varias raices: Es distinto pero pueden tomarse con pinza aunque es difícil pero esta indicado, generalmente separando las raices entre si con la fresa y extraerla una por una, para extraer las puntas de la raíz es oblicua se introduce un elevador de punta entre el hueso y el an

gulo de la fractura para desalojar el fragmento.

En las avulsiones de una o varias piezas dentarias se debe aconsejar que se coloque el diente humedecido en un pañuelo, cuando el paciente llega, el diente debe ser mantenido en una solución fisiológica estéril y se debe seguir un tratamiento adecuado: mantener el diente en una gasa estéril en solución fisiológica usar un sellador de eugenol con óxido de zinc y una punta de plata en caso de que se trate el conducto, dejar las fibras periodontales intactas y limpias con solución fisiológica estéril anestésiar localmente, hacer una pequeña abertura en la encía y en la base del alveolo para que tenga salida la sangre cuando se vuelva a colocar el diente. Después sujetar el diente con ligadura de alambre u oro procedimiento para mantenerlo firme y durante 6 semanas no debe moverse para que tenga regeneración el ligamento periodontal.

ALVEOLO SECO

Es la complicación más común de las heridas por abulción dentaria, este es básicamente una osteomielitis focal en la cual el coágulo se ha desintegrado o perdido con producción de mal olor y dolor intenso pero sin supuración, la lesión toma el nombre del hecho que de una vez perdido el coágulo el alveolo aparece seco a causa del hueso expuesto.

Este cuadro suele corresponder a extracciones difíciles, o traumáticas y por ello es frecuente después de la extracción de un tercer molar inferior retenido.

Esta complicación suele surgir en los primeros días que siguen a la extracción pero se ha sabido que ha aparecido hasta una semana y más tarde luego de la extracción este alveolo es muy doloroso y suele ser tratado mediante la inserción de un apósito que contiene un obtundente, el hueso expuesto está necrótico y el secuestro de los fragmentos es frecuente la cicatrización de esta herida infectada, es muy lenta y poco es lo que se puede hacer por el paciente salvo el alivio de los síntomas subjetivos.

2

TRATAMIENTO.- (Alveolo seco) se procede a --
la renovación de tejido suelto que había dentro del alveolo y al rededor de él quitando --
con el alveolotomo tejido huesoso que corresponde al que hay entre las raices, se lava el alveolo con substancias anticepticas aislando y secando perfectamente se prepara medicamento con oxido de zinc eugenol y se forma una --
pasta cremosa y se coloca procurando llegar --
hasta el fondo, después de 5 días la curación se afloja por la formación de tejido de forma
ción en la cual al cicatrizando, la curación--
se va desalojando pero se debe colocar una --
nueva curación para no presentar reacciones --
posteriores.

CONCLUSIONES

Hemos visto que se hace necesario para ejercer la odontología en el consultorio, que para -- atender urgencias odontológicas es elemental -- el conocimiento de materias como son: anatomía, fisiología, farmacología, y como todas las ramas de la odontología básicamente. Se hace necesario estrictamente en la urgencia una historia rápida, y concisa que nos denote o refiera el estado de salud del paciente tanto general, psíquica y en el caso que nos corresponda la -- cavidad oral.

Teniendo estas referencias de una historia general podemos actuar con la mayor seguridad en la urgencia de nuestro paciente en la cavidad-- oral.

En este trabajo trate de recopilar con conocimientos en la práctica las lesiones que aque-- jan al paciente, como lo son el dolor y su -- pronto alivio tanto por vías farmacéuticas, -- como por vía práctica, uno de los accidentes-- más importantes como lo son con anestesia lo-- cal que se hace necesario no ignorar la estruc-- tura humana en general, así como lo son las he-- morragias y la destreza rápida para controlar-- la, así como el empleo de drogas y el equipo -- de emergencias en el consultorio.

El tema de urgencias en el consultorio dental-
que desarrollo en este trabajo ha sido elaborado
de sintéticamente, apegandome a los pocos ca-
sos de urgencias que he tenido en la práctica.

BIBLIOGRAFIA

EMERGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Frank M. Mc. Carthy

Segunda edición Editorial El Ateneo.

ANATOMIA ODONTOLÓGICA

H. Aprile

Mario E. Figun

Ricardo R. Garino

Quinta Edición Editorial El Ateneo.

TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL

Shafer Hine Levy

Tercera Edición Editorial Interamericana.

TRAUMATOLOGÍA

Carlos Melina Osorio

Primera Edición

ANESTESIA LOCAL Y CONTROL DEL DOLOR

Richard Bennett

Quinta Edición Editorial Mundi.

FARMACOLOGÍA MÉDICA

Frederick

Cuarta edición Editorial N. M.