

1ej' 329



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EMERGENCIAS MEDICAS EN LA PRACTICA DENTAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA
MARIA DEL ROCIO FLORES UGALDE
MEXICO, 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.

OK
[Handwritten signature]

EMERGENCIAS MEDICAS EN LA PRACTICA DENTAL.

I N T R O D U C C I O N .

I N D I C E

	PAG.
I. INTRODUCCION	2
II. PRUEBAS DE LABORATORIO	5
III. HISTORIA CLINICA	22
IV. FARMACOLOGIA	36
Analgésicos	37
Hipnóticos y Sedativos	40
Antihistamínicos	41
Anti-inflamatorios	43
Antibióticos	44
Vitaminas	48
No barbitúricos y sedativos	50
V. ADMINISTRACION ORAL	56
VI. PRESCRIPCION ESCRITA	58
VII. EMERGENCIAS MAS FRECUENTES.....	62
Terapia primaria	64
Terapia suplementaria	71
VIII. TRAQUEOTOMIA.....	76
Como salvar a un enfermo en estado de ax-- fixia	85
IX. EMERGENCIAS DESPUES DE LA ADMINISTRACION - DE BLOQUEADORES LOCALES	114

	PAG.
Tratamiento	116
X. REACCION ANAFILACTICA AGUDA	117
Terapia primaria	120
Terapia suplementaria	121
XI. EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS	125
XII. SUGESTIONES PARA LA CHAROLA DE EMERGENCIA...	127
XIII. CONDICIONES, SIGNOS Y SINTOMAS	131
Terapia	132
CONCLUSIONES	134
BIBLIOGRAFIA	147

C A P I T U L O I

I N T R O D U C C I O N

Toda intervención quirúrgica se practica sobre tejidos vivos y si la finalidad es restablecer el estado de salud, no se debe omitir cualquier consideración de orden médico que nos lleve al conocimiento de las condiciones vitales- y fisiológicas de los elementos sobre los cuales actuamos.

Esta consideración nos hace estimar que la habilidad quirúrgica y la capacidad mecánica deben estar aunadas a la reflexión científica para alcanzar el éxito y evitar una-emergencia.

Un resultado satisfactorio no depende exclusivamente de las maniobras efectuadas, sino que, en gran parte, resulta de los cuidados médicos pre y postoperatorios para conseguir la mejor evolución.

Estos cuidados se clasifican en dos grupos: uno que corresponde propiamente al paciente, a su estado general, preparación de la región sobre la cual se actuará, y condiciones físicas y psicológicas, ya que ésto nos permite comprender -- los complejos problemas físicos y morales de la vida humana, -- y velar por la salud corporal y mental del paciente que demanda nuestros servicios, haciéndonos confidentes de su situa -- ción aflictiva para convertirnos en sus amigos y consejeros, -- es el primer paso encaminado a proporcionar seguridad en el - tratamiento. Y el otro al medio en que tendrá que desarrollar se la intervención. Al primer grupo de atenciones suministra- das al paciente se le llaman cuidados preoperatorios, éstos - comienzan en el momento mismo en que tenemos el primer contacto con el paciente, el estudio y exploración de éste, por me-- dio de una historia clínica completa, para hacer un diagnóstico que clasifique su padecimiento.

C A P I T U L O I I .

PRUEBAS DE LABORATORIO.

C A P I T U L O I I

PRUEBAS DE LABORATORIO.

No basta con hacer un buen diagnóstico e instituir el tratamiento adecuado, también es necesario llevar al paciente al acto operatorio en las mejores condiciones posibles de estado general, modificando todo desequilibrio que pudiera ser causa de contraindicación. Estos cuidados pueden ser de índole general, sistemáticos, y los propios de cada especialidad, destinados a facilitar y dar seguridad al tratamiento.

Las pruebas de laboratorio proporcionan datos valiosos para lograr la mejor disposición preoperatoria pero debemos tener en cuenta que no son de menos valor algunos datos de exploración que por requerir equipo y lugar adecuado, pueden considerarse como pruebas de laboratorio; en éste caso se encuentran: estudios radiográficos, electrocardiogramas, encefalogramas, tensión arterial, etc.

Entre las pruebas que deben hacerse se encuentran el estudio químico, físico e histológico del tejido hemático y el estudio químico y físico de la orina.

La sangre es un elemento muy importante, cualquier alteración de ella revela un estado de enfermedad fácilmente identificable por la modificación observada en su estructura.

Su color es rojo claro en las arterias y rojo oscuro en las venas. Posee un olor suigeneris, peculiar en cada raza. Su densidad en México es de 1.056 a 1.063 en el hombre y en la mujer varía entre 1.053 y 1.060. Su pH es débilmente alcalino, y debido a los carbonatos que contiene, puede admitirse alguna cantidad de ácidos sin alterarse, ya que posee la propiedad característica de conservar una composición constante a pesar de las múltiples causas que tiendan a modificarla.

El peso de la sangre contenida en un individuo es aproximadamente de 1/13 a 1/16 del peso total del cuerpo, pero en el recién nacido puede llegar hasta 1/19. Su distribución en el organismo es de: 25% en los músculos en reposo, - 25% en el hígado, 25% en el aparato circulatorio y el resto en las demás partes del cuerpo.

La proporción entre el plasma y los elementos celu

lares, por centrifugación de la sangre es entre 48 y 55%.

La ruptura de los eslabones que forman el trigono-- de componentes de la membrana (armazón proteínica, colesterina y lecitina) da por resultado la hemólisis, que puede ocurrir cuando el medio que los rodea sufre un cambio desfavorable, sobre todo por lo que se refiere a la tonicidad con respecto a la densidad de los elementos constitutivos de la membrana ó del estroma; de aquí la extraordinaria fragilidad de los hematíes.

Desde el punto de vista fisiológico, la materia colorante de la sangre es de primordial importancia, ya que actúa como vector de gases indispensables para la vida, ó como agente eliminador de gases de desecho.

La proporción de los gases en la sangre no es rigurosamente constante y aunque el organismo posee medios de regularización para impedir cambios exagerados en su contenido gaseoso, dichos cambios están sujetos a la influencia del medio exterior; una atmósfera altamente oxigenada ó una hiperventilación pulmonar por medios mecánicos, darán por resultado un aumento de la proporción de oxígeno en la sangre, en -- cambio si baja la cantidad de oxígeno en el medio ambiente ó -- disminuye la ventilación pulmonar aumentará en ella la cantidad de bióxido de carbono. Por otra parte la excesiva labor -- fisiológica y el activo metabolismo de los tejidos, dan como-

resultado un aumento en la proporción de bióxido de carbono. Por consiguiente, la proporción de bióxido de carbono en la sangre de los distintos territorios vasculares es tanto mayor cuanto más enérgicos son la fisiología y el metabolismo del tejido irrigado. La cantidad de gases en el total de la sangre depende, por una parte, de la actividad orgánica y -- por otra, de la naturaleza del medio exterior.

De su composición química puede decirse lo mismo, -- pues la mayor parte de los componentes de la sangre son de -- origen extrínseco, sus actividades constructivas propias son relativamente escasas; tejido de poca actividad vital, es só lo un vehículo, entre el medio ambiente celular y el exte -- rior.

Al hacer una fórmula hemática, es conveniente ob -- servar cuidadosamente los eritrocitos por lo que se refiere a su morfología, número, tamaño y anomalías tintóreas, pues de ello se pueden obtener datos de gran valor clínico, especialmente para la identificación de las distintas anemias. -- Uno de los datos más importantes es conocer el número de hematíes; las cifras promedio son las siguientes: para el recién nacido, 5,100.000; de 1 a 5 años de edad, 4,600.000; de 6 a 15 años, 4,700.000; en el adulto, para el hombre, - - - 5,400.000 a 5,800.000 y para la mujer, 4,600.000 a 4,800.000 Estos datos son, de gran importancia sobre todo desde el pun to de vista de la anestesia.

La composición química del plasma es más o menos -- constante, pero el intercambio de los fluidos tisulares modifica su fórmula cuando hay un trastorno funcional o una alteración orgánica que forzosamente originan la producción de elementos anormales de eliminación; como en el caso de encontrar un aumento de glucosa (signo de diabetes) o de urea (en los-- padecimientos renales); estos dos elementos son los más frecuentemente investigados en la química sanguínea y tienen --- gran valor clínico.

Con relación a la hemostasis, es de vital importancia la determinación de los tiempos de protrombina o coagulación del plasma, de sangrado y de retracción del coágulo; para las personas que no tienen estados hemorrágiparos son: --- tiempo de protrombina, entre 4 y 7 minutos; para el tiempo de sangrado se toma como cifra normal entre 1 y 3 minutos; en --- cuanto a la retracción del cágulo, es perceptible después de la primera hora, notable a las 18 horas y total a las 24. Como dato complementario, se puede practicar la prueba de la -- fragilidad capilar.

La alteración de estas constantes es indicio de un estado hemorragíparo y es conveniente investigar la causa de éste y tratar de normalizar el desequilibrio.

El estudio de la orina tiene un interés diagnóstico relativo, pues salvo en algunos padecimientos renales que pro

ducen alteraciones en la composición química o física de la orina, tal estudio sólo se considera complemento clínico del estudio hemático, ya que generalmente, todas las anomalías de estructura química del plasma se revelan en la orina; aunque - el mecanismo de producción de ésta no es muy conocido, se supone que está en la filtración del plasma sanguíneo, en los glomérulos renales y en la reabsorción tubular selectiva de lo filtrado; por lo tanto, es difícil definir con exactitud qué es la orina normal. Su composición está sujeta a las variaciones de régimen, las modificaciones de temperatura exterior e interior, la actividad física y la composición variable del plasma, debida a las variantes fisiológicas y del metabolismo. Esto último hace que al llegar dicho plasma al filtro renal, aparezcan en la orina casi los mismos caracteres químicos del componente de la eliminación plasmática.

El examen de la orina se divide en estudio físico, químico y biológico. Físicamente estudiamos en la orina; la cantidad excretada en 24 horas, el color, el olor, el aspecto, la densidad y la reacción.

El volumen de la orina puede variar por múltiples causas; la cantidad aumenta cuando el individuo se expone al frío, por la disminución de trasudación, por la ingestión excesiva de alimentos y bebidas, por el aumento de filtración glomerular, por elevación de la presión sanguínea a nivel de

los capilares del glomérulo, por la reducción de la presión-osmótica del plasma de la sangre glomerular, por la disminución de proteínas ó de otros coloides, por reducción de la reabsorción tubular de agua, urea y otras sustancias diuréticas, por lesión del epitelio, ó por cambio en la actividad de ciertas glándulas endocrinas, especialmente la hipófisis y las suprarrenales. La disminución de la cantidad de orina puede ser el resultado de causas opuestas de este tipo.

Cuando la cantidad de agua absorbida por las vías digestivas es superior a la eliminada por la piel, los pulmones y los intestinos, el exceso diluye el plasma y la irregularidad tiende a normalizarse por filtración glomerular; la reabsorción tubular ayuda a mantener el equilibrio hídrico normal. Se calcula que la cantidad de filtrado glomerular en el adulto puede alcanzar de 75 a 100 litros en 24 horas, pero 97 ó 98% de ésta cantidad se reabsorbe a nivel de los tubos y la cantidad de orina eliminada oscila entre los 1000 y los 1600 ml. en 24 horas. Generalmente 40 a 60% del total de líquidos ingeridos se excreta por vía renal, pero ésta cantidad varía en forma inversamente proporcional a la cantidad de agua eliminada por la piel, los pulmones y el intestino. Las dietas ricas en proteínas aumentan la cantidad de orina, pues los productos últimos del metabolismo protéico, especialmente la urea, ejercen una acción diurética. El volumen es menor cuando el individuo está de pie que cuando está ---

acostado, debido a la mayor concentración de proteína plasmática. La cantidad de orina de la vigilia es normalmente 2 a 4 veces mayor que la de la noche; el aumento nocturno mayor de 500 ml. con peso específico inferior de 1,018 se denomina nicturia y es característico de las enfermedades renales. -- Cuando la cantidad de orina es excesiva ó demasiado pequeña se denomina poliuria y oliguria, respectivamente; la cesa -- ción total de la excreción urinaria se llama anuria, e indica una falta de permeabilidad glomerular; por último, la frecuencia de emisiones urinarias se denomina polaquiuria y es -- síntoma de padecimientos prostáticos.

La poliuria acompañada de polidipsia y polifagia -- es un dato de gran valor diagnóstico en la diabetes, que determina la eliminación diaria de tres ó más litros de orinarios por falta de resorción tubular.

El olor, como el color, varfa en la orina según -- las substancias eliminadas.

El aspecto puede ser motivo de guía diagnóstica; -- una orina turbia puede contener en suspensión moco, albúmina uratos, fosfatos, gránulos de pus, células epiteliales, elementos hemáticos y cilindros renales. Todo esto puede ser investigado al microscopio, previa centrifugación de la orina para poder tomar una muestra del sedimento y dar al resulta-

do del exámen la interpretación clínica correspondiente.

El peso específico de la orina varía en proporción directa de la cantidad de sólidos que tenga en solución y en proporción inversa del volúmen excretado en 24 horas; por ésta razón es relativo el valor clínico de la densidad, ya que ambos casos están sujetos a variaciones que dependen de múltiples factores, en ocasiones no patológicos.

La acidez de la orina está regida casi por los mismos factores modificadores del volúmen: alimentación, actividad física, cantidad de líquido ingerido, etc. La acidez expresada en pH oscila entre 4 y 6; el pH no puede ser elevado porque constituiría un medio irritante para las vías urinarias.

La orina reposada acaba por volverse alcalina, a causa de la producción de amoníaco por las bacterias que la contaminan.

Los elementos a investigar químicamente en una orina se dividen en orgánicos e inorgánicos, ambos derivan del plasma y se consideran coloides. Entre los orgánicos es de gran interés el estudio de las proteínas, especialmente la albúmina y las globulinas.

La urea, como principal producto de desecho metabólico, es el constituyente más importante de la orina.

Las cifras de urea en la orina pueden estar alteradas, debido a fenómenos anormales en su producción ó a irregularidades de eliminación.

Existen en la orina sustancias nitrogenadas no -- proteínicas, como el ácido úrico, la creatina, la creatinina y los aminoácidos, cuya determinación no tienen el valor clínico que se le concede en el estudio hemático.

La orina puede contener azúcares de distinta naturaleza, entre ellas levulosa, lactosa, galactosa, pentosa, - glucosa, etc.

Cuando en la orina se encuentran azúcares cuya especificidad se desconoce, se habla de melituria, (término genérico); y para referirse a cada azúcar en particular, se toma su nombre (levulosuria, lactosuria, galactosuria, pentosuria, glucosuria, etc).

La glucosa es excretada por el glomérulo renal, pero por tratarse de una sustancia con umbral, la reabsorbe el epitelio tubular, y regresa a la sangre para mantener su nivel. Cuando éste sobrepasa una concentración superior a ---

160 mg. por 100 ml. que es el umbral de la sangre, el excedente pasa a la orina por el filtro renal; más sin embargo, puede haber en la sangre concentraciones mayores que la del umbral y producirse hiperglucemia.

La glucosuria alimenticia ocurre cuando se ingieren grandes cantidades de glucosa, y por ningún motivo es sinónimo de glucoresis.

La hiperglucemia generalmente va acompañada de glucosuria y estos dos datos son de gran valor clínico para la identificación de algunos padecimientos. Se presenta en la diabetes sacarina, pero no es únicamente ésta enfermedad la causante de la glucosuria hiperglucémica, que puede ser originada también por hipertiroidismo, hiperpituitarismo, hiperadrenalismo (provocado por ansiedad, miedo ó ira que determinan una movilización brusca de la glucosa almacenada por el hígado en forma de glucógeno), aumento de presión intracranial (por tumores cerebrales, hemorragia cerebral ó fracturas de cráneo), enfermedades hepáticas crónicas y acidosis por anestesia, asfixia u otras causas. Por cualquiera de estos motivos, la glucosuria hiperglucémica suele ser causa de contraindicación quirúrgica, cuando no se puede, aunque sea temporalmente, modificar tal estado.

La presencia de acetona en la orina tiene íntima re-

lación con la existencia de glucosa en ella y la asociación de estas dos sustancias es un dato de gran valor clínico, - sobre todo cuando se trata de practicar una intervención quirúrgica que requiere anestesia general, pues el inevitable - aumento gradual posanestésico de la acetona advierte de la - aparición de la acidosis ó la amenaza de un coma diabético. - Junto con la acetona suelen encontrarse en la orina ácido -- diacético y betahidroxibutírico, que denotan mayor gravedad.

Tanto el estudio hemático como el de la orina y la relación entre los dos sirven para poderse dar una idea del estado general del paciente, pero es indispensable hacer uso de otros métodos clínicos para obtener mayor número de datos.

Para fines quirúrgicos son necesarios la exploración y el estudio sistemáticos de los aparatos respiratorios y cardiovascular. Estos dos aparatos tienen gran relación -- entre sí y su equilibrio funcional es de sumo interés, principalmente por lo que se refiere a problemas de anestesia.

La auscultación es el procedimiento de exploración cardiaca más importante, y por medio de ella se estudian el ritmo, el tono y la frecuencia en el funcionamiento cardiaco.

En un corazón normal se oyen dos ruidos; el primero ó sistólico, corresponde a la contracción ventricular y -

al cierre de las válvulas auriculoventriculares; luego le sucede un pequeño silencio; después se produce el segundo ruido ó diastólico, debido al descenso de las válvulas sigmoideas y por último se produce un nuevo silencio ó gran silencio, para repetirse el ciclo.

La determinación de la presión arterial complementa el estudio cardiovascular y es de gran importancia, sobre todo cuando se trata de aplicar anestesia local con anestésico que contenga alguna substancia vasoconstrictora, pues en los casos de hipertensión por arterioesclerosis puede originarse la ruptura de un vaso.

Se acostumbra investigar la presión sistólica o máxima y la diastólica ó mínima; entre ambas existe una relación constante que es poco más ó menos de 3 a 2. La diferencia entre las presiones sistólica y diastólica de la presión del pulso ó diferencial.

Las cifras para el valor de la presión arterial varían según la edad. Como promedio de una presión normal en la adolescencia se calcula 80/50, para el adulto 120/80 a 140/90 y de 150/90 a los 75 años; después de ésta edad las presiones suelen ser un poco más bajas, expresadas en milímetros de mercurio.

El estudio del aparato respiratorio tiene también -

gran importancia, sobre todo desde el punto de vista anestésico. La auscultación es el principal procedimiento para obtener datos de gran valor clínico; por medio de ella se estudian los distintos tiempos de la respiración y se identifican ruidos sobreañadidos.

Los ruidos sobreañadidos pueden ser roces, los cuales se originan en la pleura, y los roncos ó estertores que se producen en la tráquea, los bronquios ó los pulmones, debido a la presencia de cuerpos extraños ó a colección de líquidos, de gases ó exudados.

La mayor parte de los padecimientos de los aparatos cardiovascular y broncopulmonar son motivo de contraindicación quirúrgica principalmente por razones de índone anestésica.

Cuando un paciente cardiópata ó pulmonar se debe someter a una intervención quirúrgica, se ha de estudiar si procede efectuar dicha intervención y el beneficio que ésta pueda reportarle. En intervenciones de urgencia, cuando la vida está de por medio, puede correrse el riesgo de operar sin preparación. Pero aún cuando el riesgo sea leve, conviene que el especialista observe continuamente a éstos pacientes hasta que el peligro haya pasado.

La elección del anestésico y la técnica a emplear--

son de gran importancia.

Cuando se trata de un cardiópata, es peligroso el empleo de la novocaína, aún aplicada en inyección local, puede ocasionar daños al miocardio al ser absorbida.

Cuando la operación es opcional y puede ser aplazable, es obvio decir que puede prepararse al paciente y dejar al criterio del médico y del cirujano el momento oportuno para intervenir.

Por último, todos los padecimientos que originen -- una obstrucción broncopulmonar ó disminuyan la capacidad respiratoria, complicarán grandemente la realización de la intervención y con frecuencia son causa de contraindicación quirúrgica.

No sólo es conveniente el equilibrio funcional en la persona que se va a someter a un acto quirúrgico sino que, entre los cuidados preoperatorios, deben figurar además aquellos encaminados a procurar una buena evolución posquirúrgica; el estado de nutrición y el grado de hidratación son importantes para tener reservas, y por lo tanto defensas, después del trauma quirúrgico. Los focos sépticos juegan un gran papel en las complicaciones posquirúrgicas y por lo tanto, -- se deberá tener especial atención en eliminarlos sobre todo --

los de la cavidad bucal y rinofaríngeos.

Si todas estas maniobras preparatorias preanestésicas son importantes, no lo es menos el aspecto psicológico -- del paciente, ya que sólo la idea de someterse a una intervención por sencilla que sea, causa temor e intranquilidad; por ello es absolutamente necesario tranquilizar e infundir confianza al paciente.

El ambiente que rodea al paciente influye grandemente en su estado psíquico y repercute en la buena evolución y el pronto restablecimiento; por lo tanto, es bueno seleccionar un lugar adecuado al paciente, en donde éste se encuentre a gusto y en su medio social.

La atención personal del médico para con sus pacientes es de capital importancia en el buen éxito quirúrgico. El cirujano debe en todo momento infundir confianza en su paciente, revelar firmeza en sus conocimientos y seguridad en el -- éxito.

Debe reprimir sus emociones y reaccionar serenamente y con calma para poder resolver favorablemente las emergencias; proceder metódicamente sin titubeos. Todas éstas particularidades le dan su propia personalidad, que ha de hacer resaltar ante el paciente para infundirle confianza y fé en su curación.

C A P I T U L O I I I

HISTORIA CLINICA.

C A P I T U L O I I I .

HISTORIA CLINICA.

Es muy abundante el número de datos que el profesional debe recabar para llegar a un diagnóstico diferencial del padecimiento.

Para poder evaluar en forma conjunta es necesario que el operador cuente con una Historia Clínica adecuada, -- bien balanceada, donde quepa toda la información valorable -- y que en forma sencilla llene el interrogatorio, el estudio clínico, el instrumental y radiográfico.

Dé el tiempo mínimo calculado (45 minutos), paciencia y dedicación a éste paso anamnéstico, de éste se desprenderá el diagnóstico oportuno, el plan de tratamiento y el -- pronóstico.

La Historia Clínica consta de cuatro grandes partes I. Ficha de identificación; II. Antecedentes médicos; III. Antecedentes psicológicos; y IV. Historia Dental.

Los objetivos de una Historia Clínica deben ser: recoger ó coleccionar información derivada del paciente y traducirla por datos significantes que ayuden a establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento racionales.

La parte I, es llenada por el paciente y su utilidad es obvia para subsiguientes exámenes del mismo.

La parte II, de antecedentes médicos tiene tres propósitos: 1o. Protege al paciente evitándole ó posponiendo procedimientos que pudieran serle perjudiciales en ése tiempo, - por ejemplo: administrar una droga que pudiese ser alérgica - para él, ó hacer una extracción en un paciente que está bajo terapia anti-coagulante. 2o. Protege al operador y a su equipo humano de enfermedades contagiosas. 3o. Elimina problemas sistémicos que alterarían la terapia escogida.

La parte III, de la Historia Clínica dedicada exclusivamente a los antecedentes psicológicos es en extremo importante para determinar, sin exactitud, el estado psíquico del presunto paciente antes de empezar tratamiento alguno.

La parte IV, Historia Dental, nos sirve para cono--

cer y valorar a nuestro paciente. Es difícil encontrar pacientes adultos que no hayan tenido experiencias dentales previas. Ellos llevan impresiones positivas y negativas relativas a lo que será ó debe ser ésta nueva experiencia dental.

El alertamiento de éstas impresiones establecerán - desde un principio una buena relación entre el clínico y su - paciente.

Para hacer una valoración correcta de una Historia-Clinica es preciso uniformar criterios de los examinadores -- con el objeto de recabar información semejante y de interpretación igual, dentro de las dificultades que esto entraña, trtándose de un elemento subjetivo sujeto a la apreciación individual del que recoge los datos.

La ejecución prolija, exhaustiva y cuidadosa de la-Historia Clínica nos llevará de la mano a una conclusión diagnóstica del exámen clínico e instrumental.

Expediente No. _____

I FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE _____
 Ap. Paterno _____ Ap. Materno _____ Nombre (s) _____

EDAD _____ Años cumplidos ESTADO CIVIL _____

SEXO _____ OCUPACION _____

DOMICILIO _____
 Calle _____ No ext. _____ No. Int. _____ Colonia _____ Z.P. o Edo. _____

TELEFONO _____
 Casa _____ Empleo _____

En caso de que el paciente sea referido, anote:

NOMBRE DEL DENTISTA _____ Teléfono _____

NOMBRE DEL MEDICO _____ Teléfono _____

Especifique el tiempo de tratamiento (fecha de inicio).

DENTISTA _____ MEDICO _____

II ANTECEDENTES MEDICOS:

Si usted ha estado siendo tratada por algún médico, anote la fecha de la última cita _____
 _____ y motivo _____

¿Está usted tomando ahora algún medicamento? _____
 si _____ no _____

En caso de haber respondido afirmativamente, anote cual (es):

_____ 1. Nombre del medicamento _____ Dosis _____ Desde cuando _____

2. Nombre del medicamento	Dosis	Desde cuando

3.

Motivo (s) para el uso del (los) medicamentos (s):

Si usted presenta o ha presentado alguno de los siguientes problemas, especifique cual o cuales: (anote sólo si fué diagnosticado por médico).

A) Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	Fecha del Dx.	_____
B) Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>		Especifique _____
C) Diabetes	<input type="checkbox"/>		_____
D) Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>		_____
E) Artritis	<input type="checkbox"/>		_____
F) Cefalea Frecuente	<input type="checkbox"/>		_____
G) Dolores de cuello	<input type="checkbox"/>		_____
H) Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>		_____
I) Tumores	<input type="checkbox"/>		_____
J) Desmayos <input type="checkbox"/>	Vértigos <input type="checkbox"/>	Mareos <input type="checkbox"/>	
K) Otros	<input type="checkbox"/>		_____

Anote si usted es alérgico a alguno (s) de los siguientes medicamentos:

1. Novocaína	<input type="checkbox"/>	4. Codeína	<input type="checkbox"/>
2. Penicilina	<input type="checkbox"/>	5. Otros (especifique)	_____
3. Acido Acetil-Salicílico	<input type="checkbox"/>		_____

En caso de embarazo, interrogar acerca de:

 Tiempo de Gestación _____ Fecha Probable de Parto _____
 Edad en meses _____

III ANTECEDENTES PSICOLOGICOS:

	si	no
1. ¿sufre usted de insomnio?	_____	_____
2. ¿Se fatiga fácilmente?	_____	_____
3. ¿Se enoja con facilidad?	_____	_____
4. ¿Es usted ansioso?	_____	_____
5. ¿Sufre de palpitaciones?	_____	_____
6. ¿Tiene sensaciones de vértigo o náuseas con frecuencia?	_____	_____
7. ¿Se deprime frecuentemente?	_____	_____
8. ¿Siente miedo con frecuencia?	_____	_____
9. ¿En general, siente que la gente está en su contra?	_____	_____
10. ¿Siente que se le escapan las ideas?	_____	_____
11. ¿Tiene buena memoria?	_____	_____
12. ¿Con frecuencia siente ganas de pelearse con otras personas?	_____	_____
13. ¿Siente ganas de herirse a sí mismo?	_____	_____

IV HISTORIA DENTAL:

Motivo de la consulta: _____

¿Desde cuando? _____
Fecha

Fecha del último tratamiento dental: _____

Observaciones: _____

Si usted ha sido tratado por algún dentista, especifique cual fue su tipo de tratamiento:

- | | |
|---|---|
| 1. Ortodoncia <input type="checkbox"/> | 4. Cirugía <input type="checkbox"/> |
| 2. Tratamiento de encías <input type="checkbox"/> | 5. Ajuste de los dientes o de su mordida <input type="checkbox"/> |
| 3. Placas u otros aparatos (guardas oclusales) <input type="checkbox"/> | 6. Otros: _____
_____ especificque |

A) PROBLEMAS MANDIBULARES:

En caso de responder afirmativamente especifique cuando sea necesario.

Ha experimentado:

- | | | | |
|---|---|-------|-------|
| 1. Chasquido en sus articulaciones <input type="checkbox"/> | a) al comer <input type="checkbox"/> | | |
| | b) al bostezar <input type="checkbox"/> | | |
| | c) Otra: _____ | | |
| | | izq. | der. |
| 2. Dolor <input type="checkbox"/> | a) articular <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | b) oído <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | c) de un lado de la cara <input type="checkbox"/> | | |

En las siguientes preguntas (3-5) anote sobre la línea de una a tres cruces (+, ++, +++) si existe dolor, según su intensidad.

- | | | |
|---|---|-------|
| 3. Dificultad al abrir y/o cerrar la boca. <input type="checkbox"/> abrir | _____ | dolor |
| _____ motivo (cuando) <input type="checkbox"/> cerrar | _____ | dolor |
| 4. Dificultad al masticar. _____ | _____ | |
| | especifique | |
| 5. Se desvía su mandíbula al abrir y/o cerrar su boca. _____ | _____ | izq. |
| | <input type="checkbox"/> Abrir | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Cerrar | _____ |
| 6. Siente cansancio en los músculos <input type="checkbox"/> | _____ | der. |
| | especifique | |
| 7. Mastica usted: _____ | _____ | |
| | lado derecho <input type="checkbox"/> | |
| | lado izquierdo <input type="checkbox"/> | |
| | ambos <input type="checkbox"/> | |
| 8. Observaciones del patrón masticatorio: _____ | _____ | |
| _____ | | |

9 Traumatismos en la mandíbula o articulaciones

 especifique

10. Se le traba la mandíbula y la tiene que acomodar con la mano?

al hacerlo. ¿siente dolor? _____
 intensidad

11. Se le traba la mandíbula y necesita que le ayuden para acomodarsela?

¿ Se presenta con dolor? _____
 intensidad

B) HABITOS:

1. ¿Aprieta y/o rechina los dientes?

de día

 observaciones

durmiendo

ambos

2. ¿Se muerde los labios y/o carrillos regularmente?

De que lado (s) _____

3. ¿ Sostiene objetos entre los dientes?
 (lápices, pipa, alfileres, uñas, etc.)

 especifique

4. Se muerde la lengua o la mete entre los dientes anteriores, al tragar?

 especifique

5. Otros: _____

C) EXAMEN EXTRAORAL:

1. Asimetría facial _____
 especifique

2. Posición labial _____

3. Hábitos musculares anormales _____

4. Lesiones (herpes, tumores, etc.) _____

5. Hipertrofia muscular _____

EVALUACION CLINICA

D) PALPACION DE MUSCULOS Y ARTICULACION:

La intensidad del dolor se marcará de una a tres cruces (+, ++, +++). Especifique sobre la línea que corresponde al movimiento elegido, la clase, de acuerdo a la siguiente clave: I = inicial, M = intermedia F = final.

		Dolor	Protrusiva	Lateralidad	Apertura	Cerrado
1. Crepitación.*	izq.	_____	_____	_____	_____	_____
	der.	_____	_____	_____	_____	_____
2. Chasquido.*	izq.	_____	_____	_____	_____	_____
	der.	_____	_____	_____	_____	_____
3. Articulación.	izq.	_____	_____	_____	_____	_____
	der.	_____	_____	_____	_____	_____
				Dolor		
				izq.	der.	
4. Masetero	borde anterior	<input type="checkbox"/>		_____	_____	
	borde posterior	<input type="checkbox"/>		_____	_____	
	inserción sup.	<input type="checkbox"/>		_____	_____	
	inserción inf.	<input type="checkbox"/>		_____	_____	
5. Temporal	anterior	<input type="checkbox"/>		_____	_____	
	medio	<input type="checkbox"/>		_____	_____	
	posterior	<input type="checkbox"/>		_____	_____	
6. Occipitales		<input type="checkbox"/>		_____	_____	
7. Músculos de la nuca		<input type="checkbox"/>		_____	_____	
8. Trapecios		<input type="checkbox"/>		_____	_____	
9. Esternocleidomastoideo		<input type="checkbox"/>		_____	_____	
10. Grupo suprahioideo		<input type="checkbox"/>		_____	_____	
11. Pterigoideo externo		<input type="checkbox"/>		_____	_____	
12. Pterigoideo interno		<input type="checkbox"/>		_____	_____	

* NOTA: Use estetoscopio

+ molestia

++ dolor

+++ dolor agudo

E) EXAMEN PARODONTAL

1. Bolsas _____
 especificar
2. Movilidad _____
3. Recesión gingival _____
4. Furcaciones _____
5. Inserciones de frenillo que afecten los márgenes gingivales
6. Falta de encía insertada
7. Forma, color, tono y textura de la encía es:
- Fisiológica _____
- Patológica _____
8. Cantidad de sarro: excesiva moderada poca

E) EXAMEN DENTAL:

En el esquema siguiente, anote la clave del diagnóstico hecho, sobre la pieza afectada.

- | | |
|---|------------|
| 1. Dientes faltantes | Clave
A |
| 2. Cáries | B |
| 3. Restauraciones defectuosas o fracturadas | C |
| 4. Diastemas, Versiones, Contactos, etc. | D |
| 5. Erosiones cervicales | E |
| 6. Facetas de desgaste | F |
| 7. Sensibilidad a la percusión | G |

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

G) EXAMEN E INTERPRETACION RADIOGRAFICA:

- | | | | |
|--|------------|--------------------------|-------------|
| 1. Patrón del Hueso | normal | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | patológico | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | | | especifique |
| 2. Lámina dura | normal | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | patológico | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Radiolucencias | | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | | | especifique |
| 4. Cáries | | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Restauraciones defectuosas | | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6. Espacio de ligamento parodontal | normal | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | patológico | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7. Septum interdental adecuado | | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8. Forma y longitud de la(s) raíz(ces) | normal | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | patológico | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9. Proporción corona/raíz | normal | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | patológico | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10. Cálculos pulpares | | <input type="checkbox"/> | _____ |

H) EXAMEN OCLUSAL:

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Apertura máxima _____ mm. | |
| 2. Desviación y Dirección del cierre oclusal. | |
| | a) Deslizamiento ant. |
| | der. _____ mm. |
| | izq. _____ mm. |
| | b) Deslizamiento lat. |
| | der. _____ mm. |
| | izq. _____ mm. |

En el esquema que se presenta a continuación, anote la interferencia encontrada, de acuerdo a la clave siguiente (para cada una anote t = trabajo, b = balance):

- | | |
|--|-------|
| 3. Interferencias en protrusiva | Clave |
| 4. Interferencias en lateralidad derecha | X |
| 5. Interferencias en lateralidad izquierda | Y |
| | Z |

J) SOBREMORDIDAS:

1. ¿Existen sobremordidas verticales anteriores? ____ mm.
 a) severa b) moderada c) leve
2. ¿Existen sobremordidas horizontales anteriores: ____ mm.
 a) severa b) moderada c) leve

K) ORTOPANTOMOGRAFIA:

¿Obtuvo descubrimientos relevantes de la Ortopantomografía?

¿Cuáles? _____

L) CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS DEL EXAMEN CLINICO E INSTRUMENTAL:

DISFUNCION MANDIBULAR _____
 si _____

 no _____
 especifique clase

OTROS DIAGNOSTICOS: _____

OBSERVACIONES: _____

FECHA _____ ELABORO _____
 Nombre del médico

Nota:
 Esta Historia Clínica fue elaborada por el Grupo de Estudios Sobre Oclusión "FACTA". El Grupo autoriza la reproducción total o parcial, solicitando que la Institución o Profesionista que la use dé el crédito correspondiente.

C A P I T U L O I V .

F A R M A C O L O G I A .

C A P I T U L O I V .

F A R M A C O L O G I A

La Farmacología es un importante aspecto de la Odontología moderna.

No parte de la Odontología, es sin ser influenciada por drogas o narcóticos que los pacientes pueden, como no pueden tomarlas.

En los Estados Unidos los Dentistas hacen amplio -- uso de muchos diferentes fármacos. Ellos están estrictamente controlados por el Gobierno Federal, pero tienen plena libertad para usar cualquier fármaco dentro del alcance de su conocimiento y experiencia.

En orden de frecuencia, las drogas más ampliamente usadas son las siguientes:

1. Analgésicos.
2. Antibióticos.
3. Agentes Anti-inflamatorios
4. Antihistamínicos.

El analgésico más comunmente usado es Codefna en combinación con ácido acétil salicílico, fenacetín y cafeína

NOTA. Las drogas marcaadas con * son gobernadas -- por las leyes de administración de drogas en cumplimiento -- forzoso, y para ésto se requiere de una credencial que permite recetarlas en los Estados Unidos.

Hay muchos nombres propios para estas drogas, por ejemplo:

ANALGESICOS.

1. Dolor Apasible.
 - a. Acetaminofén tabs. 5 gr. (Nebs-Eaton, Tylenol-Mc. Neil Valadol-Squibb).
 - b. Acido acétil salicílico tabs. (Lilly).
 - c. Acido acétil salicílico tabletas compuestas- (Lilly)
 - d. Empirín Compuesto Tabs. (Burroughs-Wellcome)
 - e. Endogesic tabs. (Endo).

- f. Percogesic Tabs. (Endo).
- g. Phenaphen caps. (Robins).

2. Dolor Moderado.

- a. Butyn unguento dental (Abbott).
- *b. Cafergot & Cafergot P-B tabs.
- *c. Darvocet-N tabs. (Lilly)-50 mg.
- *d. Darvocet-N-100 (Lilly).
- *e. Darvón Compuesto 65 cáps. (Lilly).
- *f. Darvón-N tabs. 100 mg. (Lilly).
- *g. Darvón-N y ácido acetyl salicílico tabs.
(Lilly).
- *h. Dolene Compuesto 65 (Lederle).
- *i. Empirín compuesto #2 tabs. (Burroughs-Wellcome)
- *j. Equagesic tabs. (Wyeth).
- *k. Fiorinal cáps. tabs. (sandoz).
 - l. Nalfón tabs.-600 mg. (Dista)
 - m. Nembu-Gesic cáps. (Abbott).
 - n. Nitroglicerina tabs. 1/100, 1/150 gr. (Lilly)
 - o. Parafon Forte, Músculo Esquelético (Mc. Neil)
 - p. Fenafen con codeína, 1/4 gr. cáps. (Robins).
 - q. Ponstel cáps. (Parke-Davis).
 - r. Robaxin tabs. músculo esquelético (Robins).
 - s. Robaxisal P.H. tabs. músculo esquelético (Robins).
 - t. Robaxisal tabs. músculo esquelético (Robins).
 - u. Synalgos caps. (Ives).

- v. Tylenol con codeína #2 (1/2 gr.) (Mc. Neil).
 - w. Tylenol Reforzado Cáps. (Mc. Neil).
 - x. Zactirin Compuesto - 100 tabs. (Wyeth).
3. Dolor Severo (todos *).
- a. Ascoden - 30 tabs. 1/2 gr. con codeína (Burroughs-Wellcome).
 - b. Acido áctil salicílico Compuesto con Codeína, 1/2 gr. Tabs. (Lilly).
 - c. Empirin Compuesto con Codeína, 1/2 gr. 1 gr. tabs. (Burroughs-Wellcome).
 - d. Empracet #3 tabs. 1/2 gr. con Codeína (Burroughs-Wellcome).
 - e. Fiorinal #2 cáps. (Sandoz).
 - f. Mepergan Fortis caps. (Wyeth).
 - g. Motrin (Ienprafen) 400 mg. tabs. (Upjohn).
 - h. Percodan tabs. (Endo) + Percodan (Demi)
 - i. Fenafen con Codeína, 1/2 gr., 1 gr. cáps. -- Robins).
 - j. Synalgos D.C. cáps. (Ives).
 - k. Tolectin 200 mg. tabs. (Mc. Neil).
 - l. Tylenol con Codeína, 1/2 gr. 1 gr. tabs. Plus Elixir (Mc. Neil).
 - m. Tylox cáps. (Mc. Neil).
 - n. Vicodin tabs. (Knoll).

HIPNOTICOS Y SEDATIVOS.

1. Barbitúricos.

- a. Butisol con Sodio, 1/4 gr. 1/2 gr. (Mc. Neil)
- b. Carbitral, cáps, (sedante)(Parke Davis).
- c. Nembutal (Abbott) cáps. 3/4 gr. (sedante 1/2-gr.).
- d. Fenobarbital, 1/4 gr. (Lilly).
- e. Pre-Sed-Hexobarbital tabs. (Prodent).
- f. Stental Extentabs., 3/4 gr. tabs. (Robins).
- g. Tuinal- 1 1/2 caps. (Hipnótico) (Lilly)

Estas drogas son administradas en cantidades de -- veinte tabletas y se le indica al paciente tomar una cada --- tres o cuatro horas si es necesario para el dolor.

Los efectos de la Codefna son por Ejemplo: náuseas, diarrea, vómito, mareo, cefáleas y resequedad de la boca.

A los pacientes se les advierte acerca de estos --- efectos para que en caso de que se les presenten suspendan el tratamiento.

También deben estar concientes de que pueden sentir somnolencia para que tengan las debidas precauciones.

Por lo tanto debe tenerse mucho cuidado al adminis-

trar ésta droga rutinariamente.

La acción de la Codefina sobre el Sistema Nervioso-Central, es de un depresor poderoso y crea hábito.

ANTIISTAMINICOS.

Estas drogas son usadas para dar alivio sintomático cuando las reacciones causadas ocurren por la liberación de histaminas de los tejidos celulares por el estímulo producido por toxinas, venenos, quemaduras agudas y en condiciones alérgicas ocurriendo en ciertos individuos con sustancias para las cuales ellos tienen sensibilidad adquirida.

La mayoría de las reacciones agudas generales se parecen a un shock anafiláctico, e incluye baja presión sanguínea, vasodilatación generalizada, ascenso en la temperatura del cuerpo y cambio metabólico, cefálea intensa, constricción bronquial, disnea, vómito y diarrea.

El consumo de oxígeno es grandemente incrementado durante la liberación de histamina, y el resultado de ésta deficiencia requiere de la pronta administración de oxígeno.

Reacciones menos severas por histamina incluyen -- edema angioneurótico, urticaria asociada con prurito y otras

dermatosis las cuales pueden ocurrir en forma aguda y crónica. La forma aguda generalmente es mejor aliviada que la crónica por el uso de antihistaminas.

La acción de las antihistaminas es para disminuir grandemente las reacciones liberadas por histamina.

Tanto la absorción como la excreción del canal gastrointestinal es rápida, por ésta razón la terapia debe ser regularmente continuada.

La rápida acción de las antihistaminas produce --- efectos en veinte a cuarenta y cinco minutos y persiste por dos a seis horas.

Sin embargo, la sedación, usualmente ejerce su administración en las dosis usuales.

La mayoría de los pacientes no experimentan efectos secundarios ocasionalmente, sólo algunos han reportado, nerviosismo, mareo, debilidad, náuseas, diarrea, temblores, cefálea, resequedad de la boca y excitación.

Estos son algunos de los antihistaminicos más comunes:

a. Actified jarabe (Burroughs-Wellcome).

- b. Benadryl cáps. 25 mg. 50 mg., Elixir (Parke-Davis).
- c. Dimetane tabs. 4 mg. (Robins)
- d. Dimetapp, acción prolongada, tabs. 12 mg. (Robins).
- e. Dramamine tabs. (Searle).
- f. Phenergan tabs. 25 mg. (Wyeth).
- g. Phenergan Fortis jarabe (Wyeth).
- h. Sudafed tabs. y jarabe (Burroughs-Wellcome).

AGENTES ANTI-INFLAMATORIOS.

En varias ocasiones los pacientes se presentan en el consultorio con casos de inflamación de la cavidad oral.- El tratamiento a seguir, es el de determinar el origen de la inflamación; Sin embargo, una droga anti-inflamatoria puede ser prescrita para aliviar el dolor.

La administración tópica de esteroides es de particular importancia en el tratamiento de pacientes pediátricos quienes tienen traumatizada la mucosa bucal por mordérsela constantemente y la lengua mientras están esperando los efectos de un anestésico local.

Otro uso de esteroides es para prostodoncia total especialmente prótesis inmediata), quienes padecen de lo mismo,

Además en seleccionados casos de pericoronitis un-
esteroide tópico, puede ser necesario instituirse antes de -
un procedimiento operatorio ó quirúrgico.

Estos son algunos ejemplos de los anti-inflamato--
rios más usados:

- a. Cordran-N crema (con neomicina) (Lilly).
- b. Decadron (Dexametasona) tabs. (Merck, Sharpe --
and Dohme).
- c. Kenalog in Orabase (Squibb). Especialmente efec
tivo debido al hecho de que el esteroide es combina-
do con un adhesivo para dentaduras y tiene la pro-
piedad de adherirse a la mucosa oral.
- d. Kenalog crema y ungüento (Squibb).
- e. Motrin-400 mg. tabs. (Upjohn).
- f. Medrol tabs. 4 mg. (Upjohn).
- g. Mycolog ungüento y crema (Squibb).
- h. Solu-Medrol inyección (Upjohn).
- i. Tolectin tabs. 200 mg. (Mc Neil).

ANTIBIOTICOS

Han sido revelados numerosos antibióticos de va --
rios terrenos de bacterias y hongos. El espectro de algunos-
de éstos que son aprovechables para Medicina y Odontología--

se muestra en la tabla 1.

La mayoría tiene un efecto selectivo sobre las bacterias comunmente encontradas en la cavidad oral, pero ninguno tiene efectos ni bactericidas ni bacteriostáticos sobre - todas. La acción selectiva de los antibióticos sobre varios- organismos es transmitida según el espectro del antibiótico.

A diferencia de las Sulfonamidas, los antibióticos muestran inhibición de bacterias en el laboratorio y también en el paciente. Pruebas de laboratorio han sido reveladas para ayudar en la selección del antibiótico específico para el tratamiento en una infección. Esta prueba es llamada Prueba de Sensibilidad del Antibiótico. La tabla 1 muestra que ninguno de los treinta miembros de Cándida Albicans fué afectado por los antibióticos de la lista. Debe observarse que de los 2.296 organismos la mayoría de los antibióticos efectivos fueron: novobiocín, cloramfenicol, bacitracín y eritromiicina. El agente quemoterapéutico, nitrofurantion, está al nilvel con éste grupo por las pruebas de laboratorio.

El modo de acción de los antibióticos sobre las -- bacterias no es bactericida como es demostrado por la penicilina y estreptomina, ni bacteriostática por clortetraciclina, oxitetraciclina y cloramfenicol.

En solución diluída el efecto principal es inhibición.

La acción básica es su capacidad para interferir-- con la vfa metabólica.

Además la penicilina interfiere en la división celular y los organismos cultivados en éste medio frecuentemente asumen figuras y muestran una reducción en su crecimiento.

Por otro lado, la estreptomycin ejercen su efecto sobre el proceso de oxidación.

El uso de antibióticos por esterilización fría, es una práctica que debe ser evitada, porque ninguno de los antibióticos puede prevenir el crecimiento de los gérmenes patógenos en el organismo humano.

T A B L A N U M . 1

Números de cultivos de importancia dental encontrados con sensibilidad a varios antibióticos.

	Penicilina	Dihidro estreptomina	Cloram- fenicol	Clortetra ciclina	Oxitetra ciclina,	Bacitra cín.	Eritro- micina.	Polimi- xina B.	Tetraci- clina.	Neomi- cina.	Nitro -- Furantion	Novobiocin	T O T A L
Estreptococo viridans.	107	89	120	113	111	112	111	5	103	14	112	117	126
Estreptococo Hemolítico	490	225	486	331	312	431	421	40	296	135	476	471	501
Estreptococo anhemolítico	71	47	101	78	70	84	87	33	66	32	86	98	105
Enterococo	77	28	105	49	45	92	89	7	44	26	95	93	107
Diplococo pneumoniae	209	160	211	200	205	198	194	11	192	30	76	211	211
Estafilococo aureus	779	708	1,050	673	649	1,062	1,038	295	661	1,050	1,021	1,157	1,180
Haemophilus	26	28	36	34	34	29	27	4	30	9	33	36	36
Cándida albicans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
Total de sensibi- lidad encontrada.	1,759	1,285	2,109	1,478	1,426	2,008	1,967	395	1,392	1,296	1,999	2,183	

TDTAL DE ORGANISMOS 2,296

VITAMINAS

Una deficiencia vitamínica puede ser debida a una-- alimentación mal balanceada y al uso inadecuado en la administración de vitaminas, almacenaje que se tenga en el cuerpo resultado del fracaso de absorción o utilización de los nutrientes, requerimiento aumentado (como sucede en las enfermedades fêbriles), o excreción excesiva.

Un factor importante es la deficiencia ocurriendo -- desde la destrucción y eliminación de la flora intestinal, -- las cuales juegan una parte importante en la síntesis de vitaminas del grupo B y vitamina K.

Las vitaminas pueden ser administradas por vfa oral o parenteral y ya sea en forma individual o suplementadas con multivitaminas.

El mantenimiento de las dosis puede ser prescrito -- para propósitos profilácticos, y en determinados casos encontrados en terapeútica odontológica se necesitan éstas dosis.

Debe recordarse que las deficiencias vitamínicas -- frecuentemente están asociadas con deficiencias nutricionales especialmente deficiencia de protefnas. También deben ser considerados los requerimientos minerales, particularmente hie--

rro (en casos de anemia hipocrómica), calcio, fósforo y yodo. Numerosas preparaciones de proteínas, por lo general se obtienen combinadas con vitaminas y fosfato de calcio, por ejemplo Sustagen y Meritene.

Siempre que se recete una vitamina, será necesario-
chechar la potencia en el libro de referencias físicas para estar seguros de las propiedades de las vitaminas que serán administradas.

Las vitaminas como complemento nutricional más comúnmente usadas son las siguientes:

- a. Adeflor, tabs. masticables, 1.0 mg. (Upjohn).
- b. Albee con vitamina C. cáps. (Robins).
- c. Allbee-T tabs. (Robins).
- d. Becotin con vitamina C. (Lilly).
- e. Becotin-T tabs. (Lilly).
- f. Berocca tabs. (Roche).
- g. Cefol tabs. (Abbott).
- h. Cevalin tabs., 250 mg. 500 mg. (ácido ascórbico) (Lilly).
- i. Dayalets & Dayalets-M tabs. (Abbott).
- j. Encebrin cáps. (Lilly).
- k. Emprobin cáps. 100 mg. (vitamina E) (Lilly)
- l. Mi-Cebrin-T tabs. (Lilly).
- m. Mi-Cebrin Tabs. (Lilly).

- n. Novacebrin tabs. masticables (Lilly).
- o. Novacebrin & Fluoride tabs. y emulsion (Lilly)
- p. Stress tabs. 600 con zinc (Lederle).
- q. Surbex-T tabs. (Abbott).
- r. Thera-Combex alta potencia, complejo de vitamina B con 500 mg. de vitamina C (Parke-Davis)
- s. Theragran Tabletas y Emulsión (Squibb).
- t. Trinsicon Pulvules (Lilly).
- u. Unicap-M. tabs (Upjohn).
- v. Vicon-C cáps. (Meyer)
- w. Vi-Daylin-F gotas (Ross).
- x. Vi-Daylin con Fluoruro, Tabs. masticables (Ross)
- y. Z-Bec tabs. (Robins).
- z. Zenticin Pulvules cáps. (Lilly)

NO BARBITURICOS Y SEDATIVOS.

Estas drogas no crean hábito, ni tienen ninguna de las desventajas como sucede con los barbitúricos, que en grandes dosis producen depresión y coma.

Algunos de ellos son clasificados como tranquilizantes. Son excelentes para el control de neuróticos, pacientes rebeldes y nerviosos y niños aprehensivos.

Ethinamate (Valmid, Lilly) es un no barbitúrico com puesto, recomendado para sedación pre-operatoria de los pa -- cientes. Es un hipnótico-sedativo que produce depresión del -

sistema nervioso central. Produce sedación en un tiempo relativamente corto, y la duración de su efecto es más corto que los otros hipnóticos orales. No hay contraindicaciones para su uso. En las dosis usuales no tiene efectos específicos sobre la presión sanguínea, pulso o respiración de acuerdo con Gruber y otros (1954).

RxEthinamate, 500 mg., P.O. para premedicación.

Doriden (Glutethimide), es un no barbitúrico, hipnótico-sedativo que es bien tolerado por los pacientes de edad avanzada y enfermos, puede ser usado como un sedativo preoperatorio en combinación con sulfato de atropina. En dosis de 1 gm. produce un rápido impulso de somnolencia. Su acción es corta y proporciona calma y estabilidad sin depresión respiratoria. Para pacientes con estado de ansiedad es recomendable darles 0.5 gm. una noche antes de la intervención y es seguro que duerman de siete a ocho horas. Para sedación durante el día y antes del procedimiento operatorio en el consultorio tiene un efecto de calma sin causar somnolencia.

Equanil (meprobamato) es un agente de bloqueo intraneural el cual en sus efectos es parecido a los barbitúricos. De acuerdo con Borrus (1955) éste tomó resultados favorables en pacientes quienes han tenido fracasos como respuesta a los barbitúricos y terapia de Mephenesin. Es efectivo en estados de ansiedad, disminuye la tensión emocional, reduce la irrita

bilidad e intranquilidad, y tiene propiedades para relajar los músculos. Tiene acción prolongada y es útil para producir la ecuanimidad en condiciones en las cuales el factor es la tensión emocional. Berger (1956) reporta que casi inmediatamente los componentes controlan el "miedo irracional y sentido vago de temor" típico de los estados emocionales.

Ocasionalmente ocurren efectos secundarios, tales-- como somnolencia, la cual desaparece con el uso continuo. Pueden ocurrir reacciones alérgicas las cuales demandan descontinuar la droga y la administración de antihistaminas. La droga no tiene efecto sobre la acción del corazón, respiración u otras funciones autónomas.

R_x Equanil (Wyeth), 400 mg., 1 tableta P.O tres veces al día.

Para procesos dentales: 1 tableta la noche anterior a la cita, y 1 1/2 tableta, una hora antes de la cita.

Phenergan (Wyeth) (Prometazine hydrochloride) es un sedativo moderado. Puede ser inyectado intravenosamente para mitigar la aprehensión y para producir sueño ligero, de acuerdo con Laborit y Leger (1950). También puede ser administrado oralmente, 25 mg., la noche anterior y 50 mg. intramuscularmente la mañana siguiente una hora antes de la intervención. Es usado como un sedativo preoperatorio, y también previene -

los síntomas del post-operatorio como náusea y vómito, especialmente si es indicado repetirlo por intervalos de dos a cuatro horas.

Phenergan es también una de las drogas antihistamínicas más potentes. Previene broncoespasmo y ha sido usado para proteger contra reacciones alérgicas. Contrarresta el shock anafiláctico de acuerdo con Halpen (1947). Si es administrado para pacientes ambulatorios, ellos deberán tomar -- las debidas precauciones para cuando manejen un automóvil, -- ya que algunas veces podrán sentir somnolencia, mareos, y -- como resultado de ésto, visión borrosa. Se sabe también que es para potenciar la acción de los barbitúricos.

R_x Phenergan, 25 a 50 mg., P.O. (Vía de administración: Oral).

R_x Phenergan, 1 ml. (25 mg.) I.V. (intravenosa).

Placidyl (Abbott) (ethchlorvynol) es otra droga --- tranquilizante útil en estado de ansiedad moderada o inquietud. Es un no barbitúrico que también mitiga el insomnio nervioso.

R_x Placidyl, 500 mg., P.O. (per oral).

Estos son algunos de los tranquilizantes más comunes.

- *a. Atarax jarabe y tabletas de 25 mg., y 50 mg. -- (Roerig).
- b. Ativan tabs. 1 mg., 2 mg., (Wyeth).
- c. Benadryl cáps., 25 mg., 50 mg., Elíxir (Parke-- Davis).
- *d. Equagesic tabs. (Wyeth).
- *e. Librium cáps. 5 mg., 10 mg., 25 mg., (Roche).
- f. Phenergan tabs. 25 mg. (Wyeth).
- g. Phenergan Fortis jarabe (Wyeth).
- *h. Tranxene (dipotasio de cloracepato) 7.5 mg., 15 mg., (Abbott).
- *i. Valium tabs., 2 mg., 5 mg., 10 mg., (Roche).

C A P I T U L O V .

ADMINISTRACION ORAL.

C A P I T U L O V .

ADMINISTRACION ORAL.

La manera más conveniente para administrar drogas - es por la boca, por absorción en el canal gastrointestinal.- Sin embargo, ciertas preparaciones pueden ser destruidas por la secreción gástrica, otros pueden producir acción local so bre el canal gastrointestinal y otros pueden causar complica ciones por su efecto sobre la flora gastrointestinal. Por lo tanto se tienen que agregar otras sustancias, ó la droga -- se pone dentro de la cápsula con sustancias resistentes a - los ácidos gástricos.

Si el dentista está temeroso de la destrucción normal de la flora intestinal y que por esto resultara una defi ciencia vitamínica, se le pueden recomendar al paciente medi camentos para restituir la flora intestinal normal.

C A P I T U L O V I .

P R E S C R I P C I O N E S C R I T A .

C A P I T U L O VI.

PRESCRIPCION ESCRITA.

DEFINICION. Una prescripción es una orden para medicinar. Consta de instrucciones para preparar y direcciones - para el uso de la droga.

La palabra prescripción es usualmente aplicada a un papel en el cual se escribe la orden para el farmacéutico.

Los términos provienen del Latín proe-antes y scriptum-escrito.

Es usual escribir la prescripción en Latfn. La razón de ésto puede ser debido a que:

1. Latfn es un lenguaje de ciencia y entendido universalmente.

2. Los nombres de las drogas en Latín son similares en la mayoría de los idiomas.
3. Es un lenguaje muerto y por lo tanto nunca cambiará.
4. Generalmente es recomendable retener los nombres de las drogas prescritas.

UNA PRESCRIPCIÓN CONSTA DE:

1. SUPERESCRIPCIÓN: El símbolo R_x . Este símbolo es usado como una abreviación del verbo en Latín - recipe, el cual es imperativo del verbo recipio. Por lo tanto, esto significa, tómese.
2. INSCRIPCIÓN: Los ingredientes y sus cantidades. La cantidad se puede dar en peso, medida ó número.
3. SUSCRIPCIÓN: Direcciones para el dispensario. - Usualmente es abreviada.
4. INDICACIÓN: Direcciones para el paciente. Las indicaciones siempre son precedidas por la letra S. o Sig., la cual es una abreviación del Latín Signa.

Una prescripción debe contener también el nombre --
del paciente, la fecha y nombre del que prescribe.

437-2680

REG. NO. BNDD AB5404443

DR. DONALD C. BURESH
DENTIST

306 CHERRY ST.

GREEN BAY, WISCONSIN

NAME SPITA. ROCIO FLORES H. AGE 22

ADDRESS SARGAZO # 149, Coy DATE 11/30/79

R
EMPERIN COMP
iii

DISP: # XXX

SIG: T q.3.h. per
for pain

D. Buresh, D.D.S.

C A P I T U L O V I I

EMERGENCIAS MAS FRECUENTES.

C A P I T U L O VII.

EMERGENCIAS MAS FRECUENTES

Las emergencias por su naturaleza requieren actuar prontamente con el tratamiento correcto y ser administrado - eficientemente. De ésta manera se pueden prevenir problemas mayores.

Es cierto que una emergencia amenaza la vida del paciente y con frecuencia es mejor tratada sintomáticamente -- hasta que hay tiempo para el diagnóstico adecuado y es necesario instituir terapia designada para mantener el cuerpo -- fisiológicamente tan cerca de lo normal como sea posible.

Con frecuencia es imposible predecir el tiempo y -- circunstancias de una emergencia; por lo tanto, cada profesional confiado al cuidado de sus pacientes debe estar consciente de la posibilidad de que ocurra una emergencia. El -- Doctor y sus asistentes deben estar preparados profesional -

y emocionalmente para tratar ésta situación.

Se necesita una mínima cantidad de equipo y pocas--
drogas relativamente. El criterio del tratamiento adecuado -
demanda que el Doctor tenga conocimiento del uso de las dro-
gas y el equipo. Esto presupone que los asistentes del con--
sultorio han sido entrenados para que cuando se presente una
complicación acudan inmediatamente a las drogas y equipo ne-
cesarios. El mejor resucitador o las drogas más potentes son
inútiles en manos de quién no tiene conocimiento de ésto. --
Preciosos minutos pueden ser desperdiciados por que el equi-
po y las drogas no están prontamente disponibles o han sido-
dispensadas en un paquete en tal forma inconveniente que es-
imposible hacer uso inmediato de ellas.

El mejor tratamiento para cualquier emergencia es--
la Prevención. El Cirujano Dentista requiere moral y legal--
mente del conocimiento de las condiciones físicas y emocional
les del paciente. Muchas situaciones desconcertantes y potenl
cialmente peligrosas pueden ser evitadas, obteniendo una adel
cuada historia clínica del paciente o del médico del pacienl
te. No hay substitutos para el conocimiento del paciente.

Las siguientes siete preguntas son importantes para
la evaluación del paciente.

1. Ha estado alérgico a algo?.

2. Está bajo el cuidado de un médico?.
3. Está tomando alguna droga o medicación?.
4. Es diabético?
5. Es necesario para usted limitar sus actividades físicas por alguna razón?
6. Ha tenido depresiones nerviosas?.
7. Está embarazada?.

Esta información puede ser obtenida por el personal auxiliar del consultorio cuando se registra el paciente para la primera cita. Si el paciente contesta sí a alguna de las preguntas anteriores es conveniente tener tarjetas de diferentes colores para recordar.

La emergencia más frecuente es cuando el paciente pierde la conciencia por dos situaciones que deben ser tratadas prescindiendo de la etiología:

1. Paro respiratorio.
2. Paro circulatorio.

Usualmente el paro respiratorio es precedido por el paro circulatorio pero no siempre.

TERAPIA PRIMARIA.

1. Colocar al paciente en posición supina, y estar-

seguros de que no está obstruida la vía respiratoria.

Si la etiología es síncope vasodepresor el paciente regresará de su inconciencia.

2. Si la vía respiratoria es obstruida, se puede -- tratar de usar un tubo de plástico especialmente hecho para dar respiración oro-faríngea, éste sólo se puede usar si el paciente está inconciente. Si ésto es imposible debe uno estar preparado para hacer una cricotireotomía por medio del espacio cricotiroides.

Se usan unas tijeras especiales para cortar la piel sobre el espacio cricotiroides. Se insertan las tijeras cerradas para hacer una concavidad y se abren transversalmente se inserta una cánula dentro de la tráquea entre las hojas de las tijeras. La clásica traqueotomía es mejor hacerla en la sala de operaciones ó donde haya adecuado equipo y luz -- disponibles. Dentro de la tráquea se inserta una cánula del #7, es útil y disponible.

3. Administrar oxígeno al paciente ó respiración artificial de boca a boca, si es necesario, con cubreboca o -- con el tubo de plástico especial para éste propósito.

La muerte es casi segura después de que la aspiración fue interrumpida por diez minutos, y puede ocurrir des-

pués de sólo dos minutos.

La falta de respiración usualmente es precedida por un paro circulatorio.

La hipoxia del miocardio es reconocida como una mayor precipitación en la fibrilación ventricular.

El oxígeno 100% es usado 12 veces por minuto; si se practica respiración artificial de boca a boca es recomendable hacerlo 18 a 20 veces por minutos.

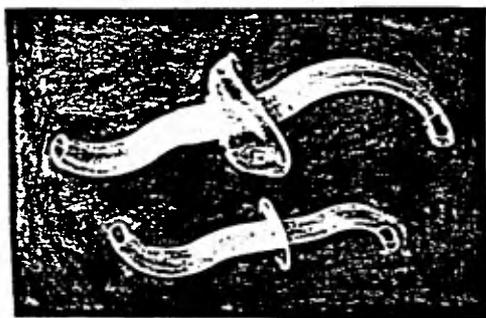
Se continúa la respiración artificial hasta que la respiración natural está restablecida permanentemente. Es extremadamente importante tener una mascarilla de oxígeno en el consultorio ya que su eficiencia ayuda a reducir el riesgo de contraer una infección del paciente.

4. Palpar una femoral ó el pulso de la carótida. Si no se siente el pulso se coloca una mano sobre el quinto espacio intercostal y se golpea agudamente el dorso de la mano con el otro puño.

Ocasionalmente los pacientes con ataque de Adams -- responden inmediatamente.



Inserción de la Cánula. Aplicando respiración de boca a boca.



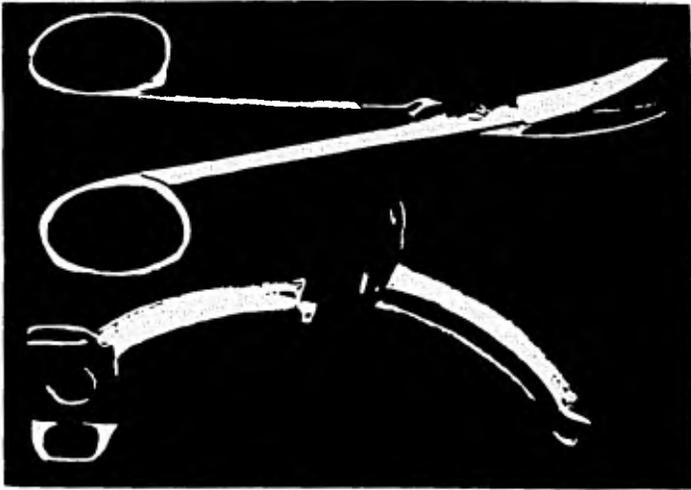
Aerovía de boca a boca pa
ra adulto y niño.



El oxígeno puede ser administrado convenientemente bajo presión positiva, usando una bolsa y mascarilla adecuadas. Estar seguros de que el pectoral se expande cuando la bolsa está comprimida.



Inserción correcta por vía orofaríngea, facilita el cambio de aire en la inconciencia del paciente y -- permite más eficiencia para usar la bolsa y mascarilla, ó dar respiración artificial de boca a boca.



Cánula de Jackson y Tijeras apropiadas para la cricotireotomía.

Si hay obstrucción ó edema glótico se debe prevenir el cambio de respiración adecuada practicar la cricotireotomía. La entrada - puede ser rápidamente realizada. La clásica traqueotomía puede ser realizada cuando la situación está bajo control y las facilidades adecuadas están presentes.

Tráquea mostrando la ubicación de los cartílagos -- en el cuello.

Los puntos horizontales indican el sitio para la -- cricotireotomía; los puntos verticales indican el sitio de -- la traqueotomía clásica.

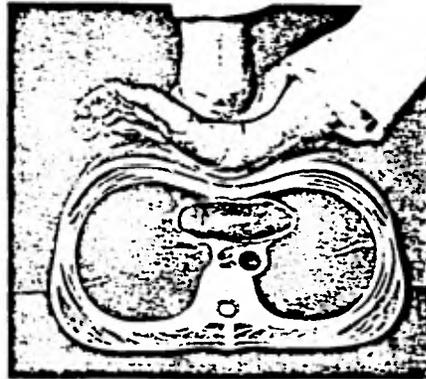
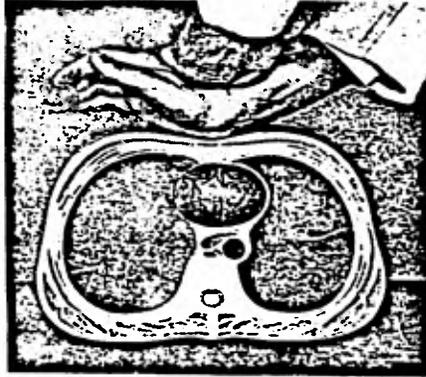


5. Masaje Cardiaco. Han sido obtenidas evidencias - que definen que éste método puede producir pulso arterial. El método externo ó de pectoral cerrado, proporciona resuscitación prontamente y puede ser aplicado por cualquier persona.- Esto no recuperará la fibrilación ventricular, pero, combinado con la respiración artificial, mantendrá el cerebro oxigenado y además dá tiempo para preparar el siguiente paso.

La pregunta más frecuente es, durante cuánto tiempo se aplica?. Se debe mantener la circulación cerebral principalmente, si no han sido recobrados los latidos del corazón - y no hay circulación de la sangre, ni mejoría en el color, -- constricción de las pupilas, ni pulso de la carótida en un período de una hora, aún después del masaje y otros métodos, la situación es probablemente desesperanzada. El cerebro sólo -- puede estar tres minutos en anoxia total a temperaturas normales antes de que ocurra un daño irreparable. El problema inmediato es mantener la circulación de la sangre del cerebro oxigenada. Una vez que ésto ha sido ejecutado el problema inmediato es usar un desfibrilador, tomar electrocardiogramas y - también pueden ser consideradas las respiraciones mecánicas.

TERAPIA SUPLEMENTARIA.

1. Elevar la presión sanguínea, colocar al paciente en posición supina y levantar sus pies, dar mephentermine, 10 a 30 mg., intramuscularmente ó muy despacio intravenosamen



Posición correcta de las manos sobre el esternón durante el masaje cardiaco con el pectoral cerrado.

te. Este agente produce efectos de presión prolongada (arriba de cuatro horas después de la dosis intramuscular). Esencialmente no produce estimulación central y mínima vasoconstricción, mejora la contracción cardíaca, la actividad cardíaca y cerebral es incrementada por los fluidos de sangre, y ocasionalmente arritmias.

Por vía intravenosa se administran 5% de dextrosa - en 0.2% de solución salina. Se pueden administrar drogas, si es necesario.

2. En caso de convulsiones, dar barbitúricos solubles hasta que las convulsiones están controladas. Es preferible usar una droga de acción corta relativamente. Por ejemplo, Pentobarbital sódico o Secobarbital sódico, 300 a 500 - mg. y estar preparados para mantener una ventilación respiratoria adecuada.



TERAPIA SUPLEMENTARIA

Paciente recibiendo tratamiento para elevar la presión sanguínea.

C A P I T U L O V I I I

TRAQUEOTOMIA

C A P I T U L O V I I I .

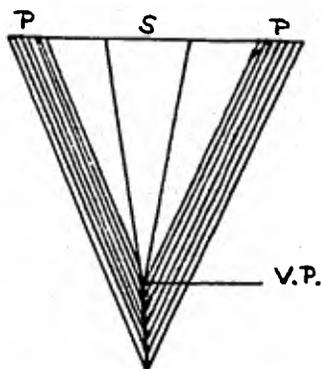
TRAQUEOTOMIA.

La traqueotomía, tiene por objeto dar libre paso -- del aire a los pulmones a través de una perforación que se practica en la porción superior y anterior de la tráquea. Esta intervención, puede efectuarse como un procedimiento de urgencia en los casos en que existe una obstrucción irreversible, ó progresiva, de la primera porción de las vías ---- aéreas, con abolición completa ó casi completa del suministro de aire a los pulmones, por un período no compatible con la vida; puede ser previamente planeada, como un medio preventivo, para asegurar la aeración del árbol respiratorio, principalmente durante un tiempo transquirúrgico y a la vez administrar los gases anestésicos a través de la cánula traqueal, por imposibilidad de poder practicar la intubación en dotraqueal de la manera habitual.

Una característica importante en la anatomía quirúrgica es que los tejidos subglóticos no toleran la presencia de la cánula, por lo cual la traqueotomía debe hacerse lo más alejada posible de ésta zona; por otra parte, las traqueotomías altas conducen casi siempre a la estenosis, sobre todo si se ha cortado el cartílago cricoides.

La traqueotomía de urgencia, ó necesaria, en la especialidad de cirugía maxilofacial, rara vez hay que practicarla, en tanto que la previamente planeada, electiva, ó como algunos autores le llaman, ordenada, es usada muy a menudo, generalmente para administrar la anestesia cuando la intubación endotraqueal, por fosas nasales, ó por boca, es imposible. En realidad, la técnica es la misma y la única diferencia estriba en el tiempo empleado para realizarla. La traqueotomía de urgencia, debe llevarse a cabo rápidamente y por ello resulta menos técnica y menos limpia su ejecución.

Para practicar una traqueotomía, hay que tener siempre presente la anatomía de la región. Jackson ha descrito un triángulo en el cual señala una zona, o línea de seguridad y otras zonas, ó líneas de peligro.



Triángulo de Jackson que marca la zona de seguridad y la de peligro, para practicar la traqueotomía. La zona --- triangular S, de base superior es la de seguridad. Las franjas oscuras P, a uno y otro lado, corresponden a las zonas - de peligro.

La línea ó zona media es la de seguridad, de forma- triangular de base superior. Hacia abajo, la línea de seguri- dad, se estrecha para perderse en el punto V.P. El límite su- perior de la línea de seguridad en la hendidura tiroidea, -- donde la traquea se encuentra más superficial, pues a medida que desciende se profundiza.

En la práctica, las dos líneas oscuras se empujan- hacia atrás con los dedos pulgar y medio de la mano izquier- da, para salvar los paquetes carotídeos, de tal modo que la- línea de seguridad quede dentro de la prominencia que se for-

ma en la porción media.

La colocación del paciente es de vital importancia; deberá estar en decúbito dorsal con la cabeza recta y un cojín colocado bajo los hombros, para tener el cuello en super extensión.

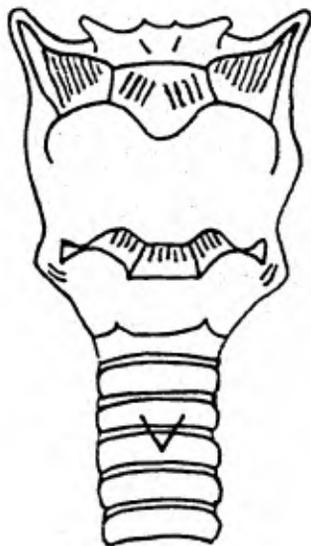
Colocada la mano izquierda como se indicó, se practica una incisión como de tres centímetros, centrada a la -- distancia entre la hendedura del cartílago tiroides y la horquilla esternal sobre la línea media y paralela a ésta. Cuando ya se tiene alguna práctica, la incisión puede hacerse -- transversal siguiendo un pliegue del cuello, lo que deja menos visible la cicatriz.

El corte abarca piel y penículo adiposo; si se practica una traqueotomía de urgencia, con el dedo índice de la mano izquierda, que no ha variado su posición inicial, se toca a través de la herida la rugosidad de los primeros anillos traqueales, se identifica el segundo y sobre él se coloca el pulpejo del dedo. Se apoya el dorso del bisturí sobre el centro de la punta de la uña y haciendo ligera presión, - la punta cortante del instrumento perfora la pared traqueal - para incidirla por transfixión, en una longitud como de un - centímetro, sin herir la pared posterior de la tráquea, e inmediatamente se coloca la cánula traqueal a través de la perforación de la pared traqueal. Pero si se trata de hacer una

clásica traqueotomía, en la que no debe haber precipitación-
la técnica es un tanto distinta.

Practicada la incisión de piel y pánfculo adiposo, queda al descubierto la aponeurosis cervical superficial; ésta hoja aponeurótica, en la línea media está en íntima relación con la aponeurosis cervical media, de tal modo que al hacer un pequeño hojal en ella, se cortan las dos hojas aponeuróticas. Cada uno de los bordes del hojal aponeurótico se toma con una pinza de mosquito y tirando de ellas, hacia --- afuera, se desprende la aponeurosis para poderla cortar en la misma extensión y dirección de la incisión cutánea. Abierta la hoja aponeurótica, se practica disección roma en la -- delgada capa de tejido conjuntivo que se encuentra por debajo y con ello se consigue poner al descubierto la cara anterior de la pared traqueal. Se identifican el segundo y tercer anillos, para practicar el corte de dicha pared traqueal

La tráquea nunca debe ser abierta sin antes haber--
logrado una perfecta hemostasis para que la sangre no entre-
en ella y para que el flujo de aire, al abrir la pared tra-
queal, no haga rebotar el líquido hemático dificultando los-
tiempos subsiguientes.

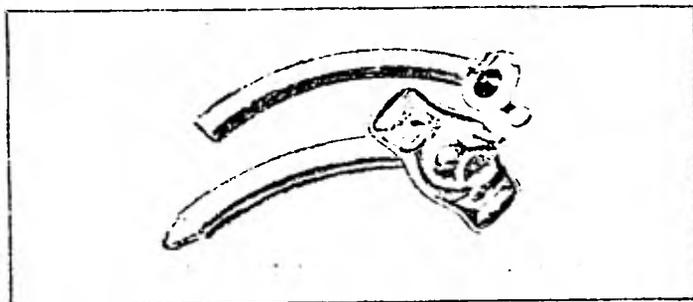


La pared traqueal se abre con una incisión en forma de V, de vértice inferior.

Se aconseja que el muro traqueal se abra practicando un corte circular para dejar un orificio, más o menos, -- del diámetro de la cánula de manera que entre libremente dentro de la tráquea. Este tipo de corte es difícil de realizar por lo que a mi juicio es mejor y mucho más fácil, practicar una incisión en forma de V, de vértice inferior. La apertura lineal de la pared traqueal, es la comúnmente empleada, aunque tiene el inconveniente de dificultar la penetración de la cánula; para lograrla, es indispensable dilatar la incisión traqueal por medio de una pinza especial ó con pequeños

retractores.

El corte debe hacerse de preferencia sobre el tercero ó cuarto anillos traqueales; si el istmo del cuerpo tiroiides dificulta la maniobra, se rechaza hacia arriba, de preferencia no debe ser cortado, pues provoca gran hemorragia.



CANULA DE JACKSON.

Abierta la pared traqueal, se coloca la cánula adecuada para el caso. Las hay de distintos modelos y diámetros la más usada es la de Jackson, que consta de tres piezas separadas; una cánula externa ó principal, una cánula central y un vástago. Los diámetros más comúnmente usados, son entre 5 y 11 milímetros.

La cánula, junto con su vástago central, que termina en una oliva que facilita la introducción del aparato, se coloca en la perforación traqueal y se hace penetrar dentro de la tráquea, mediante un movimiento semicircular, siguiendo la curvatura del tubo de dicha cánula.

El corte de la pared traqueal en forma de V facilita la colocación de la cánula, pues se toma el vértice de la V con una pinza de mosquito y se invierte el colgajo hacia arriba, para dejar espacio en dónde introducir la cánula; la pinza sirve de guía para colocar la punta de la oliva del vástago. Cuando la visibilidad es buena, basta con empujar el colgajo con la cánula hacia adentro, a manera de una cortina. Al decanular, el colgajo vuelve a su posición inicial, obturando la perforación.

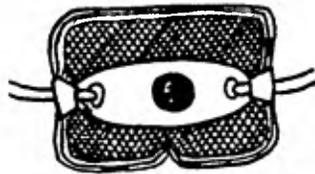
Una sola incisión lineal, como la que se practica en la traqueotomía de urgencia, dificulta mucho la colocación de la cánula, a menos que los bordes de dicha incisión se dilaten con una pinza especial que se usa para éste objeto.

La hoja aponeurótica debe seguir pinzada, hasta que la cánula esté dentro de la tráquea; si no se hace así, se corre el peligro de perder las relaciones de la abertura traqueal y al introducir la cánula, puede hacerse una falsa vía.

Las maniobras bruscas, ó realizadas fuera de técnica, pueden dar como resultado la infiltración de aire en los tejidos del cuello, la formación de un enfisema y en ocasiones el desgarramiento de la pleura, originándose neumotórax que complica grandemente la evolución posquirúrgica.

Los vértices de la herida no deben suturarse, ya --

que si el tubo de la cánula queda en íntimo contacto con los planos blandos, el escape de aire, entre éste y la incisión-traqueal, puede producir un enfisema. La herida se cubre y protege por medio de un cuadrángulo de gasa, al que se practica una perforación en el centro, para que pase la cánula y un corte de esta perforación hacia afuera, para poder cambiarla sin ser removida la cánula principal.



Gasa para proteger la herida en la traqueotomía.

La cánula se sujeta mediante unas cintas que se insertan en las ranuras que para el efecto tiene la placa y con ellas se rodea el cuello para anudarlas.

Colocada la cánula, se retira el vástago y en su lugar se coloca la cánula central; ésta tiene por objeto limpiar de moco la vía aérea, y es retirada cuando sea necesario para ser lavada.

Para decanular basta retirar la cánula principal y afrontar los bordes de la herida, mediante vendoretas de te-

la adhesiva.

Nunca hay que suturar, ó practicar plastias; pues--
los bordes de la herida cicatrizan fácilmente.

COMO SALVAR A UN ENFERMO EN-
ESTADO DE ASFIXIA.

Para evitar la intubación ó hacer traqueotomía, ac-
túe aplicando, uno por uno los pasos para que, en cuestión -
de segundos, proporcione a su paciente en estado de asfixia-
la mejor oportunidad de alivio. La secuencia de éste proceso
es la siguiente:



Postura en extensión para corregir la obstrucción
hipofaríngea.

PASO 1.

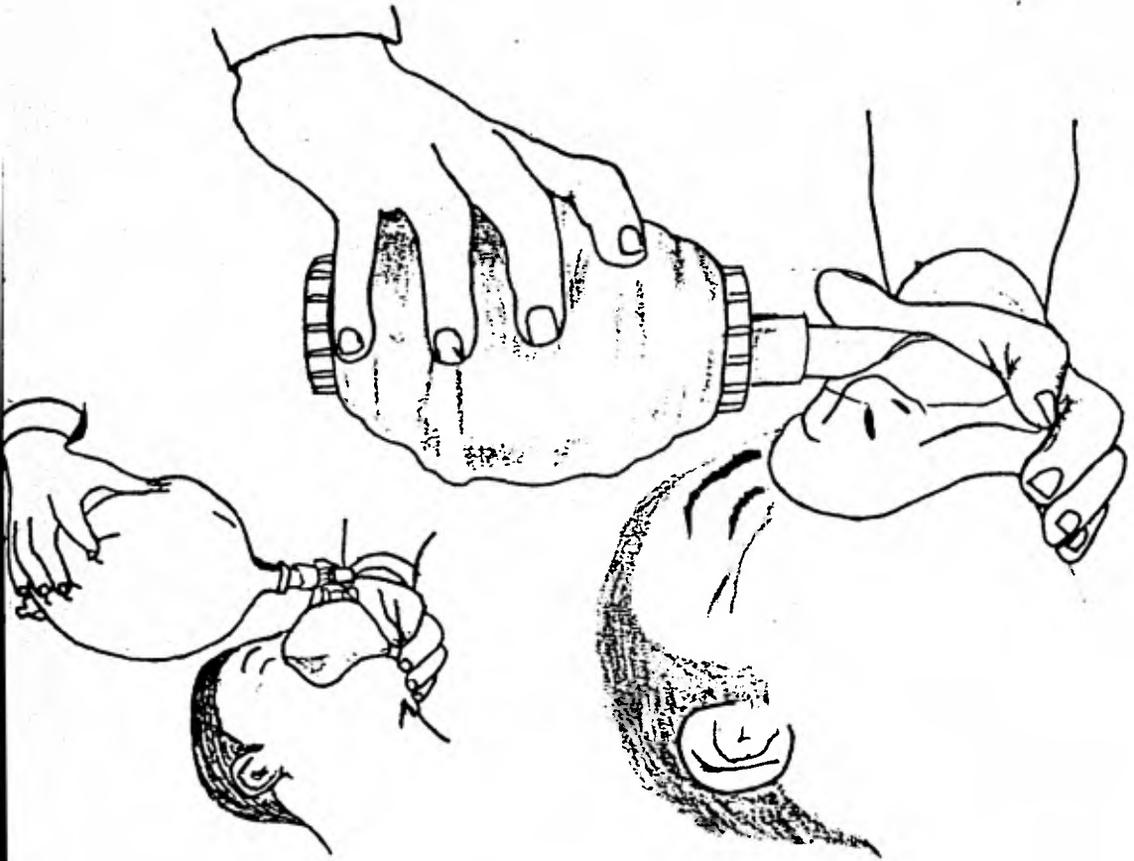
Eche la cabeza del paciente hacia atrás hasta el -- máximo de estiramiento de las estructuras de la parte anterior del cuello, para separar la base de la lengua de la pared posterior de la faringe. La posición supina es preferible para la resucitación, con un cojín colocado bajo los hom bros para mantener la cabeza extendida hacia atrás. Cuando - el conducto de aire está abierto, usted puede colocar al paciente sobre su costado continuando con la cabeza extendida-hacia atrás, para prevenir trastornos por respiración.

Insufle aire aún cuando haya movimientos respiratorios.

PASO 2.

Insufle con presión positiva, de boca a boca ó a na riz, boca a tubo oral, ó mediante una mascarilla y bolsa de ventilación, inclusive cuando haya movimientos respiratorios. Eso vence la obstrucción del conducto del aire a causa del - aumento de la presión de la corriente de aire y por la dilataci ón de las vías superiores. La presión positiva en la respira ción artificial produce más presión en el conducto supe -- rior que la respiración espontánea y puede eliminar la obs-- trucción. Un sistema satisfactorio consiste en utilizar una- unidad de mascarilla y bolsa de llenado automático, conecta-

da a un tanque de oxígeno y con máscara transparente para--
que se pueda ver si hay vómitos, cianosis ó se empañe con --
la respiración libre.



Evite los resucitadores automáticos de presión cíclica porque no pueden eliminar la obstrucción del conducto del aire. Si los pulmones se insuflan en un paciente con pérdida de conciencia, ventile 3 ó 5 veces rápidamente y tome -

enseguida el pulso carótideo. Cuando hay paro cardíaco, aplique masaje externo al corazón, alternando 2 insuflaciones -- con 15 compresiones sobre el esternón a intervalos de un segundo (más rápidamente en los niños).

Limpie las vías aéreas superiores manualmente ó por aspiración.

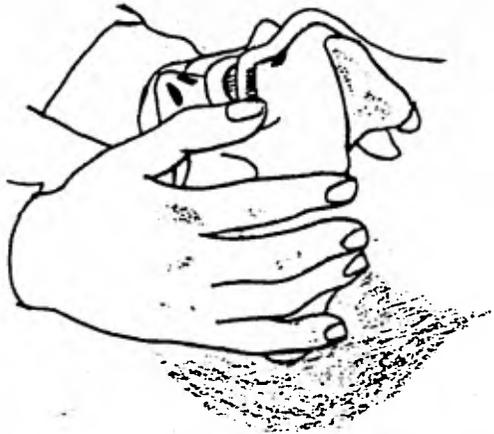


PASO 3.

En ausencia de fractura de cuello, voltee la cabeza del paciente y abra su boca. Si los dientes están apretados, coloque su pulgar contra los dientes inferiores y el dedo índice contra los superiores y abra la boca cruzando el pulgar y el índice para hacer mejor palanca. Si los dientes están rígidamente apretados, meta la punta de su dedo índice atrás del último molar y palanquee para abrir.

Algunas compañías fabrican aparatos portátiles de aspiración movidos con baterías.

Apertura de la boca y colocación de la mandíbula.



PASO 4.

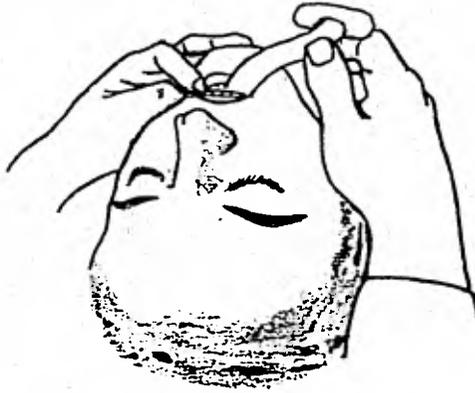
Abra la boca del paciente (separando la boca y los dientes) y mueva la mandíbula llevando así los dientes inferiores adelante de los superiores. Es necesario abrir la boca para corregir la obstrucción semejante a una válvula que se produce en el conducto nasal durante la expiración, lo que ocurre en un 30% de los pacientes en estado de inconsciencia. Para conservar la inclinación del cuello hacia atrás, presione con ambas manos sobre las ramas ascendentes de la mandíbula, como en el dibujo. Como sus manos no quedan li --

bres para comprimir la bolsa, dé respiración de boca a boca, ó quite la bolsa de la mascarilla y dé aire con su boca a través de ésta. Cuando el paciente se encuentra en inclinación hacia atrás y con la boca abierta y desplazamiento hacia adelante de la mandíbula, ese empleo de la máscara puede ser muy eficaz. Con sus dedos abajo de la mandíbula, sus pulgares actúan como fuertes pinzas a ambos lados de la mascarilla. Esto es innecesario cuando usted dispone de una cánula faríngea, pero puede suministrar un medio de fijar la mascarilla sobre la boca de un paciente desdentado.

COMO INTRODUCIR UNA CANULA FARINGEA.

PASO 5.

Introduzca una cánula faríngea, cuidando de no empujar la base de la lengua hacia atrás, dentro de la garganta.- Introduzca la cánula sobre la lengua, entre la lengua y la bóveda palatina, mediante presión directa a lo largo de la bóveda del paladar. Puede auxiliar una maniobra de rotación. Manténgase la cabeza echada hacia atrás para prevenir la obstrucción.



Algunos médicos sostienen la lengua en su lugar por medio de un abatelenguas e introducen la cánula.



Cualquier tipo de cánula faríngea es aceptable; muchos médicos prefieren cánulas de plástico. Estas poseen una zona rígida al nivel de los dientes para que el paciente no pueda morderla y cerrar el tubo.

Hay tamaños para niños, recién nacidos y adultos, - lo mismo que cánulas nasofaríngeas. La cánula nasofaríngea puede ser necesaria en los pacientes con convulsiones y con trismus.

Los medicamentos pueden reducir el edema, dilatar los conductos respiratorios y, por supuesto, la limpieza de las secreciones puede evitar la necesidad de hacer la intubación y la traqueotomía. Por ejemplo, el broncoespasmo es un acceso asmático por lo común puede resolverse sin necesidad de intubación. Es más importante la corrección de la carencia de oxígeno mediante la inmediata respiración con mascarilla al 100 por ciento de oxígeno a presión positiva y - la prescripción de un agente alcalinizante, por ejemplo bicarbonato de sodio, que corregirá el bajo pH de la sangre, - lo que a su vez auxilia la acción de los broncodilatadores.

Los primeros cinco pasos no deberán tomar más de - unos cuantos segundos; la ejecución de la secuencia 1-2-3-4 5 deben resultar algo simple y rutinario.

Si no se han obtenido buenos resultados con los -- cinco primeros pasos de urgencia, deberá establecer una entrada de aire mediante la intubación ó, la cricotirotomía. - Si no se dispone de un equipo endotraqueal, si no se ha intubado nunca antes, ó bien, si no se siente capaz de hacer-

lo, algunos especialistas recomiendan una punción en la membrana cricotiroidea como alternativa de la intubación. Otros están en total desacuerdo porque existe el riesgo de dañar - la laringe.

La intubación traqueal se impone:

- 1) Cuando han fallado los cinco primeros pasos de - urgencia en busca de una entrada del aire;
- 2) Cuando la limpieza espontánea de las secreciones traqueobronquiales no es adecuada;
- 3) Cuando se sospecha que ha habido aspiración de - contenidos gastrointestinales;
- 4) Cuando existe riesgo de aspiración, como durante el coma ó la parálisis;
- 5) Cuando hay necesidad de prolongar la respiración artificial.

Sin embargo, hasta donde se consideren las circunstancias, la intubación más bien deberá posponerse para efectuarla en el hospital. Los especialistas dicen que el equipo y la técnica son básicas, pero la experiencia es indispensable.

Intubar a un paciente relajado, anesteciado, es mucho más fácil que hacerlo con uno que presente espasmo laríngeo y ofrece resistencia. El error que con mayor frecuencia se comete, incluso por médicos experimentados, es insistir en tratar de introducir el tubo cuando el primer intento falla. En lugar de continuar introduciendo el tubo, deténgase de respiración al paciente y, posteriormente, vuelva a hacer otro intento de aplicar el tubo.

Para intubar, tenga preparado el siguiente equipo:

Un laringoscopio con hojas curvas ó rectas para lactantes, niños y adultos.

Un juego de tubos traqueales con adaptadores de 15-mm, para conectar los tubos a la bolsa de reinhalación ó a cualquier otro equipo.

Tela adhesiva para fijar el tubo.

Gasa u otro material para hacer un pequeño tapón -- que mantenga los dientes separados después de que el tubo -- haya sido colocado.

Un catéter para aspiración con orificio para el pulgar.

Una jeringa y una pinza para inflar el mango del tubo.

Un estilete para dar al tubo la curva deseada en --
intubaciones difíciles.

Fórceps para la intubación nasotraqueal y la inserción de un tubo gástrico.

Pomada anestésica lubricante.

Un tubo gástrico.

Tamaño del tubo endotraqueal, - diámetro del -- orificio.	Edad del paciente.
3 mm.	Niño prematuro.
3.5 mm.	De recién nacido a 3 meses.
4 mm.	3 a 12 meses.
4.5 mm.	1 a 3 años.
5 mm.	4 a 6 años.
6 mm. con manguito	7 a 9 años.
7 mm. con manguito	10 a 14 años.
8 a 11 mm. con manguito.	Mujer adulta.
9 a 12 mm. con manguito.	Hombre adulto.

Si llega aire a los pulmones del paciente, oxigénelo previamente y después, vigilando cada respiración, intente introducir el tubo. No interrumpa la respiración durante más de un minuto.

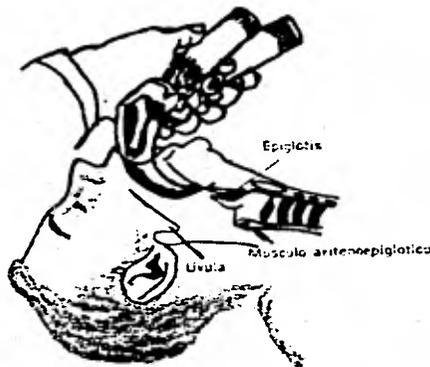
Colocar la cabeza en posición extendida.



Con el paciente en posición supina, su cabeza hacia atrás y un cojín (de dos pulgadas de grueso) abajo de la cabeza, no de los hombros, se eleva el occipucio. Esto produce

la posición de "resuello" necesaria para obtener una vista op-
tima de la laringe, y para alinear la hoja del laringoscopio
y la tráquea y conseguir la fácil introducción del tubo. Pue-
de ayudar, mantener al paciente con un vendaje inmovilizador
Póngase de pie frente a la cabeza del paciente, viendo hacia
sus pies, con el mango del laringoscopio en la mano izquier-
da y ábrale la boca mediante el cruzamiento de los dedos.

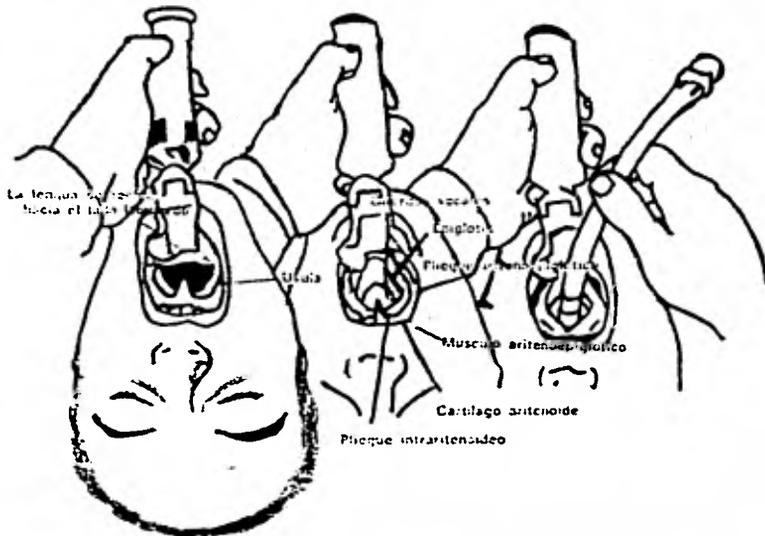
Encuentre las referencias anatómicas



Introduzca la hoja curva del laringoscopio por el -
lado derecho de la boca del paciente, empujando la leng
cia la izquierda o conduciendo el laringoscopio sobre la leng
gua. Avance hasta descubrir la úvula y llegar con la punta -
anterior de la hoja del laringoscopio hasta que usted vea el
borde de la epiglotis. Hasta aquí se llega a la mitad del --
procedimiento. Entonces lleve la punta de la hoja curva so--
bre la base de la lengua, dentro del espacio situado entre -

la base de la lengua y la epiglotis, y comprima fuertemente hacia adelante. Esta maniobra eleva la epiglotis indirectamente. Con la hoja recta del laringoscopio, deslícelo por el lado derecho de la lengua. Levante la epiglotis directamente llevando la punta de la hoja atrás de la epiglotis y desplazando ésta hacia adelante. La epiglotis se adhiere y ajusta sobre la laringe. Debido a que por lo común es un cartilago plano, delgado, de color rosa amarillento, usted puede no reconocer la epiglotis; en la epiglotis aguda aparece de color rojo brillante y a veces tan gruesa como su pulgar.

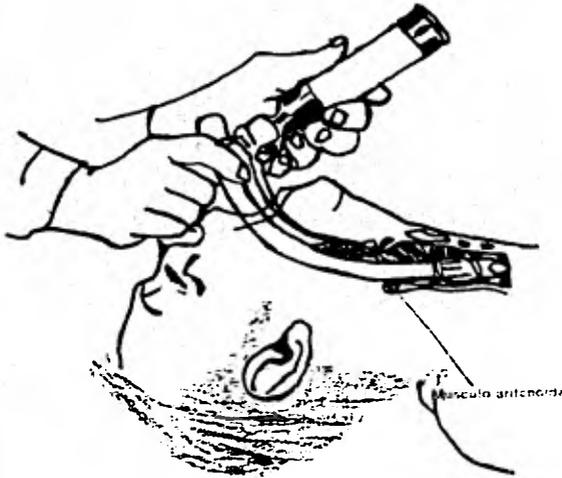
Como deslizar el tubo entre las cuerdas vocales.



Con la epiglotis adosada hacia arriba, usted puede ver los cartilagos aritenoides, como una pequeña barrera en-

torno a la parte posterior de las cuerdas vocales. Evite la -
tendencia a presionar contra los dientes superiores con el -
laringoscopio al visualizar la laringe; eso puede ocasionar-
la ruptura de los dientes. Para estar seguro de ver la larin-
ge, debe mirar las cuerdas vocales, pero si la laringe se en-
cuentra en espasmo, las cuerdas pueden estar cerradas estre-
chamente y usted verá eso como una fina línea de las cuerdas
falsas. Otras referencias, sin embargo, lo auxiliarán a ase-
gurarse de que está en la laringe más bien que en el esófago
La entrada de la laringe es vertical,; la del esófago, hori-
zontal. La laringe y las cuerdas vocales son lisas y de co-
lor amarillo pálido; la membrana mucosa del esófago es tan -
roja como la mucosa bucal y aparece corrugada por las con --
tracciones musculares. Si usted se encuentra en el esófago -
retroceda hasta la úvula y comience nuevamente. Si usted ve
la laringe y las cuerdas vocales, está listo para introducir
el tubo.

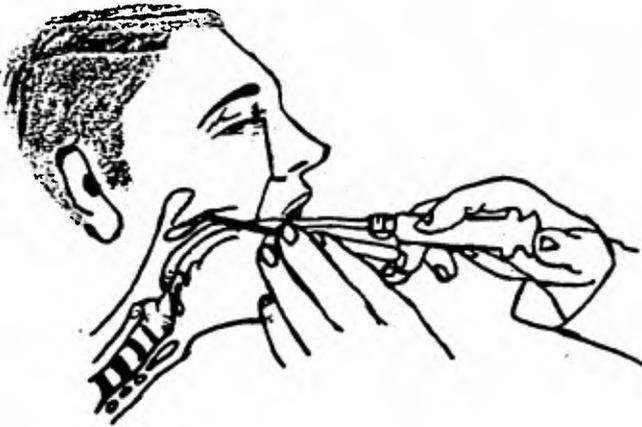




Tome el tubo con la mano derecha y deslícelo a través del ángulo de la boca que queda a lo largo de la parte tubular de la hoja curva ó recta, hasta introducir el tubo en la laringe. Si la laringe está abierta, empuje el tubo a través del espacio triangular que dejan las cuerdas vocales. La tráquea es redonda y se adapta bien a la forma del tubo. Si la laringe está en espasmo, aguarde hasta que el paciente haga una inspiración y las cuerdas vocales se separen. Sostenga la punta del tubo cerca de la glotis sin tocar las cuerdas, y cuando éstas no se separen, rápida pero suavemente, deslice el tubo a través de ellas. Si el tubo es muy grueso, saque el tubo y el laringoscopio, ventile al paciente e intente otra vez con el tubo más pequeño. Forzar la en-

trada con un tubo muy grueso puede lesionar una cuerda vocal pero si usted no puede insuflar aire por medio de un equipo de mascarilla y bolsa, aquella es una posibilidad secundaria. Si el extremo del tubo cae en la comisura anterior de la laringe, cuando las cuerdas vocales se juntan, intente girar el tubo. Finalmente, saque el laringoscopio, fijando el tubo en su lugar.

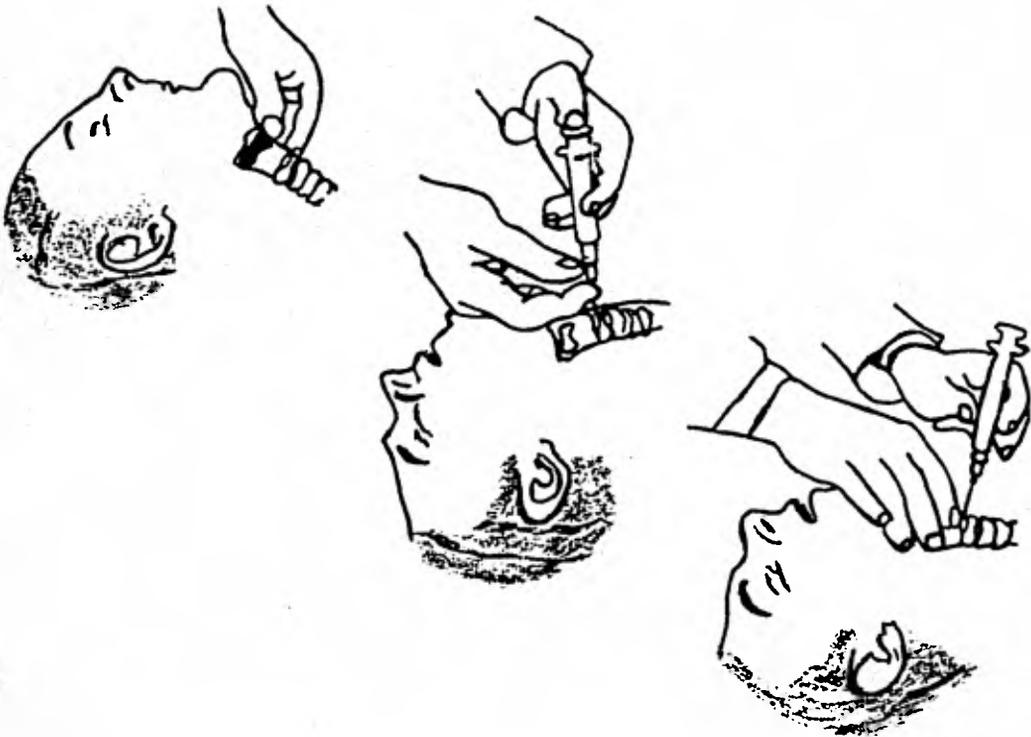
Un bloqueador local puede ayudar a hacer la laringoscopia y la intubación.



El bloqueador local de elección es la lidocaína al 4%, que tiene corta duración pero es más seguro que otros -- bloqueadores. Aplique el bloqueador, arriba, adentro y abajo de la laringe y espere aproximadamente cinco minutos para obtener un bloqueo eficaz. Una manera de hacerlo es untar ó rociar poco a poco mientras usted introduce el laringoscopio,--

y entonces sacar el aparato y esperar a que el bloqueador actúe. Cubra primero con el bloqueador la lengua el velo del paladar y los pilares de las amígdalas. Entonces aplíquelo a las paredes posteriores y laterales de la faringe, a los senos piriformes, y a la epiglotis. Atomice el bloqueador a través de una cánula Steiner de instilación endotraqueal conectada a una jeringa Luer-Lok para evitar perder aquella -- dentro del árbol traqueobronquial.

Para mayor rapidez, emplee inyección intralaringea.



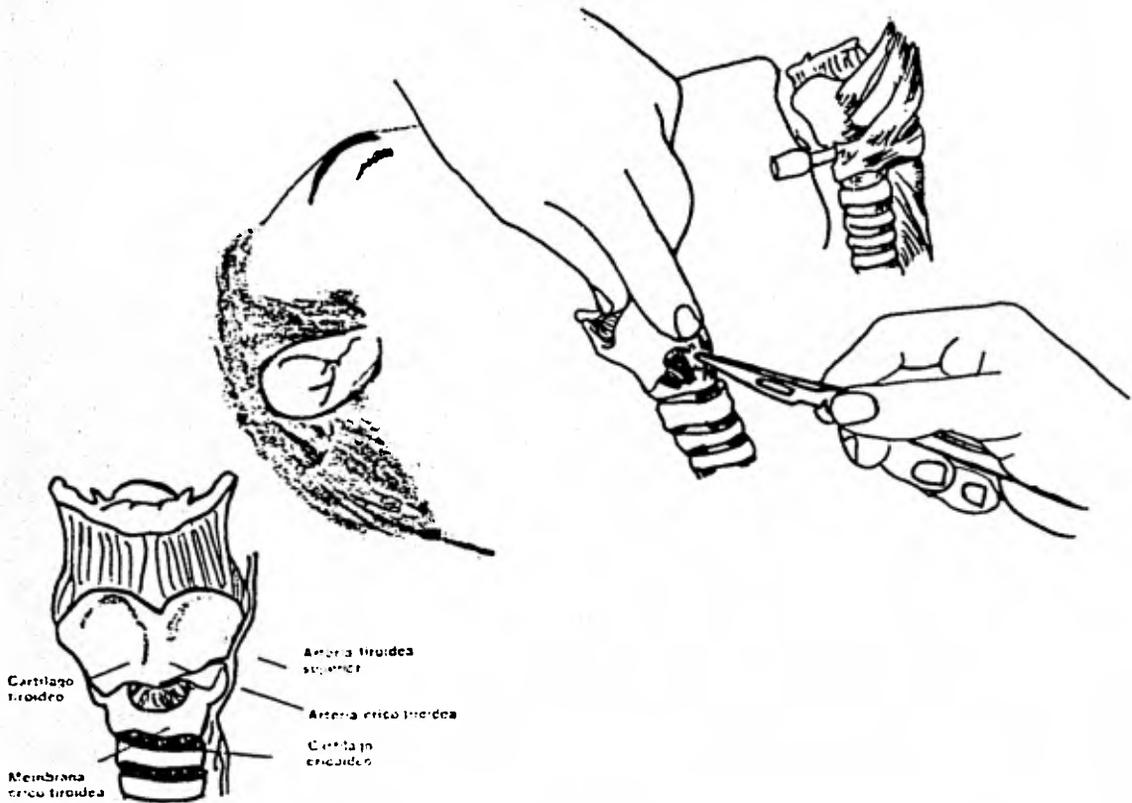
Una inyección intralaringea es un medio más rápido de bloquear, la parte baja de la laringe. Con una jeringa - Luer-Lok de 5 cc. y aguja de calibre 21 ó 22, extraiga 3 ml. de lidocaína al 4%. El paciente se coloca con la cabeza echada hacia atrás, para identificar la membrana cricotiroidea y pasar la aguja a través de ella dentro del lumen traqueal -- subglótico. Para estar seguro de la adecuada posición, saque el émbolo para extraer aire; enseguida inyecte la solución. Saque la aguja rápidamente, antes de que se presente un acceso de tos.

La cricotireotomía puede hacerse mediante una sencilla técnica de incisión e inserción de cánula, estudiada en la Universidad de Pittsburgh.

El equipo que se requiere para hacerla es sencillo; un bisturí con hoja muy filosa y una cánula. Un equipo de cricotireotomía especial de incisión e inserción, consistente en un cuchillo de doble hoja montado en un mango de hule y una cánula curva. El largo de la navaja del cuchillo y el de la cánula son pequeños para evitar daños a la laringe. La cánula es un adaptador estándar curvo de cánula traqueal (6 mm. de diámetro para adultos y 3 mm de diámetro para niños) - con punta roma, suave y biselada para facilitar su entrada al través de la incisión. El otro extremo de la cánula de 15 mm. de diámetro se adapta a la conexión de la unidad de -

maska y bolsa ó a la del tanque del equipo de oxígeno.

Las posibles complicaciones de una cricotireotomía, abarcan la hemorragia, la colocación defectuosa, y el enfise_{ma} subcutáneo ó del mediastino. Los percances mayores, sin embargo, pueden ser la infección del cartilago y la estenosis de la laringe, por esta razón debe realizarse una traqueotomía rigurosa tan pronto como sea posible.



Incisión e implantación de cánula mediante cricotracheotomía.

Con el paciente en posición supina y la cabeza echa da hacia atrás hasta el máximo, sitúese al lado derecho de él. Inmovilice la laringe con el dedo medio y el pulgar de su mano izquierda. Palpe el ángulo en "V" del cartílago tiroideo (manzana de Adán) con su dedo índice, deslizándolo dentro de la depresión entre los cartílagos tiroideo y cricoideo. Haga una incisión cerca de 1 cm. en la piel del cuello. (Esto es según la técnica de la Universidad de Pittsburgh otros médicos emplean una incisión de 2 a 2 1/2 cm.).- Entonces palpe la membrana cricotiroidea entre el cartílagotiroideo y el cricoideo. Haga una incisión transversal de 0.5 cm. ó menos a través de esa membrana. Empuje la cánula dentro de la laringe hasta que su parte anterior quede dentro de la tráquea. La cánula comprime las heridas cuando entra, y suministra un rápido y limpio procedimiento. Usted puede así aspirar a través de la cánula, ó conectarla con la bolsa de respiración ó con un equipo de oxígeno.

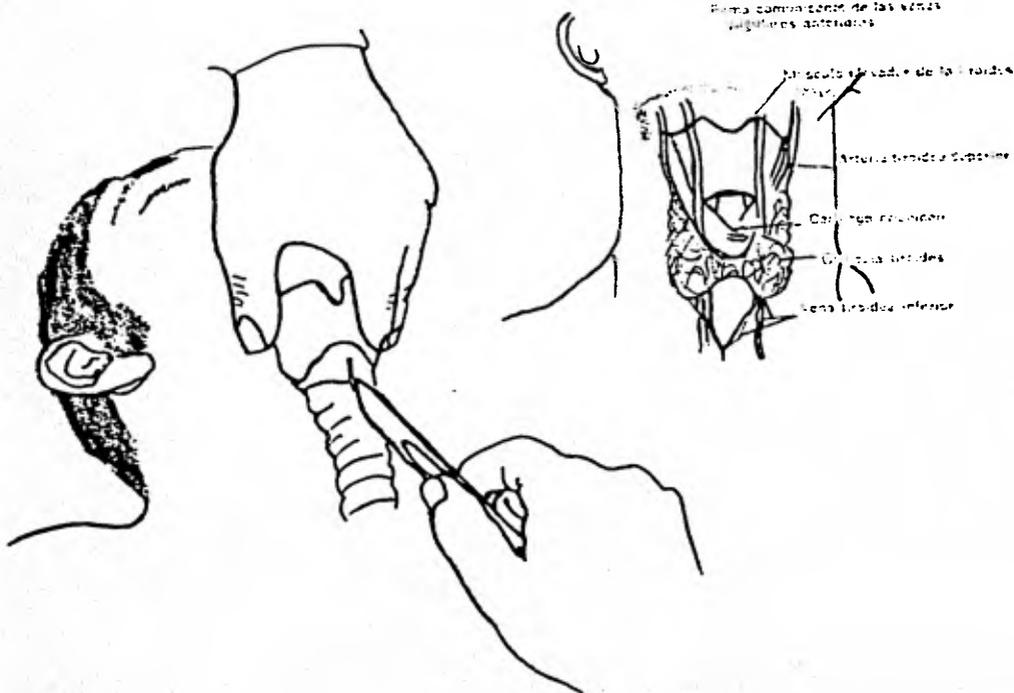
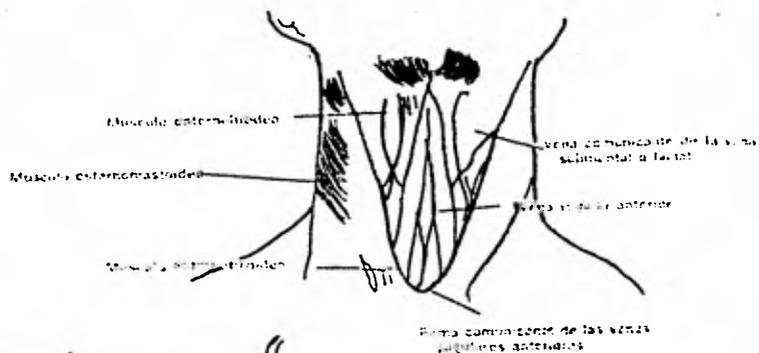
Puede ser necesario cerrar la boca y la nariz del paciente para prevenir la pérdida del aire con la presión positiva intermitente.

Usted necesita sólo una navaja de bolsillo para obtener una adecuada abertura de la laringe, pero es insuficiente sin una cánula.

Los trócares y agujas que se encuentran en el merca

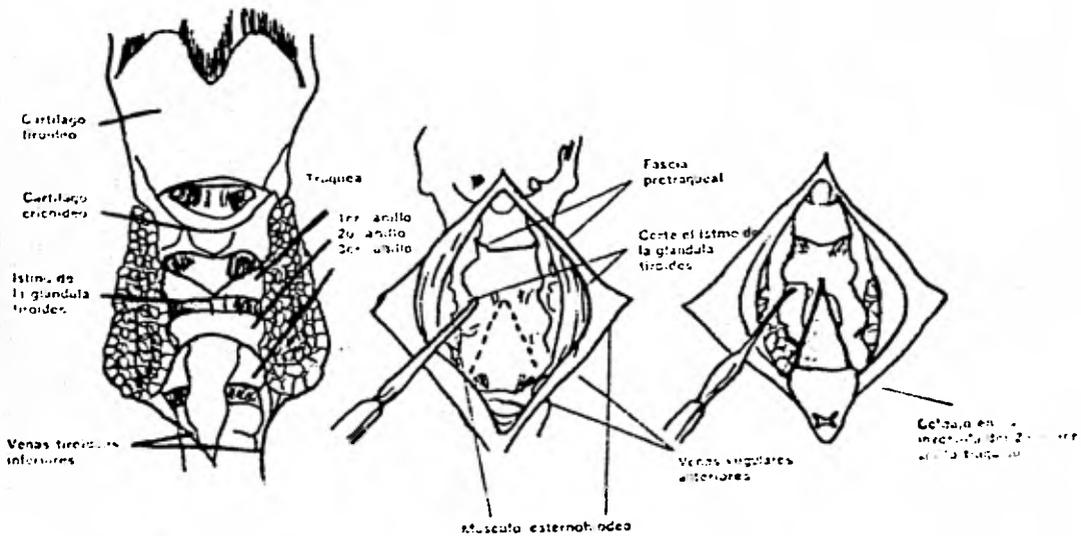
do son por lo común insuficientes porque tienen un diámetro muy pequeño para permitir la respiración espontánea y la aspiración, y porque se debe depender aún más del oxígeno que no siempre se tiene a la mano.

Para descubrir la tráquea.



Haga un corte vertical en la línea media, justamente desde el cartílago cricoideo hasta aproximadamente 5 cm. abajo. Algunos médicos prefieren la incisión horizontal por razones estéticas; sin embargo, eso hace la disección y la adecuada colocación del tubo, más difíciles. Diseque abajo de la tráquea. Si el istmo de la tiroides se encuentra en la incisión, fjelo, córtelo y líguelo, porque puede impedir de terminar el nivel de la apertura traqueal.

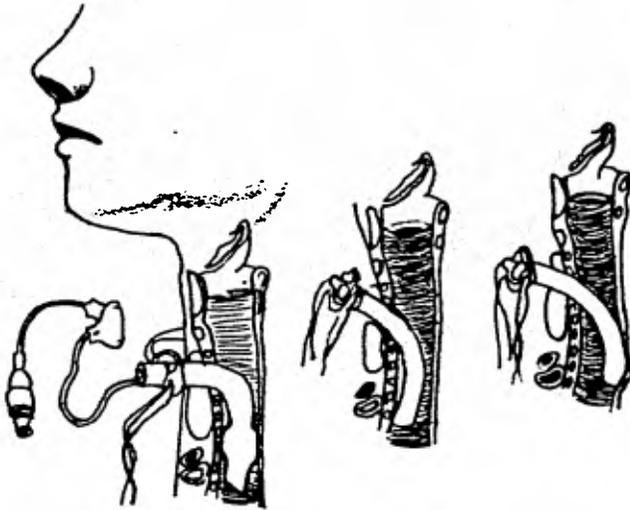
Incisión de colgajo en "V" invertida.



Después de hacer la incisión, identifique el primer anillo traqueal mediante palpación cuidadosa y quite la fascia pretraqueal. Saque parcialmente el tubo endotraqueal, pero no en su totalidad, en caso de que encuentre dificultades el extremo del tubo debe permanecer en la laringe. Si usted-

emplea el gancho traqueal, empújelo a través de la pared de la tráquea y fíjelo de modo de mantener la tráquea en el campo. Corte la tráquea entre el segundo y el tercer anillo haciendo un colgajo en "V" invertida. Ligue el vértice del colgajo con la piel de la tráquea para no perderlo, ó haga una pequeña ventana redonda entre el segundo y el tercer anillo de la tráquea. Si usted hace esta ventana, coloque hilos alrededor de la parte superior ó inferior, dejándolos en haz, en torno del triángulo abierto en la tráquea para disponer de ellos cuando el tubo sea retirado. La incisión de la traqueotomía nunca debe hacerse arriba del segundo anillo traqueal porque la herida del cartilago cricoideo obstaculiza totalmente el conducto del aire. Entre las desventajas de la incisión baja de la tráquea se incluyen las siguientes: mayor distancia entre la tráquea y la piel, más probabilidades de que el tubo se salga de la tráquea, dificultades para reintroducir el tubo, más probabilidades de neumotórax y riesgo de erosionar grandes vasos. Una vez que la tráquea ha sido abierta, introduzca un separador de Trousseau y mantenga abierta la apertura traqueal.

Verificación del lugar del tubo introducido por traqueotomía.

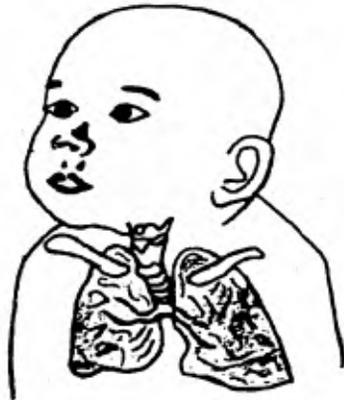


Elija el tubo de traqueotomía que pueda fijarse estrechamente a la tráquea, pero no absolutamente, y que entre además fácilmente. Confirme que la posición es la correcta, como se muestra a la izquierda. La colocación incorrecta --- (centro y derecha) puede ocasionar lesiones de las paredes -- posterior y anterior de la tráquea. Una vez que el tubo esté en su lugar, infle el manguito, aspire y dé oxígeno. Localice los vasos que sangran y líquelos. Lo mejor es fijar y ligar sobre la pared para prevenir la aspiración de sangre --- cuando se abre la tráquea. El tubo de traqueostomía, debe conectarse al equipo de ventilación, si es necesario, y el tubo endotraqueal se extraerá entonces. Cierre flojamente la herida con la piel en torno al tubo. Si usted cierra estrechamente puede causar enfisema subcutáneo, peligrosa infil--

tracción de aire en el cuello. Asegure firmemente el tubo --- atándolo con la cinta alrededor del cuello con un nudo de marinero, nunca nudos de lazo ó corredizos, que pueden desha-- cerse cuando el paciente se mueve en la cama.

Un apósito especial, no adherente, se aplica abajo- de la placa (arandela) del tubo adosada al cuello; aquél es- de gaza de hilaza previamente preparada con un agujero recor- tado en ella.

Cuide de no provocar un neumotórax en niños pequeños



Una complicación frecuente es el neumotórax, espe- cialmente en los niños de corta edad. El cuello es muy corto La tráquea tiene alrededor de 3 1/2 cm. de largo y se encuen- tra profundamente situada en el cuello. Los vértices pulmona- res entran dentro del cuello. El neumotórax por incisión de-

la pleura y el desplazamiento del tubo debido a mala fijación de éste, son complicaciones frecuentes. Una radiografía puede ayudar a usted a controlar ambas posibilidades.

Para hacer una traqueotomía se necesita el equipo - que enseguida se enumera:

Bisturíes y tijeras de disección;
Dilatador de Trousseau;
Pinzas hemostáticas;
Gancho Traqueal;

Tubos de diferentes diámetros. con manguitos inflables para los adultos (manguitos flexibles, grandes preferiblemente hechos con materiales previamente dilatados mediante calor) y tubos sin manguito inflable para los niños.

Un adaptador de 15 mm;
Retractores, y
Equipo para anestesia local ó general.

Los tubos con manguito inflable se usan sistemáticamente en el adulto para evitar la acumulación de sangre en los pulmones, durante las primeras horas; para prevenir la aspiración pulmonar durante el coma, y la distensión abdominal.; contra la hemorragia de la parte superior de las vías

respiratorias y la parálisis bulbar y para asistir ó controlar la ventilación.

Obtener experiencia en la práctica de la traqueotomía es más difícil que en la intubación.

Es posible experimentar en perros, pero esto no asegura habilidad técnica en un 100%. El método es mucho más fácil en el perro a causa de que la tráquea es superficial --- mientras que en el hombre está situada profundamente en el cuello.

Sin embargo, el procedimiento exige el mismo sistema técnico de disección de los tejidos y la oportunidad de localizar dónde se encuentra la tráquea.



C A P I T U L O IX.

EMERGENCIAS DESPUES DE LA ADMINIS-
TRACION DE BLOQUEADORES LOCALES.

C A P I T U L O IX.

EMERGENCIAS DESPUES DE LA ADMINIS-
TRACION DE BLOQUEADORES LOCALES.

Se debe tener mucho cuidado cuando el paciente declara que tuvo alguna reacción a los bloqueadores locales -- previamente.

Síncope ó desmayo de casos emocionales pueden ser -- como consecuencia de una inyección de procaína, ó la epinefrina que contiene una inyección de procaína, ó la epinefrina que contiene una inyección intravenosa cuando es hecha -- inadvertidamente. El uso de jeringas con arpón sería una pro babilidad para eliminar un 95% de las reacciones farmacológicas causadas por procaína, tanto como el uso de agujas estériles disponibles, podrían eliminar la transmisión de hepat itis.

La mayoría de las reacciones severas hacia los blo-

queadores locales son sobredosis farmacológicas.

La toxicidad de un bloqueador local aumenta geométricamente, no aritméticamente en su progresión con el aumento de concentración. En otras palabras, el 2% de solución es 16 veces más tóxica que 0.5% de solución. Es recomendable evitar el uso de las cantidades excesivas en los bloqueadores locales. Si 2 a 4 ml. de 2% de solución no producen un bloqueo dental adecuado, se puede complementar administrando un volumen considerable de bloqueador en la misma área.

Básicamente hay tres reacciones farmacológicas hacia los bloqueadores locales que son capaces de producir emergencias.

1. Acciones sobre el sistema nervioso central, usualmente un efecto estimulatorio produce insomnio y temblor, y de ésto pueden resultar convulsiones.

2. Acciones sobre el sistema cardiovascular, las cuales son usualmente vistas sólo cuando se obtienen altas concentraciones; Sin embargo en raras ocasiones, se ha demostrado que pequeñas cantidades administradas por infiltración han sido suficientes para causar colapso cardiovascular y muerte. (Se cree que ésto es debido a un paro cardíaco provocando fibrilación ventricular repentina).

3. Reacción de hipersensibilidad hacia los bloqueadores locales. Esta puede manifestarse por sí misma como una dermatitis alérgica, un típico ataque asmático, ó una reacción anafiláctica fatal.

La rehabilitación del tejido intradérmico experimentado con bloqueador local, es objeto para preguntar.

La substitución de otro compuesto de diferente constitución química, en orden para evitar específicamente un -- grupo, es el método de elección.

Debe notarse que la falta de ésteres en las preparaciones como lidocaína producen estimulación del sistema nervioso central, así como, signos de sobredosis tóxicas seguidas de depresión del sistema nervioso central; por el contrario, los ésteres del ácido para-amínobenzoico (novocaín, --- procaína) son primariamente estimulantes del sistema nervioso central y manifiestan signos de estimulación muy al principio en casos de sobredosis tóxicas.

El tratamiento de las reacciones producidas por los bloqueadores locales es primeramente sintomático. Si ocurren convulsiones, administrar 300 a 500 mg. de pentobarbital sódico, intravenosamente, y estar preparados para mantener un cambio respiratorio adecuado.

Si es colapso cardiovascular con shock, entonces se debe aplicar un vasodestructor como mephentermine sulfato, 10- a 30 mg. intravenosa ó intramuscularmente; cuando sea posible, donde se aplica una inyección intravenosa, es recomendable tratar de dejar la aguja en tal posición que una solución de 5% de dextrosa en 0.2% de solución salina pueda ser administrada por goteo, para mantener la aguja abierta en la vena.

Mantener las respiraciones con oxígeno 100% y, si ocurre un ataque cardíaco, está indicado el masaje cardíaco-externo.

Epinefrina acuosa, 1:1000 a 0.2 a 0.5 ml., se pueden administrar intramuscularmente después de que ha sido proporcionada una oxigenación adecuada.

La reacción más común es síncope de etiología emocional y es mejor tratada colocando al paciente en posición-supina y administrándole oxígeno 100%.

La alergia aguda ó reacción anafiláctica es tratada como un shock anafiláctico.

C A P I T U L O X .

REACCION ANAFILACTICA AGUDA.

C A P I T U L O X.

REACCION ANAFILACTICA AGUDA.

Las reacciones anafilácticas se incrementan cada --
día y pueden ocurrir en cualquier momento al administrar una --
droga.

Este tipo de reacción usualmente es de naturaleza --
violenta y seguido ocurre inesperadamente, con unos pocos mi--
nutos ó segundos después de la administración de la droga --
(antígeno), ésto es bastante frecuente en un antibiótico, --
tanto como en la penicilina.

Esto puede ocurrir después de la picadura de un in--
secto venenoso tanto como de avispas y abejas.

Usualmente hay un rápido desarrollo dramático des--
pués de las inyecciones, tanto como irritación de la piel de
las palmas de las manos y nariz, rubicundez de la cara, sen-

timiento de depresión, descenso repentino en la presión sanguínea, y, a veces, pérdida del sentido, respiración asmática, y cianosis.

Puede seguir la muerte inmediatamente después del primer signo de dificultad, ó el paciente puede recobrar los mismos síntomas que antes tenía desde los signos iniciales y desarrollo en los siguientes 30 a 60 minutos urticaria generalizada, angioedema inflamación aguda de la membrana mucosa de las cavidades nasales, asma, cólico intestinal y uterino, y diarrea.

TERAPIA PRIMARIA.

1. Colocar al paciente en posición supina. Asegurarse de que la vía respiratoria no está obstruida y administrar oxígeno 100%, dar respiración artificial si es necesario, -- preferentemente con una bolsa y cubreboca. Si ocurre ataque cardíaco, aplicar masaje cardíaco el cual debe instituirse con respiración artificial.

2. Detener el progreso de anafiláxis con Epinefrina acuosa 1:1000, es la droga que primero debe ser usada en el tratamiento de una reacción anafiláctica aguda.

En un niño, se debe administrar inmediatamente 0.1- a 0.3 ml. de epinefrina, intramuscularmente. También puede -

ser aplicado en la musculatura sobre la superficie ventral-- de la lengua. Esto se repite en intervalos de 10 a 20 minu-- tos, si es necesario.

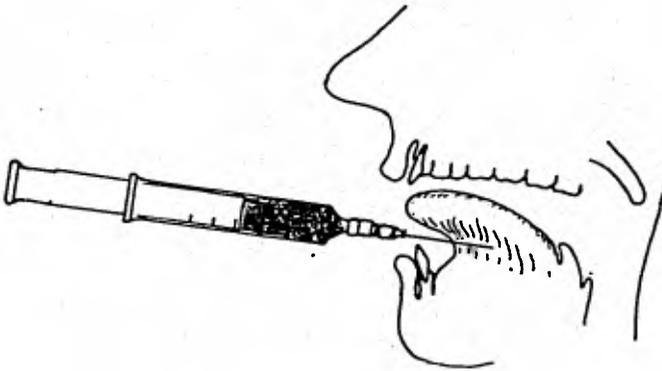
Para adultos, 0.2 a 0.5 ml., intramuscularmente, in tralingualmente, ó en una emergencia águda, puede ser adminis-- trada lentamente, diluida en 5 a 10 ml. de solución salina - fisiológica, intravenosamente.

Epinefrina es la droga de elección por que bloquea-- los efectos indeseables de la anafiláxis.

La ámina simpatomimética convierte la respuesta de-- vasodilatación a vasoconstricción y actúa también como bron-- codilatador.

TERAPIA SUPLEMENTARIA.

1. Elevar la presión sanguínea. Dar subcutánea, in-- tramuscular ó intravenosamente 10 a 30 mg. de mefentermine - sulfato, y si es posible, administrar una infusión intraveno-- sa de 500 ml. de 5% de dextrosa en 0.2% de solución salina.- Puede ser adicionado el vasodepresor a los flúidos intraveno-- sos y mantener la presión sanguínea al nivel deseado.



Progreso de anafiláxis. Inyectar inmediatamente 0.5 ml. de epinefrina acuosa, 1:1000, dentro de la porción ventral de la musculatura de la lengua, en un sitio muy vascularizado. Si los dientes están muy apiñados, inyectar 0.5 a -- 1.0 ml. profundamente dentro del músculo deltoides. La dosis puede ser repetida en intervalos de 10 a 20 minutos. No perder tiempo tratando por una vena.

2. Detener las convulsiones, si ocurren. Dar pentobarbital sódico o secobarbital sódico, 300 a 500 mg., intravenosamente, muy despacio hasta que están controladas. Estar preparados para mantener respiraciones.

La terapia en el tratamiento de un shock anafiláctico incluye el uso de corticoesteroides; sin embargo, éstos - deben darse como terapia suplementaria ó en el caso de reacción a la epinefrina. Solu-Cortef, 50 a 100 mg., ó dexametasona 4 a 20 mg., son usualmente administrados intravenosa ó

intramuscularmente como terapia suplementaria.

Las antihistaminas pueden ser de algún valor en el tratamiento de urticaria y edema angioneurótico pero tiene - muy poco o ningún valor en el tratamiento del shock.

C A P I T U L O X I .

EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS.

C A P I T U L O X I

EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS.

Hay más tensión dinámica asociada con la cavidad -- oral que con cualquier otro orificio del cuerpo.

Aunque las emergencias psiquiátricas no son comunes necesariamente, a todo Dentista se le llegan a presentar.

Este procedimiento ó emergencia psiquiátrica puede tomar muchas formas. Una de las situaciones más críticas es el "Paciente en Pánico" donde el paciente desarrolla más y más ansiedad hasta que pierde el control y puede demostrar inquietud marcada, temblores severos, llanto y vuelo de la imaginación. Este paciente debe ser tratado con control firme. Usualmente son indicadas medicaciones como sedativos o tranquilizantes; 50 a 100 mg. de clorpromazina, intramuscularmente, es muy útil. Estos individuos nunca deben estar so los,. Se requiere ayuda médica.

C A P I T U L O X I I .

SUGESTIONES PARA LA CHAROLA DE
EMERGENCIA.

C A P I T U L O X I I .

SUGESTIONES PARA LA CHAROLA DE-
EMERGENCIA.

1. Oxígeno con un método conveniente para administrar respiración artificial directa, y tubos especiales para niños y adultos para vía orofaríngea.
2. Un juego de cricotireotomía compuesto de cánula de Jackson y tijeras apropiadas ó una sonda #7, cánula especial que sirve para dar salida a los fluidos.
3. Epinefrina (acuosa) 1:1000, seis tubos ámpulas - de 1 ml.
4. Mefentermine sulfato, seis tubos ámpulas de 1 ml.
5. Pentobarbital sódico, ampolletas multidoisis de 30 a 50 ml., conteniendo 50 mg. por milímetro, ó secobarbi-

tal sódico, ampolletas de 20 ml., conteniendo 50 mg. por milímetro. Este puede ser aspirado 2 ml. dentro de una jeringa estéril, eliminando de éste modo la necesidad de usar jeringas y agujas especiales).

6. Una ampolleta de Solu-Cortef, de 100 mg., y una ampolleta de dexametasona de 5 ml.

7. 500 ml. de 5% de dextrosa en 0.2% de solución salina con un juego disponible para administrar soluciones intravenosas.

8. Torniquete.

9. Esponjas de alcohol en un recipiente útil para mantenerlas húmedas.

10. Dos jeringas estériles de 5 ml. con una sonda -- #20 y agujas de 1 1/2 pulgadas.

11. Un rollo de gasa de 1/2 pulgada.

12. Abatelenguas.

13. Cualquier otro equipo ó drogas con los que el -- Dentista se sienta familiarizado.

C A P I T U L O X I I I

C O N D I C I O N E S , S I G N O S Y S I N T O M A S .

CONDICIONES, SIGNOS Y SINTOMAS

T E R A P I A

<p>SINCOPE</p> <p>Palidez, náuseas, transpiración excesiva, pulso rápido debilidad, descenso de la presión sanguínea, y el pa - ciente puede perder la conciencia.</p>	<p>Posición supina, vía respiratoria ininterrumpida oxígeno 100%, alentar al paciente.</p>
<p>PARO RESPIRATORIO</p> <p>Cianosis, el paciente no puede inhalar ni exhalar</p>	<p>Posición supina, via respiratoria ininterrumpida oxígeno 100%, respiración artificail de boca a boca</p>
<p>OBSTRUCCION DE LA VIA RESPIRATORIA</p> <p>Acceso de tos, náuseas, el paciente siente que se ahoga retraccion del espacio intercostal y supraesternal, esfuerzo violento para inspirar, cianosis, pulso rá pido, debilidad y ataque cardiaco.</p>	<p>Posicion supina o de lado, vía respiratoria libre de obstrucción a todo, si esto no es posible, hacer una cricotireotomia, oxígeno 100%</p>
<p>PARO CIRCULATORIO</p> <p>No hay pulso (en la femoral ni carótida), inconciencia y no hay presión sanguínea.</p>	<p>Posición supina sobre una superficie dura, oxígeno 100%, respiración artificial, masaje cardiaco externo.</p>
<p>SHOCK ANAFILACTICO</p> <p>Seguido de la administración de una droga, comezón en las manos y nariz, rubicundez de la cara, sentimiento de depresión subesternal, respiración asmática, cambio repentino en la presión sanguínea, cianosis, inconciencia.</p>	<p><u>Terapia primaria</u></p> <p>a. Posición supina, vía respiratoria clara, oxígeno 100%</p> <p>b. Epinefrina acuosa, 1:1000, 0.2 a 0.5 ml., intramuscularmente, repetir en intervalos de 10 a 20 min.</p> <p>c. Masaje cardiaco si es necesario.</p> <p>d. Mefentermine 10 a 30 mg. intramuscularmente, o muy despacio intravenosamente.</p> <p>e. Detener las convulsiones si es necesario.</p> <p>f. 100 mg. de Solu-Cortef, intravenosamente.</p>

CONDICIONES, SIGNOS Y SINTOMAS

T E R A P I A

<p>CONVULSIONES</p> <p>Pueden ser como consecuencia de un bloqueador local ó espontaneas.</p>	<p>300 a 500 mg. de pentobarbital sódico ó secobarbital sódico , muy despacio intravenosamente hasta que se detienen las convulsiones. Estar preparados para controlar las respiraciones.</p>
<p>ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR</p> <p>Debilidad, confusión, inconciencia, variaciones en la parálisis, disfagia, afasia, cefálea, náusea, vomito.</p>	<p>Posición semiacostada, mantener la cabeza elevada, no mover al paciente ni voltear su cuello, mantener clara la vía respiratoria, sostener las respiraciones con oxígeno.</p>
<p>ANGINA DE PECHO</p> <p>Dolor en el pecho sobre el corazón, está asociado con problemas crónicos, usualmente a estos pacientes se les receta nitroglicerina, no hay descenso el la presión sanguínea y el pulso es normal.</p>	<p>Posición semiacostada, oxígeno 100%, alentar al paciente</p>
<p>INFARTO DEL MIOCARDIO</p> <p>La angina de pecho no es aliviada en 20 a 30 min. con terapia, el dolor subesternal es más intenso y se irradia hacia áreas más anchas, disnea, palpitación, sudor, debilidad, shock y ataque cardíaco.</p>	<p>Posición de confort, usualmente semiacostado, ó supina con la cabeza elevada, oxígeno 100%, alentar al paciente, administrar sulfato de morfina, 10 a 15 mg., ó Demerol, 75 a 100 mg. para aliviar el dolor, para shock, mefentermine 10 a 30 mg., intramuscularmente, masaje cardiaco.</p>
<p>SHOCK POR INSULINA</p> <p>Nerviosismo, confusión, sudor excesivo, convulsiones, coma, con frecuencia ocurre en pacientes diabéticos con infección quienes tomaron dosis de insulina pero sin desayunar.</p>	<p>Administrar glucosa oral ó intravenosamente, usualmente la respuesta es rápida.</p>

C O N C L U S I O N E S .

C O N C L U S I O N E S

Como se marcó en la introducción, el resultado satisfactorio de cualquier tratamiento depende de los cuidados médicos pre y posoperatorios, de ahí la importancia de una historia clínica completa para conseguir la mejor evolución y -- con esto evaluar si está a nuestro alcance resolver el caso, -- y evitar una emergencia.

En la actualidad el cirujano dentista debe rescatar su lugar de terapeuta; por supuesto sin olvidar que las consultas polifacéticas con otros profesionales siempre serán -- constructivas y útiles para la relación especialista-paciente.

La vida actual, enfrenta a los seres humanos a estreses psíquicos y físicos. Los muy diversos estímulos reales -- y/o imaginarios impiden hacer la buena elección de la solución requerida generando un desequilibrio entre las dos fuerzas: -

la psíquica y la corporal.

Toca al dentista aliviar ó curar éste desequilibrio que el paciente la mayoría de las veces opta por somatizar - en la boca, ó en otras regiones anatómicas, y restaurar la - armonía psicofisiológica de los individuos a quienes tiene - a su cargo.

B I B L I O G R A F I A .

B I B L I O G R A F I A .

- 1o. TRAPOZZANO. MEDICAL EMERGENCIES IN THE DENTAL PRACTICE.
W.B. SAUNDERS COMPANY 1968.
- 2o. ARCHER, W. HARRY, ORAL SURGERY
W.B. SAUNDERS 1969.
- 3o. KRUGER, GUSTAV O. TEXTBOOK OF ORAL SURGERY
C.V. MOSBY CO. 1964.
- 4o. THOMA, KURT H. ORAL SURGERY
C.V. MOSBY CO. 1958.
- 5o. ORINGER, MAURICE J. ELECTROSURGERY IN DENTISTRY.
W.B. SAUNDERS CO. 1962.
- 6o. PABLO BAZERQUE, FARMACOLOGIA ODONTOLÓGICA
EDITORIAL MUNDI. S.A. J. C. y F.
BUENOS AIRES.
SEGUNDA EDICION.
- 7o. MEDICAL PHARMACOLOGY, PRINCIPLES AND CONCEPTS, BY--
ANDRES GOTH.
COPYRIGHT UNDER THE INTERNATIONAL COPYRIGHT UNION--
1976, BY THE C.V. MOSBY COMPANY.
- 8o. FRANK M. MC CARTHY EMERGENCIES IN DENTAL PRACTICE--
PREVENTION AND TREATMENT.
SECOND EDITION 1972 W. B. SAUNDERS COMPANY.

- 9o. E. MARTINEZ ROSS. DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR.
TALLER EDITORIAL, S.A.
PRIMERA EDICION.
- 10o. REVISTA ATENCION MEDICA
ENERO DE 1972
AÑO 11 No. 1