



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA-U.N.A.M.
CARRERA DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN ALGUNOS CASOS
DE PERDIDA DE LA CONCIENCIA EN LA
PRACTICA ODONTOLOGICA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
MA. ALICIA ROMERO DE ALBA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I	DIAGNOSTICO	1
CAPITULO II	TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA	23
CAPITULO III	HIPOGLUCEMIA	27
CAPITULO IV	ANAFILAXIA	31
CAPITULO V	INFARTO DEL MIOCARDIO	34
CAPITULO VI	INSTRUMENTAL Y FARMACOS DE URGENCIA	37
CONCLUSIONES		43
BIBLIOGRAFIA		44

INTRODUCCION

El trabajo que he realizado en estas páginas, va dirigido en forma especial a odontólogos recién egresados con deseos de proporcionar a sus pacientes una odontología cada vez más completa.

En esta era de desarrollo en la ciencia y tecnología médica, el odontólogo juega un papel muy importante, ya sea mediante su colaboración en trabajo de equipo; participando de esta manera dentro de instituciones médicas, o bien por medio de su diagnóstico acertado en el consultorio dental.

El odontólogo, en el ejercicio de su práctica diaria, no puede desligarse de su responsabilidad en la salud general de sus pacientes, y por esta razón adquiere un verdadero deber de aplicar a diario sus conocimientos, innovarlos y perfeccionarlos, a fin de poder ofrecer técnicas eficaces y aplicables en la clínica.

Es común que ocurran ciertos accidentes en la consulta dental, y que éstos sean ocasionados en gran parte por descuido del odontólogo, al no realizar una minuciosa historia y valoración clínica del paciente. Pero también es común que dicho profesional no cuente con: equipo, instrumental y fármacos de urgencia que son de mucha utilidad y que además es requisito indispensable tenerlos al alcance.

Es pues, de suma importancia para el odontólogo, el tomar conciencia del papel que desempeña, tanto en la salud dental como en la salud general de sus pacientes, y asimismo deberá valorarlos como entidades diferentes, además de proporcionarles todos los medios a su alcance para instituir una terapia apropiada a cada caso en especial.

Este trabajo pretende como objetivo terminal, esclarecer la importancia que para el dentista tiene la realización de un buen diagnóstico en el hecho que tratamos, puesto que nos permite definir un pronóstico vital o funcional, así como clasificar enfermedades y eliminar el mayor número de ries-

gos en los tratamientos.

Entre los propósitos de este trabajo, considero otra finalidad que consiste en reafirmar y ampliar en lo posible mis conocimientos sobre el tema, realizando un análisis detallado en cuanto a instrumental y fármacos se refiere, así como a tratamientos, ya sean de urgencia o preventivos. Dentro de este propósito, espero que la recopilación bibliográfica, como el trabajo en su totalidad, sean de utilidad en la consulta del interesado, y que aporte para él suficientes datos que a su vez sean aplicables en la práctica diaria.

Un segundo propósito que he considerado como fundamental, es el dar prioridad en la clínica al diagnóstico y apreciar su gran valor y los numerosos beneficios que éste aporta, tanto al paciente como al dentista; y de esta manera tomar en consideración que la salud del paciente con pérdida de la conciencia va en contra del aumento de tiempo, ya que si el cirujano dentista no actúa de inmediato, sólo tres minutos bastan para ocasionar a dicho paciente estados patológicos irreversibles.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO:

Al irse identificando la Odontología con un servicio público, se atiende cada vez más a la prevención de las enfermedades bucales y a su diagnóstico, incluso dentro del campo de la medicina general.

Además de suministrar a su paciente un servicio de salud de mayor calidad, es preciso que el dentista conozca las enfermedades generales susceptibles de modificar o impedir determinadas maniobras del tratamiento odontológico, aunque en estos casos no se observe ningún cambio característico en la cavidad bucal.

La palabra diagnóstico supone identificación de la enfermedad existente. Obligatoriamente, debe tomar en cuenta las características de la enfermedad del caso, que la distingue de otros fenómenos patológicos. Constituye una cadena lógica de deducción y diferenciación, cuya base y tela de fondo es el interrogatorio al paciente, la exploración física y los estudios del laboratorio indicados. La función diagnóstica es una responsabilidad importantísima en el ejercicio de la Odontología.

El dentista suele atender a intervalos, pacientes ambulatorios que no presentan enfermedad grave. Mediante observación crítica y preguntas cuidadosas, tiene oportunidad dorada para identificar signos tempranos de enfermedades degenerativas comunes, deficiencias nutricionales y enfermedades del metabolismo. Asimismo, puede asumir un papel decisivo en el diagnóstico temprano del cáncer, y puede aconsejar visitas de revisión periódica por el médico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Es el método diagnóstico de más confianza; éste, por su naturaleza, proporciona el mayor grado de seguridad. Dicho método diagnóstico supone el uso o el empleo de métodos de diagnóstico amplios y completos, es decir, acumulación y elección de datos importantes, a partir de todas las posibles fuentes, antes de establecer un diagnósti-

co definitivo; para emplear esta técnica de diagnóstico con éxito, son de gran importancia tanto los conocimientos como la habilidad. (Edward V., Zegarelli, et. al. Diagnóstico en Patología Oral, Ed. Salvat Editores, S. A., Barcelona, España, 1974, P.P. 20).

Tanto el paciente como el dentista se benefician del tiempo que dedican a un diagnóstico completo. Los métodos de diagnóstico bien aplicados, significan información para el dentista y el paciente. Los estudios diagnósticos ordinarios o especiales, reducen además al mínimo las reacciones generales indeseables, desagradables y a veces graves, frente a cierto tipo de tratamiento odontológico. Cuanto mejor conozca el paciente los objetivos generales y detalles del tratamiento, mayor será su cooperación.

METODOS DE DIAGNOSTICO

Los métodos de diagnóstico los podemos dividir en tres fases para su descripción: 1) Interrogatorio; 2) exploración clínica y física; 3) análisis de lo anterior y de los estudios de laboratorio. La primera parte implica principalmente la intervención del propio paciente. El dentista debe establecer, primero, y después seguir concienzudamente, un esquema fijo de obtención y registro de la historia. (Dr. Burket Lester W., Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento, - Ed. Interamericana, México, D. F., 1973, P.P. 6).

El tiempo que dedica el dentista al interrogatorio, no sólo es útil para establecer el diagnóstico y planear el tratamiento, sino que representa un medio propicio para establecer buenas relaciones con el paciente. En general, es necesario explicar al paciente las ventajas de un diagnóstico completo antes de un tratamiento odontológico.

El paciente que requiere atención odontológica, suele acceder al interrogatorio, si previamente el dentista le explica la importancia y necesidad del proceder.

Es fundamental que el dentista identifique cualquier posi--

ble enfermedad general y conozca la naturaleza exacta de los medicamentos recetados por el médico, de manera que pueda planear un tratamiento odontológico apropiado.

INTERROGATORIO AL PACIENTE

El interrogatorio, llamado también anamnesis, es una serie ordenada de preguntas que nos sirven para orientarnos sobre la localización, principio, evolución, estado actual y terreno en que se desarrolla el proceso patológico. Es un método de capital importancia, que nos proporciona datos que nos es imposible obtener en ocasiones por otros procedimientos.

Con mucha frecuencia, el clínico no realiza un interrogatorio cuidadoso, y aún no reconoce la importancia de éste en la realización del diagnóstico. Una historia clínica completa y un estudio cuidadoso de la misma, son parte considerable del éxito del dentista.

IMPORTANCIA.- El interrogatorio se puede considerar una conversación profesional planeada, que permite al paciente comunicar al clínico sus síntomas, sus sensaciones y a veces sus temores, de manera que éste pueda establecer la naturaleza real o posible de la enfermedad, conociendo además sus impresiones y actitudes mentales. (Dr. Burket Lester W., Medicina Bucal, Ed. Interamericana, México, D. F., 1973, P.P. 7).

En cuanto a la forma de realizar un interrogatorio, no se considera un patrón común establecido, se confía éste a la capacidad innata y a la experiencia del clínico. Es conveniente tomar en consideración algunos criterios o experiencias médicas, con el fin de obtener una guía en el orden a seguir durante el interrogatorio, evitando pasar por alto algún dato importante para el diagnóstico.

El interrogatorio es la parte diagnóstica en que debe apoyarse el clínico para entablar relaciones amistosas, obtener amplia confianza de su paciente; además de proporcionarle seguridad e información sobre la importancia que tiene el interrogatorio en la realización de un buen diagnóstico y un tra

tamiento adecuado.

La perfección y la utilidad final del interrogatorio del paciente con fines odontológicos de diagnóstico, dependen en grado considerable de las buenas relaciones entre el dentista y su paciente. El interés, el calor humano y la comprensión que muestra el clínico, son factores importantes para sus relaciones con el paciente y le permiten realizar un interrogatorio provechoso. Una de las mejores reglas para el clínico consiste en situarse en el lugar de su paciente y tratar de actuar como él. Un tono de voz suave y amable es de gran importancia para captar y conservar la confianza del enfermo.

Es necesario que el paciente perciba que el dentista es un amigo que se interesa en su caso. El profesionalista debe atender los problemas globales del enfermo, siendo auditor activo; oyendo con atención y simpatía al paciente y realizando una buena exploración. Con ésto se obtienen muchas veces mejores resultados que con fármacos. (Burket Lester W., Medicina Bucal, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, D. F., 1973, P.P.7-8).

AMBIENTE.- Lo ideal es realizar el interrogatorio al paciente en una sala de consulta o en un cubículo privado. Técnica y psicológicamente, es erróneo pedir al paciente que se siente en el sillón operatorio antes de interrogarlo.

El clínico no debe limitar su atención a los problemas biológicos, también deberá tomar en cuenta hasta qué punto resulta capaz o tiene oportunidad de atender a los problemas emocionales o psicológicos del enfermo. Tratará de establecer lo que la queja principal significa para el paciente, tanto fisiológica como psicológicamente.

ETAPAS DEL INTERROGATORIO

El orden de las distintas partes del interrogatorio depende de la elección personal.

Datos ordinarios. Esta información puede ser recopilada con

facilidad por el asistente del dentista, o por el dentista mismo: Nombre del paciente, dirección, número de teléfono, edad, sexo, estado civil y ocupación de éste. Siempre debe conseguirse el nombre del cliente, médico o dentista que envía al paciente en busca de servicios, con el fin de poder agradecerle este signo de confianza.

Es muy importante incluir en estos párrafos el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico general del paciente. Si fuera necesario para el dentista consultar a dicho profesional, ya dispone de los datos necesarios.

Resulta útil emplear una forma impresa para asegurarse de que se obtuvo toda la información necesaria.

El interrogatorio completo comprende la enfermedad principal, la historia de la enfermedad actual, los antecedentes odontológicos, antecedentes médicos, familiares y socioprofesionales. (Dr. Burket Lester W., Medicina Bucal, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, D. F., 1973, P.P. 8-9).

ENFERMEDAD ACTUAL

Un buen principio consiste en invitar al paciente a que nos relate el problema por el cual ha acudido a consulta.

Dentro de lo posible, se debe evitar interrumpir al paciente, únicamente se debe guiar la conversación. Tampoco es conveniente subrayar errores en la utilización por parte del paciente, de ciertos términos técnicos, o la interpretación de síntomas durante el interrogatorio.

Es importante darse cuenta de que todos los síntomas, incluyendo el dolor, son subjetivos. Para valorar la naturaleza de tales síntomas resulta más fácil, por lo general, disponer de un vocabulario y ofrecerlo al enfermo para que describa sus síntomas:

¿Es el dolor suave, parecido al debido a una presión; o punzante, parecido al que se produce por una aguja? ¿disminuye éste al presionar, o con agua fría; o aumenta al recostarse?, etc.

Muchas veces el diagnóstico correcto pasa inadvertido si el dentista no se toma el tiempo necesario para hablar con el paciente, y valorar tanto su respuesta emocional frente a las preguntas como la forma en que describe su enfermedad.

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS

Como en los casos anteriores, muchas veces es preferible vigilar estrechamente la forma en que el paciente describe los detalles del tratamiento odontológico previo, así como sus relaciones frente al dentista; estos datos también serán anotados. Hablando personalmente del tratamiento odontológico previo con el paciente, y prestando atención a los matices de las palabras empleadas, así como la expresión de la cara, es posible formarse una idea bastante acertada de la importancia que el paciente adscribe a un buen tratamiento odontológico, y hasta qué punto ha seguido y seguirá en el futuro las indicaciones que se le den.

ANTECEDENTES MEDICOS

Los antecedentes médicos contienen información acerca de cualquier enfermedad grave o importante que haya sufrido en el pasado (una enfermedad antigua, pero cuyos síntomas todavía persisten). Estos comprenden los siguientes puntos:

1. Enfermedades graves o importantes.
2. Hospitalizaciones.
3. Transfusiones de sangre.
4. Alergias.
5. Tratamientos medicamentosos.

Además de indagar sobre enfermedades graves en general, el dentista preguntará específicamente al paciente si está enterado de haber sufrido en el pasado alguna enfermedad del corazón, fiebre reumática, "dolores de crecimiento", soplos cardiacos y otras manifestaciones de fiebre reumática o cardiopatía reumática. Por desgracia, como la fiebre reumática

suele presentarse en sus primeros brotes, entre los seis y los diez años, muchos pacientes han olvidado hechos fundamentales. La relación entre cardiopatía reumática y endocarditis que puede sufrir un paciente a consecuencia de maniobras odontológicas, es conocida por todos. (Dr. Burket Lester W., Medicina Bucal, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, D. F., 1973, P.P. 10-11).

Debe también pedirse al paciente que mencione todas las hospitalizaciones previas, y diga por qué fueron. Quizá se haya tratado de estudios diagnósticos, o de una enfermedad grave comprobada.

Otra subdivisión de los antecedentes médicos, debe comprender el registro de las transfusiones de sangre. Si éstas se llevaron a cabo, quizá se debieron a alguna enfermedad grave, lo que constituye una doble prueba para un paciente poco comunicativo u olvidadizo, que tal vez no haya mencionado la enfermedad al tratar de hospitalizaciones o enfermedades graves. También debe recordarse que un paciente que haya recibido recientemente una transfusión de sangre, puede ser portador del virus de la hepatitis, lo que representa un peligro tanto para el dentista como para sus otros pacientes.

Las alergias: Las tendencias alérgicas incluyen, por ejemplo, el asma y la fiebre de heno. Deben distinguirse las alergias verdaderas, que se manifiestan por urticaria, edema angioneurótico, erupciones cutáneas, síntomas respiratorios y síntomas de enfermedades del suero; de simples aversiones psicológicas del paciente.

Es preciso preguntar al paciente una y otra vez qué medicamentos está tomando, o tomó hace poco (en las últimas seis semanas). Además es necesario recordar a éste que por medicamento se entiende todo lo que se ingiera, aparte de los alimentos.

Cuando el enfermo no conozca bien la naturaleza del medicamento, es aconsejable enviar una carta o llamar por teléfono al médico que lo recetó.

EL ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS

Es una lista de síntomas atribuibles a varios sistemas de órganos del cuerpo (como cardiovascular, digestivo, genitourinario, etc.). El estudio consiste en preguntar en forma metódica al paciente si sufre síntomas susceptibles de indicar alguna enfermedad de dichos sistemas de órganos. Este paso es necesario, pues algunos pacientes quizá no relacionen los síntomas que sufren con alguna enfermedad, o anomalía, y por lo tanto, no piensen mencionarlo al dentista o al médico, en ausencia de preguntas específicas. Como en la actualidad es cada vez mayor la expectativa de vida, son muchos los pacientes con problemas graves de salud; ambulatorios que solicitan consulta del dentista.

Algunos de estos problemas son desconocidos para el sujeto y otros todavía no han sido diagnosticados. Son a diario necesarias precauciones especiales durante el tratamiento de pacientes con enfermedades generales; por lo tanto, el dentista debe tener un conocimiento exacto de la salud del paciente antes de iniciar su tratamiento.

Dispone el clínico de tres métodos básicos para obtener información respecto a la salud:

1. Interrogatorio directo.
2. Cuestionario que debe contestar el paciente.
3. Una combinación de ambos métodos.

Interrogatorio Directo: Consiste en formular preguntas básicas respecto a la salud, con recopilación o resumen de las respuestas. Existe gran libertad en cuanto a la confección de la historia médica y puede variar desde una historia detallada a una breve, lo cual depende de los hallazgos y la iniciativa del operador. (Mitchel Standish Fast, Propedéutica Odontológica, Ed. Interamericana, 2a. Ed., Barcelona, 1973, P.P. 82-83).

Questionarios médicos para el interrogatorio: Existen diversos tipos de cuestionarios médicos; se pueden entregar al paciente, el cual los llenará para así poder obtener los detalles de enfermedades actuales o pasadas. Además del cuestionario, siempre hay que dedicar cierto tiempo para charlar con el paciente, con el fin de investigar su respuesta emocional frente a las preguntas formuladas y así saber con qué exactitud contestó a éstas. El cuestionario de salud no sustituye a un buen interrogatorio, pero es un método eficaz para tener una idea del estado general del paciente, y una herramienta excelente para descubrir enfermedades serias. (Burket Lester W., Medicina Bucal, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, D. F., 1973, P.P. 12).

Interpretación de un cuestionario de salud y de la historia médica: ¿Le han dicho alguna vez que padezca trastornos cardiacos? Una respuesta positiva debe despertar en el dentista la sospecha de posible defecto cardiaco congénito, o historia de fiebre reumática con lesión valvular y predisposición manifiesta a endocarditis bacteriana subaguda. A veces un paciente sabe que su corazón se haya aumentado de volumen, lo que puede depender de insuficiencia congestiva o de hipertensión. La respuesta positiva a este respecto requiere interconsulta con su médico para determinar el motivo exacto. (Mitchel Standish Fast, Propedéutica Odontológica, Ed. Interamericana, 2a. Ed., Barcelona, 1973, P.P. 86).

¿Respira Ud. fácilmente? La respuesta negativa a esta pregunta puede hacernos pensar en: bronquitis crónica, enfisema, asma, abuso de tabaco, insuficiencia congestiva, brotes de edema pulmonar o de disnea nocturna paroxística. En consecuencia, un no a esta pregunta debe suscitar sospecha y obligación de revisar con el mayor cuidado el resto del cuestionario para establecer algunas relaciones. (Mitchel Standish Fast, Propedéutica Odontológica, Ed. Interamericana, 2a. Ed., Barcelona, 1973, P.P. 86).

¿Ha padecido fiebre reumática, dolores de crecimiento o contracturas de las extremidades? Se formula esta pregunta específicamente para descubrir la posibilidad de lesión valvular cardiaca en fiebre reumática. Todo paciente que responde 'sí' a esta interrogación debe considerarse para premedicación con antibióticos, antes de cualquier tipo de tratamiento dental que pudiera inducir bacteriemia. No es raro que un paciente conteste 'sí' a esta pregunta, y 'no' a la que se le hizo previamente, respecto a si padecía algún trastorno cardiaco. Surge aquí de nuevo la posibilidad de una cardiopatía no diagnosticada. (Mitchel Standish Fast, Propedéutica Odontológica, Ed. Interamericana, 2a. Ed., Barcelona, 1973, P.P. 86).

¿Se ha desmayado más de dos veces en su vida? Una respuesta afirmativa puede indicar inestabilidad emocional, trastorno neurológico como epilepsia, hipertensión arterial, ciertos padecimientos cardiacos, o carecer en absoluto de importancia. Es interesante investigar si el paciente tiende a desmayarse cuando se le administra un anestésico local.

¿Ha tenido vértigos a temporadas? Los pacientes con presión arterial elevada o disminuída pueden contestar 'sí' a esta pregunta, como aquéllos con historia de accidente cerebrovascular, lesión cerebral o enfermedad de Meniere. Es desde luego importante investigar todos los casos, y en cada uno, sus causas.

¿Se le hinchan los tobillos? La hinchazón de los tobillos constituye a menudo signo de embarazo, nefropatía o insuficiencia cardiaca congestiva, si bien puede depender de causas menos importantes tales como esguinces o viejas lesiones traumáticas.

¿Padece a menudo intensos dolores de cabeza? En caso afirmativo, procede determinar si son de tipo migrañoso, con anomalías visuales, así como su frecuencia y duración. Las cefaleas son frecuentes pero no constantes en: hipertensión, tumores cerebrales y otros padecimientos neurológicos.

¿Le ha informado algún médico de que padece neuritis, neuralgia o neurosis? Esta pregunta pretende determinar si el sujeto sufre de algún trastorno neurológico o psicológico.

¿Ha tenido alguna vez trastornos nerviosos? Se trata de otro modo de investigar si el sujeto padece algún trastorno psicológico. Los pacientes que han tenido crisis epilépticas pueden contestar 'sí' a esta pregunta.

¿Le ha dicho algún médico que padezca epilepsia? La respuesta del paciente a esta pregunta se verá estimulada por las respuestas previas.

¿Tiene obstrucción nasal con frecuencia? En caso de respuesta afirmativa puede ser la causa alergia crónica o hipertensión. Una historia de alergia obliga a investigar en busca de los alérgenos que estimulan esta reacción.

¿Tiene asma, fiebre de heno, sinusitis o dolores frecuentes de garganta? Si el sujeto padece asma o fiebre de heno, procede a interrogar respecto a cualquier alergia conocida y tomar nota cuidadosa. Los individuos con dolores frecuentes de garganta pueden tener infecciones estreptocócicas y fiebre reumática no diagnosticada.

¿Padece tuberculosis? En caso afirmativo, es importante para el dentista y no sólo por el bien de éste, sino para su propia protección y la de su personal auxiliar.

¿Sufre trastornos del estómago, o de diarrea frecuente? Estas molestias se deben a menudo a gastritis, colitis (nerviosa o por microorganismos) o úlceras pépticas.

El paciente puede estar tomando atropina, que causa xerostomía, hecho importante que debe reconocer el dentista.

El interrogatorio más detenido puede revelar que estos pacientes emiten evacuaciones con sangre o con aspecto de alquitrán, en cuyo caso procede remitirlos al especialista para examen.

¿Ha tomado alguna vez tabletas para el control de la tiroides? Se prescribe a ciertos pacientes extracto tiroideo en presencia de un trastorno hipotiroideo confirmado o supuesto, lo que requiere investigación ulterior mediante consulta con el médico

co de cabecera. No suele existir contraindicación para el tra tamiento dental en sujetos a quienes se administran dosis mínimas de extracto tiroideo (de 64 a 190 miligramos diarios), - a menos que exista hipotiroidismo susceptible de demostración.

¿Ha padecido Ud. o algún miembro de su familia de diabetes? - Si el paciente tiene historia familiar de diabetes y padece - una enfermedad periodontal avanzada, es importante destacar - un posible proceso diabético. Cuando se trata de un diabético ya conocido, el dentista debe consultar al médico de cabecera respecto al grado de control de la enfermedad mediante dieta, medicación, o ámbas, antes de iniciar el tratamiento odontoló gico.

¿Le han dicho alguna vez que padezca del riñón o de la vejiga? Si el paciente admite padecer un trastorno renal, debe - el dentista determinar el tipo de padecimiento; cuándo ocu--- rrieron los últimos síntomas y cuándo empezó el tratamiento. La nefritis y la pielonefritis son complicaciones frecuentes de la fiebre reumática. En caso de enfermedad evolutiva del - riñón o de la vejiga, procede obtener consulta médica antes - de iniciar el tratamiento dental.

¿Ha padecido de los oídos o de trastornos de los ojos, aparte de aquéllos que imponen el uso de lentes? Algunos padece mientos neurológicos como la enfermedad de Meniere, pueden - producir zumbidos de oídos; los pacientes con hipertensión - arterial oyen a veces ruidos anormales. La visión en túnel u otras anomalías de la vista constituyen a veces signos de en fermedad general.

¿Es Ud. alérgico o sensible a algo, incluyendo polvo, flores, alimentos y drogas como la penicilina, procaina, aspirina, - etc.? Desde el punto de vista médico-legal, éste es uno de los puntos más importantes que debe revisar el dentista. Si el paciente hace mención de sensibilidad a drogas u otros - alergenos conocidos, es preciso administrar con gran cuidado anestésicos locales o medicamentos; después de haber sido to madadas las precauciones convenientes para tratar una posible reacción alérgica.

¿Ha aumentado o disminuído de peso recientemente, sin dietas especiales? La respuesta a esta pregunta puede proporcionar información necesaria respecto al estado de salud general del paciente. Muchas enfermedades pueden causar pérdida de peso, y ótras, como la insuficiencia cardiaca congestiva o trastornos emocionales, pueden producir el efecto inverso.

¿Ha padecido sífilis o alguna otra enfermedad venérea? Si el paciente contesta afirmativamente, pero informa que la enfermedad se haya terapéuticamente controlada, debe tratarse como un individuo normal, aunque será prudente consultar con su médico de cabecera. Con frecuencia los pacientes niegan padecer enfermedades venéreas.

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? Esta pregunta puede estimular al sujeto a proporcionar más información todavía no revelada. Es preciso registrar todas las operaciones y hospitalizaciones previas.

¿Le han aplicado alguna vez series de inyecciones? Si la respuesta es afirmativa, es preciso determinar si fueron para inmunizar, desensibilizar o en plan exclusivamente terapéutico.

¿Padece algún tumor; benigno o maligno? Si la respuesta es afirmativa, es preciso determinar el tipo de tumor junto con el tratamiento prescrito y la duración del mismo. Si el paciente recibió radioterapia para un tumor en la región facial, está definitivamente indicada la consulta, dada la posible relación con disfunción de las glándulas salivales o con osteoradionecrosis. En caso de haber tratado un tumor maligno, es aconsejable nuevo examen para descartar la posibilidad de metástasis a los maxilares.

¿Le han aplicado alguna vez anestesia; local o general? Se formula esta pregunta para confirmar una interrogación previa.

¿Está tomando alguna medicina o recibe tratamiento de algún médico? Si es así, ¿qué doctor le trata? Cualquier tratamiento médico puede ser importante y es preciso registrar el tipo del mismo y el motivo para su institución. En caso de duda debe consultarse al médico.

¿Padece o ha padecido anemia? Muchas mujeres han tenido o tienen anemia, sobretodo durante la menstruación. Una historia de anemia y malestar, para cuyo tratamiento se prescribió hierro o extracto de hígado, puede indicar anemia perniciosa; la cual contraindica formalmente la anestesia general. En este caso, puede ser aconsejable determinación de hemoglobina, hematócrito, o ambos, o bien consultar al médico de cabecera.

¿Ha tenido alguna vez hemorragias copiosas; después de extracción de dientes, de traumatismos o pérdidas de sangre por la nariz?

La hepatitis infecciosa, como es sabido, es contagiosa; la ictericia puede ser signo de hepatitis. Los pacientes con lesión hepática grave, presentan a menudo hemorragias copiosas debido a la ausencia de factores del mecanismo de la coagulación.

¿Le han tratado alguna enfermedad de la piel? Es importante conocer la enfermedad y el tratamiento instituido. Muchos padecimientos cutáneos son tratados con cortisona exógena, la cual, administrada durante cierto tiempo, puede deprimir la corteza suprarrenal y crear intolerancia al insulto quirúrgico. En estos casos, está indicada consulta médica.

¿Padece a menudo dolor e inflamación en las articulaciones? En caso afirmativo, pueden ser causa de estos síntomas los siguientes: artritis reumatoide, otras formas de artritis o incluso hipertensión; en ocasiones se han prescrito esteroides. No es rara en estos casos la afección de las articulaciones temporomandibulares.

¿Ha sufrido más de una fractura o luxación? La historia de fracturas múltiples puede indicar la presencia de un buen número de enfermedades, por ejemplo: osteoporosis, osteomielitis o hiperparatiroidismo.

¿Tiene Ud. artritis? Es preciso determinar el tipo de la misma. Es importante prescribir antibióticos a los pacientes con artritis reumatoide antes de iniciar un tratamiento que implique sangría o flebotomía; estos pacientes pueden -

haber sido tratados con corticoesteroides. Suele emplearse - aspirina como droga específica en algunas formas de artritis que, si bien no suele producir efectos secundarios de importancia, en ocasiones deprime el mecanismo de la coagulación. Se observan a veces efectos colaterales indeseables con las nuevas drogas para la artritis, como la llamada Indocin.

¿Ha padecido dolores intensos de cabeza o cara? Se refiere esta pregunta fundamentalmente a cefalalgias u odontalgias, pero incluye también neuralgias del trigémino o de otros nervios. (Mitchel Standish Fast, Propedéutica Odontológica, Ed. Interamericana, 2a. Ed., Barcelona, 1973, P.P. 86-87).

Posibles efectos secundarios de algunos medicamentos de interés en Odontología:

Analgésicos y sedantes:	Estomatitis por barbitúricos, - erupciones cutáneas. Acedías de la aspirina, hipersensibilidad verdadera y hemorragias copiosas con dosis elevadas.
Anestésicos:	Procaína: edema.
Antibióticos:	Especialmente penicilinas y tetraciclinas: exantema cutáneo, estomatitis, candidiasis sobreañadida, edema angioneurótico. Tetraciclinas: tinción <u>intrínse</u> ca de los dientes en desarrollo. Infecciones estafilocócicas sobreañadida. Estreptomycin: infección estafilocócica; degeneración del - nervio auditivo. Cloramfenicol: agranulocitosis.
Anticoagulantes:	Hemorragia excesiva.
Antidepresores:	Los inhibidores de monoaminoxidasa son potenciados por muchas drogas e incluso ciertos <u>alimen</u> tos, y dan origen a crisis <u>hiper</u>

	tensivas.
Antiepilépticos:	Difenilhidantofna sódica: hiperplasia gingival.
Antihistamínicos:	Xerostomía, somnolencia.
Hipotensores:	Hipotensión postural, síncope.
Estimulantes del sistema nervioso central:	Anfetaminas: xerostomía; estimulación psíquica.
Corticoesteroides:	Cicatrización demorada, predisposición a la infección, supresión suprarrenal.
Metales pesados:	Línea bismútica gingival. Estomatitis mercurial. Argiria.
Tranquilizantes:	Xerostomía. Síndrome extrapiramidal (especialmente derivados de fenotiacina), estomatitis.

(Mitchel Standish Fast, Propedéutica Odontológica, Ed. Interamericana, 2a. Ed., Barcelona, 1973, P.P. 89).

EXPLORACION DEL PACIENTE

La exploración representa la segunda etapa del método diagnóstico; ésta implica la intervención del dentista con el fin de lograr una completa valoración del paciente. Es importante seguir un esquema fijo, reduciendo así la posibilidad de que pase inadvertida una lesión desconocida, o aún no manifiesta. En general, se registran durante la exploración los siguientes signos vitales: pulso, respiración y presión arterial. (Burket Lester W., Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, D. F., 1973, P.P. 14-15).

Siempre hay que anotar la frecuencia y el ritmo del pulso. La frecuencia normal en reposo se aproxima a 72 pulsaciones por minuto. Para palpar el pulso, se escoge una arteria superficial que repose sobre un plano huesoso. Las arterias

radiales, la facial, la temporal superficial, reúnen todas - las condiciones; la primera en la canal dura radial del hueso; la segunda al cruzar el maxilar inferior, adelante del - borde anterior del músculo masetero, y la tercera, inmediata - mente adelante del 'tragus'. (Dr. Burket Lester W., Medici - na Bucal, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, D. F., 1973, - P.P. 15).

Habitualmente es escogida una de las arterias radiales para palpar el pulso.

Para proceder a la exploración, serán colocados sobre la ar - teria los dedos: índice, medio y anular, de cualquiera de - las manos del explorador; es conveniente, en efecto, saber - palpar el pulso con cualquiera de las dos manos. Se hará que el explorador ponga su mano en flexión sobre el antebrazo, - para que los tendones en estado de tensión, no estorben la - exploración.

Para determinar la frecuencia del pulso, deberá palpase la - arteria radial haciendo compresión sobre ella, de manera que se sientan bien sus movimientos de expansión, sosteniendo en la otra mano un reloj de bolsillo que marque los segundos. - Es conveniente contar las pulsaciones durante el minuto com - plete; es aconsejable fijarse en el número de pulsaciones - que se efectúan cada diez o quince segundos.

Normalmente, la frecuencia del pulso varía según la edad, ta - lla, sexo y, en la misma persona, según la postura del cuer - po; lo mismo si se encuentra en reposo desde hace algún tiem - po o bien si acaba de hacer ejercicio físico. El estado de - ayuno o de digestión influyen también en la frecuencia del - pulso. (Dr. Cuevas, Francisco, Manual de Técnica Médica Pro - pedéutica, México 1951, P.P. 265-266).

Las variaciones del pulso se determinan según la edad, de la siguiente manera: Menor de un año: se registran de ciento - veinticinco a ciento treinta pulsaciones; de dos a diez años: de cien a ciento diez pulsaciones; de veinte a sesenta años: de setenta a ochenta pulsaciones; pasados los sesenta años - aumentan un poco: de ochenta y cinco a noventa pulsaciones. Debe entenderse que se trata de cifras promedio.

En la mujer, de un modo general, el pulso es más frecuente - que en el hombre.

Las personas de estatura elevada tienen menor número de pulsaciones que las de baja estatura.

La actitud del cuerpo influye de tal forma en la frecuencia que, en decúbito, las pulsaciones son en menor número que es tando el individuo de pie o sentado.

Muy conocido es el hecho de que en reposo las pulsaciones - son en menor número.

Con la digestión, la frecuencia del pulso aumenta; al igual que en los estados de emoción.

Patológicamente, la frecuencia del pulso puede estar umenta da o disminuída, siendo más frecuentes los motivos que hacen aumentar el número de pulsaciones.

La causa más común de aumento en la frecuencia del pulso (ta quisfigmia), es la fiebre.

En el colapso, hay también un gran aumento en la frecuencia del pulso.

Fuera de padecimientos febriles, el aumento en la frecuencia del pulso puede presentarse en enfermedades del corazón (endocarditis, algunas lesiones valvulares, miocarditis, etc.); en el hiper-funcionamiento tiroideo, en ciertos casos de excitabilidad neuropsíquica, en la enfermedad de Bouveret (ta quicardia esencial paroxística). En los estados anémicos - existe también taquisfigmia. (Dr. Cuevas, Francisco, Manual de Técnica Médica Propedéutica, México, 1951, P.P. 266).

La disminución en la frecuencia del pulso, llamada bradisfig mia, se encuentra en la interrupción del haz de his, en las compresiones cerebrales, en la impregnación del miocardio - por las sales biliares en los casos de ictericia, en estados caquécticos, en algunas convalecencias, en la insuficiencia aórtica y en la hipertensión arterial.

El ritmo o regularidad en la sucesión de los fenómenos, tie- ne tanta importancia como la frecuencia. Cuando esa regulari- dad se efectúa tanto en los intervalos de tiempo que separan a los fenómenos entre sí como en las características de cada fenómeno, se dice que el ritmo es completo; existe eurritmia.

Ahora bien, la sucesión de las pulsaciones se efectúa según el ritmo completo. En efecto, el tiempo que separa a una pulsación de la otra es siempre igual, y los caracteres de las pulsaciones son en todas ellas semejantes.

Patológicamente, el pulso puede perder el ritmo habitual de dos diferentes maneras; adquiriendo otro ritmo diferente del fisiológico, llamándosele en este caso pulso alorrrítmico. Puede efectuarse también la sucesión de las pulsaciones sin ningún ritmo, constituyendo la arritmia completa o pulso arritmico. (Dr. Cuevas, Francisco, Manual de Técnica Médica Propedéutica, México, 1951, P.P. 266-268).

También debe notarse si la respiración es rápida, con inspiraciones cortas, o si hay disnea. Estos síntomas pueden indicar presencia de enfermedad pulmonar; enfermedad cardíaca o anemia. (Dr. Burket Lester W., Medicina Bucal, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, 1973, P.P. 15).

METODO AUSCULTATORIO

Este método fue descubierto por Korothow y está basado en la auscultación de la arteria humeral en el pliegue del codo.

El aparato más usado para medir la presión arterial es el baumanómetro; también nos auxiliamos con el estetoscopio o por sensibilidad digital.

El dentista debe conocer la presión arterial de su paciente pues muchas intervenciones suponen un 'stress' que puede elevar todavía más la presión arterial. Además, la inyección intravascular accidental, o la absorción muy rápida de anestésicos locales que contengan adrenalina, pueden elevar considerablemente la presión.

Los pacientes hipertensos, requieren de sedantes preoperatorios, anestésicos sin vasoconstrictores, y sesiones cortas. (Dr. Cuevas, Francisco, Manual de Técnica Médica Propedéutica, México, 1951, P.P. 278).

Es fácil medir la presión arterial y cualquier dentista puede hacerlo.

El paciente debe estar sentado, con el brazo derecho (de preferencia) sobre la mesa, descansando el antebrazo a nivel del codo, aproximadamente a la altura del corazón.

En general, se puede palpar la cara interna del brazo, a nivel del tercio inferior, debajo del bíceps. Se envuelve en forma homogénea y apretada el manguito sobre la parte superior del brazo, dejando de 3 a 5 cms. entre su borde inferior y el pliegue del codo.

Se palpa el pulso radial del paciente, y se bombea aire en el manguito, de 20 a 30 mm de Hg. por encima del valor para el cual ya no puede palparse el pulso.

Se coloca sobre la arteria, inmediatamente por debajo del pliegue del codo, la campana o la cápsula del estetoscopio, y se deja escapar lentamente el aire del manguito (a razón de 3 mm de Hg. por latido) hasta oír el primer ruido; éste se anota como presión sistólica. Se sigue disminuyendo la presión en el manguito hasta ya no oír sonidos. Se obtiene así la presión diastólica. (Burket Lester W., Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, 1973, P.P. 16).

VARIACIONES FISIOLÓGICAS:

La tensión arterial en estado normal sufre variaciones de acuerdo con la edad, sexo, respiración, reposo, ejercicio muscular, etc.

El promedio de la tensión arterial sistólica en el adulto, es de ciento veinte a ciento cuarenta milímetros; siendo el de la diastólica de 70 a 80. La diferencia entre las dos es la tensión diferencial o variable, o tensión del pulso.

La tensión aumenta progresivamente con la edad; pero muy lentamente, siendo en la infancia y en la adolescencia cuando mejor puede ser apreciado el ascenso tensional a medida que los años pasan.

La tensión arterial es más baja en la mujer que en el hombre, en un promedio de cinco a diez milímetros de mercurio.

La tensión baja en casos de vasodilatación. (Dr. Cuevas, Francisco, Manual de Técnica Médica Propedéutica, México, 1951, - P.P. 280).

AUSCULTACION DEL CORAZON

Esta exploración puede ser hecha por aplicación directa de la creja, en la región precordial (auscultación directa o inmediata), o por medio del estetoscopio (auscultación mediata o indirecta).

De los dos métodos, debe ser preferido el segundo, ya que permite localizar mejor los ruidos que se producen durante la revolución cardiaca. En algunos casos, sin embargo, cuando el corazón está muy debilitado, la auscultación directa puede prestar servicios, haciendo escuchar ruidos muy poco intensos que opacan al oído cuando se usa el estetoscopio.

Para proceder a la auscultación, deberá esperarse a que la emoción que pudiera embarazar al sujeto sea disipada, ya que ésta altera el ritmo del corazón y puede hacer aparecer algunos fenómenos que no existen en ritmo normal.

La auscultación del corazón puede hacerse en cualquier actitud del sujeto; pero cuando ésta se realice estando de pie o sentado, deberá también colocarse al individuo en posición de cúbito supino, porque en esta actitud se perciben mejor algunos fenómenos.

Es preciso aclarar que debe existir el silencio más completo cuando se efectúe esta exploración.

Al mismo tiempo que se ausculta el corazón, deberá palparse el pulso radial, a fin de fijar con precisión los tiempos de la revolución cardiaca. Sabido es que en efecto, la sístole ventricular coincide con la expansión de la arteria, y la diástole con la depresión de ésta. (Dr. Cuevas, Francisco, Manual de Técnica Médica Propedéutica, México, 1951, P.P. 300-301).

RESTO DE LA EXPLORACION

La exploración no debe limitarse a la cavidad bucal. Debe anotarse el aspecto general del individuo. Se deben evaluar las reacciones emocionales del paciente, así como su estado general de nutrición. Se buscarán petequias y datos de ictericia en: conjuntiva, esclerótica y piel. Además, se anotarán los reflejos pupilares a la luz, y se observarán los tobillos en busca de edema. (Burket Lester W., Medicina Bucal, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, D. F., 1973, P.P. 17).

ESTUDIOS DE LABORATORIO

Los estudios de laboratorio constituyen una ampliación de la exploración física. Se obtienen del paciente: tejidos, sangre, orina y otras muestras, que se someten a estudio microscópico, bioquímico, microbiológico o inmunológico.

Es importante que el clínico, una vez recopilada toda esta información, la organice, la interprete y relacione con los estudios de laboratorio correspondientes; a fin de obtener un diagnóstico completo y preciso.

CAPITULO II

ATAQUE VASOVAGAL:

TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA

Las perturbaciones del sensorio pueden estar asociadas a una disminución de la actividad motora, (por ejemplo: estupor o coma), o a un aumento de dicha actividad, (por ejemplo: excitación, delirio, manía). Las perturbaciones sensoriales pueden variar desde la ofuscación parcial hasta una pérdida completa de la conciencia. La reacción tipificada del sujeto a estas perturbaciones, depende de la naturaleza de la intensidad del estímulo, así como del estado físico, mental y afectivo del paciente. (M.A. Krupp, M.J. Chatton, Diagnóstico - Clínico y Tratamiento, Ed. El Manual Moderno, 2a. Ed., México, 1976, P.P. 612).

Síncope. - Es la pérdida pasajera de la conciencia causada por disminución temporal del riego sanguíneo del cerebro, aquí utilizamos una definición más amplia, que incluye los trastornos breves del conocimiento, causados por cambios de composición química de la sangre; como ocurre en la hipoglucemia. El síncope en sus diversas formas, es un trastorno extraordinariamente frecuente, y se ha comprobado que ocurre en un promedio del 25 al 30% entre los varones jóvenes y adultos sanos. (Cecil Loeb, Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, 13a. Ed., México, 1972, P.P. 177-178).

La pérdida del conocimiento en el síncope puede no ser completa, pero puede incluir grados variables de trastornos del sensorio, con visión borrosa, debilidad y pérdida del tono postural pasajeros.

Tales ataques pueden describirse por el paciente como vértigo, vahído, cabeza ligera o sensación de borrachera. Estas manifestaciones parciales tienen comienzo rápido, duración breve y recuperación completa; característica del vahído plenamente desarrollado. (Cecil Loeb, Tratado de Medicina In-

terna, Ed. Interamericana, 13a. Ed., México, 1972, Vol. 1, - P.P. 178).

Patogenia.- El síncope depende la mayoría de las veces de una disminución del riego cerebral sanguíneo por debajo de un valor normal crítico, y suele estar producido por una caída brusca de la presión arterial. Ello a su vez resulta de una pérdida de resistencia periférica, como se observa en los vahídos vasopresores. Sin embargo, en muchos pacientes, la pérdida del conocimiento no depende de disminución de la presión arterial, sino de disminución de los componentes esenciales de la sangre, como glucosa, bióxido de carbono u oxígeno.

El valor crítico para mantener el conocimiento, se ha calculado que es alrededor de 3 ml. por cien gramos de cerebro por minuto, (el valor normal es de 50 a 55 ml.). (Cecil - Loeb, Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, 13a. Ed. Vol. 1., México, 1972, P.P. 178).

SINCOPE VASOPRESOR (VAHIDO COMUN) O ATAQUE VASOVAGAL

Se produce en el enfrentamiento súbito con acontecimientos desagradables, tales como: la vista de sangre, oír malas noticias, o incluso la iniciación repentina de un dolor.

El síncope vasodepresor o ataque vasovagal; el tipo más común, está caracterizado por un descenso brusco de la presión sanguínea y una disminución de la frecuencia cardiaca.

El estímulo causal puede ser sensitivo, (por ejemplo: dolor repentino), o enteramente afectivo, (por ejemplo: pena o desamparo, angustia, etc.). Por lo común, el paciente se encuentra de pie o sentado cuando el desvanecimiento ocurre; la posición recumbente restaura inmediatamente la conciencia.

En las fases iniciales puede haber debilidad motora, molestias epigástricas, transpiración, intranquilidad, bostezo y respiraciones suspirantes. El paciente puede aparecer angus

tiado, con la cara pálida y las extremidades húmedas y frías. Después de varios minutos pueden ocurrir mareos, vista nublada y pérdida del conocimiento, con tono muscular disminuido. Si el paciente se mantiene erecto, pueden observarse breves y ligeras convulsiones. (M.A. Krupp, M.J. Chatton, Diagnóstico Clínico y Tratamiento, Ed. El Manual Moderno, 2a. Ed., - México, 1976, P.P. 614-615).

Cuando la presión arterial media cae por debajo de valores críticos, hay pérdida del conocimiento y se observan cambios electroencefalográficos característicos.

La bradicardia muchas veces es intensa al comienzo de la pérdida del conocimiento, y pueden encontrarse pulsos de 50 a 60 pulsaciones por minuto, incluso después de la recuperación, la duración del síncope es breve; desde unos pocos segundos a varios minutos.

En período postsíncopal el paciente puede quejarse de cefalea, debilidad, nerviosismo y ligera confusión.

El acontecimiento inicial en esta reacción compleja y neurógena, es la dilatación de la red vascular en toda la economía, sobretodo en los músculos periféricos. El centro vasomotor de la protuberancia del cerebro produce vasoconstricción periférica: 'palidez', y vasodilatación esplácnica: - 'concentración de sangre a nivel visceral', por consiguiente, reduce los niveles de irrigación cerebral, produciéndose el llamado desmayo común. (Cecil Loeb, Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, 13a. Ed., México, 1972, - P.P. 178).

TERAPIA

1. El enfermo debe ser colocado en posición horizontal; ésto se hace con el fin de facilitar la irrigación y aporte sanguíneo, así como el retorno venoso.
2. Aflojar prendas de vestir que pudieran interrumpir la circulación adecuada.
3. Administrar por vía oral, una solución glucosada (gluco

lin), con el fin de aumentar la glicemia en el organismo, y de esta manera proporcionar un aporte suficiente al cerebro.

4. Mantener un control de todos los signos vitales. Si el ataque vasovagal no se corrige en sus primeras etapas, se producirá una reducción del aflujo sanguíneo a los riñones y una lesión cerebral.

Corresponde al dentista evitar este tipo de acontecimientos desagradables dentro del consultorio dental, y el primer paso es mostrarse afable y comprensivo con el paciente, y transmitirle confianza absoluta a éste.

CAPITULO III

HIPOGLUCEMIA:

Es la disminución de la reserva de glucógeno en el organismo - debido a: ayuno, stress o sobredosis de hiperglucemiantes. - Existe hipoglucemia cuando la concentración de glucosa en la - sangre, disminuye por debajo de 50 Mg. por 100 Ml.

Puede aparecer hipoglucemia reactiva en personas emocionalmente tensas, unas pocas horas después de ingerir algún alimento rico en carbohidratos. (Cecil Loeb, Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, 13a. Ed., México, 1972, P.P. 181, - 1733).

Cuando existe hipoglucemia, frecuentemente se asocia a una enfermedad tal como: tumor de islotes de Langerhans o avance - adrenal, pituitaria, o disfunción hepática. El cuadro clínico resultante es confusión, o de igual modo pérdida de la conciencia.

El diagnóstico depende enormemente de la historia y valoración clínica del paciente, la documentación de la reducción de azúcar en la sangre durante un ataque, y la regeneración por una inyección de insulina o de una dosis oral de tolbutamida. (Harrison's Tinsley, Principles of Internal Medicine, Ed. by M.M. Wintrobe, 7a. Ed., Vol. 1, New York, 1974, P.P. 76).

Manifestaciones clínicas.- La hipoglucemia se presenta en dos formas diferentes, pero no exclusivas: una manifiesta por anomalías del sistema nervioso, y la ótra por descarga adrenérgica.

La disminución de la glucemia a niveles tan bajos como 20 Mg. - por 100 Ml., puede tolerarse por breves períodos sin ningún - síntoma en personas sanas. Si dichos niveles bajos persisten, - el sistema nervioso no dispone de las cantidades adecuadas de glucosa como sustrato metabólico principal, y se presentan sin tomas de disfunción cerebral. Estos pueden presentarse en forma de confusión, alucinaciones, hiperactividad e incluso con-

vulsiones; pero el resultado final es un shock.

La respuesta normal a la hipoglucemia es una secreción masiva de adrenalina, por eso es característico el cuadro de la hipoglucemia con taquicardia, sudación, palidez y aumento de la presión arterial. (Cecil Loeb, Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, 13a. Ed., México, 1972, Vol. II, P.P. 1733-1734).

Shock hipoglucémico. - Etiopatogenia: Es ocasionada por el descenso brusco de la glucemia normal (80 - 100 Mg.), debida casi siempre a sobredosis de cualquiera de los agentes hipoglucemiantes conocidos, y en raras ocasiones, a la existencia de tumores pancreáticos, formadores de insulina. Siendo la glucosa un metabolito absolutamente necesario para que por su combustión se mantenga el metabolismo de la célula nerviosa, su descenso habitualmente por debajo de 50 Mg., se acompaña de coma.

Sintomatología. - Se inicia habitualmente con sudoración, taquicardia, temblores y ansiedad; se pasa rápidamente a confusión y coma; acompañadas de convulsiones y trastornos reflejos.

Tratamiento:

1. Venoclisis de soluciones glucosadas isotónicas (glucosa al 50%, Dextrabbot). No deberá ser rápida, para no provocar una respuesta de mayor liberación pancreática de insulina.
2. En caso de urgencia, puede ser útil administrar adrenalina (1 Mg. por vía subcutánea) o glucagon (5 Mg. por vía muscular o venosa).
3. Recuperado el paciente:
 - a) Si es diabético, reiniciar el tratamiento diabético e hipoglucemiantes.
 - b) Si no lo es, sospechar insulinoma o intoxicación voluntaria con hipoglucemiantes.

(Dr. Báez Villaseñor José, et. al. Temas para el Examen del Médico Cirujano, Ed. Méndez Oteo, 7a. Ed., México, D. F., -

1976, P.P. 115-116).

Se puede evitar esta complicación si el dentista hace una buena historia clínica del enfermo diabético en cada cita, para establecer si éste ha tomado su dosis habitual de insulina (o de hipoglucemiantes por vía oral), y ha ingerido bastantes calorías, cuyo metabolismo corresponda a la insulina o al agente administrado. (Dr. Burket Lester W., Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, - D. F., 1973, P.P. 452).

CAPITULO IV

ANAFILAXIA:

Las reacciones anafilácticas son reacciones inmediatas de tipo choque, que frecuentemente son fatales; éstas ocurren minutos después de la administración de sueros o medicamentos extraños. Aunque ocasionalmente no hay exposición anterior a la sustancia extraña, estas reacciones agudas generalmente representan hipersensibilidad inducida.

Las reacciones anafilácticas pueden ocurrir después de la inyección de sueros, penicilinas y otros antibióticos y prácticamente de cualquier agente medicamentoso o de diagnóstico que se haya administrado repentinamente. Rara vez ocurre anafilaxis después de la ingestión de alimentos o medicamentos administrados por vía oral. (M.A. Krupp, M.J. Chatton, Diagnóstico Clínico y Tratamiento, Ed. El Manual Moderno, 2a. Ed., México, D. F. 1976, P.P. 13).

También podemos encontrar reacción anafiláctica debida a: inhalación de pelos de animales sujetos a descamación: (pelos de caballo, de gato, de perro, etc.), el polen de ciertas flores, o con la ingestión de ciertos alimentos: (pescados, mariscos, carne de cerdo, etc.), generalmente se manifiesta por urticaria. También podemos encontrar alergias a ciertas telas de prendas de vestir, maquillajes, lociones, etc.

Cualquier manifestación que el paciente presenta después de la administración de anestesia odontológica, es atribuída comunmente a reacciones alérgicas, y éstas son quizá las menos frecuentes.

El cuadro clínico de las reacciones alérgicas, entre ellas el choque anafiláctico, se manifiestan inmediatamente a la administración del alergeno -en el presente caso el alergeno es el anestésico- y puede iniciarse con urticaria, angioderma, abundantes estornudos, rinorrea acuosa, disnea, tos, enrojecimiento de la cara y algunas otras zonas de la piel, pulso débil y frecuente baja de la presión arterial; de no tratarse con medidas adecuadas, puede presentarse colapso y sobrevenir la muerte.

(Dra. Ruiz Castro, Bertha, Dr. Ortega Gómez, Humberto; Choque Anafiláctico por Anestésicos de Uso Odontológico, Revista ADM, Vol. XXXV, Enero-Febrero, México, 1978, P.P. 56-60).

Pueden reconocerse tres síndromes de anafilaxis, basados en las características clínicas más sobresalientes: 1) Edema laríngeo, 2) Broncoespasmo, y 3) Choque.

Los síntomas de la anafilaxis incluyen aprensión, parestesias, urticaria generalizada o edema, sensación de ahogo, cianosis, respiración jadeante, tos, incontinencia, choque, fiebre, dilatación de las pupilas, pérdida de la conciencia y convulsiones; la muerte puede ocurrir en un término de 5 a 10 minutos.

La anafilaxia también produce un estado de hipotensión por vasodilatación, pero en este caso, la vasodilatación arteriolar se complica de escape a nivel de los vasos, hemoconcentración y liberación de sustancias neurohumorales, como la histamina. - (Cecil Loeb, Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, 13a. Ed., Vol. II, México, D. F., 1972, P.P. 1017).

Tratamiento de urgencia:

1. Solución de epinefrina, 0.4 Ml. de una solución al 1:1000 (0.4 1 Mg.) intramuscular inmediatamente; repítase en un lapso de 5 a 10 minutos y después, según sea necesario. - Si el paciente no responde inmediatamente, adminístrese - 0.1 a 0.2 Ml. de solución al 1:1000 diluída en 10 Ml. de solución salina, por vía intramuscular lentamente.
2. Coloque al paciente en posición horizontal.
3. Manténgase una vía aérea adecuada, mediante sonda endotraqueal. Puede ser necesaria la cricotirotomía para el edema de laringe.
4. Adminístrese clorhidrato de difenilhidramina en solución acuosa; 5-20 Mg. intravenosa, después de la epinefrina, - si es necesario.
5. Oxígeno, 4-6 Lit./Min.

6. Inyección de aminofilina por vía intravenosa lentamente, 250-500 Mg. en 10 Ml. de solución salina, para el ataque de asma grave (sin choque).
7. Pueden administrarse líquidos por vía intravenosa para corregir la hipovolemia. Si la tensión arterial baja considerablemente, podrán administrarse agentes vasopresores (por ejemplo, levarterenol, 4 Mg. en un litro de solución glucosada en agua), mediante infusión; pero son de valor dudoso.
8. El succinato de hidrocortisona sódica 'Flebocortid', 100-250 Mg. en agua o solución salina por vía intravenosa, durante un lapso de 30 segundos, después de la administración de epinefrina o difenilhidramina, puede prevenir las reacciones prolongadas; la eficacia de los esteroides antiinflamatorios en el tratamiento de diversas enfermedades alérgicas, está comprobada. (M.A. Krup, M.J. Chatton, - Diagnóstico Clínico y Tratamiento, Ed. El Manual Moderno, 2a. Ed., México, 1976, P.P. 13).

Prevención:

- A. Precauciones.- Es importante que el cirujano dentista esté conciente del peligro; que no emplee los medicamentos en forma indiscriminada (evítese dar medicamentos potencialmente peligrosos, a menos que haya una necesidad definida).

Una de las anafilaxias que más se reportan en el consultorio dental, y en general, es la producida por las penicilinas. El único método realmente efectivo para evitar las alergias, es el suprimir el empleo de las penicilinas. Las del tipo semisintético y compuestos relacionados tienen, en un grado variable, alergenicidad cruzada con las penicilinas naturales.

'LAS PRUEBAS ESPECIFICAS PARA EL ANTIGENO DE LA PENICILINA SON POR LO GENERAL ERRATICAS Y NO SON TAN CONFIABLES COMO LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE EN RELACION CON REACCIONES PREVIAS'.

Otros medicamentos, además de la penicilina, que pueden inducir anafilaxis, son los siguientes: los sueros inmunizantes (por ejemplo, antitetánico, antiviperino), dehidrocolato sódico, demetilclortetraciclina, proteínas empleadas como fármacos (quimotripsina, penicilinas), nitrofluorantofina, sulfobromoftaleína, estreptomina, medios de contraste yodados hidrosolubles para el uso parenteral y, rara vez, vacunas.

- B. La administración previa de medicamentos antihistamínicos (casos especiales), ha reportado reducción de la frecuencia y la gravedad de las reacciones anafilácticas por medio de los antihistamínicos; no garantiza completa seguridad contra la anafilaxis en ciertos individuos hipersensibles.
- C. Corticotropina y Corticoesteroides.- Se ha sugerido la administración cuidadosa de corticotropina y corticoesteroides antes de la administración de medicamentos a los cuales es sensible el individuo, pero los resultados son impredecibles y azarosos. (M.A. Krup, M.J. Chatton, Diagnóstico Clínico y Tratamiento, Ed. El Manual Moderno, 2a. Ed., México, 1976, P.P. 13-14).

CAPITULO V

INFARTO DEL MIOCARDIO.

Las urgencias cardiacas mortales son raras en el consultorio dental, pero todo ésto no significa que el dentista deba ignorar los posibles problemas que plantean los enfermos del corazón. La amplia gama de fármacos potentes que reciben en la actualidad este tipo de pacientes, constituye también un problema para el dentista que los trata.

La atención del paciente cardiaco en el consultorio del dentista, es cada día más importante. Esto se explica por varios hechos. La proporción de la población que se encuentra en la actualidad más propicia para el desarrollo de enfermedades crónicas, va en aumento. (Dr. W. Burket Lester, Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, D. F., 1973, P.P. 231).

Al paso que han ido desapareciendo los padecimientos infecciosos del corazón, y en particular la fiebre reumática y la sífilis, los problemas de las arterias coronarias que conducen al infarto del miocardio y a los síndromes de insuficiencia coronaria; parece que van en aumento vertiginoso.

Este padecimiento se conoce desde hace muchos años y a principios del siglo XIX se describió magistralmente el cuadro de la angina de pecho.

En México es muy probable, o seguro, que los problemas coronarios han aumentado visiblemente. (Dr. Vela Espino, Jorge, Introducción a la Cardiología, Ed. Méndez Oteo, 7a. Ed., México, D. F., 1975, P.P. 493-494).

El infarto del miocardio se debe a disminución de alguna de las arterias coronarias o de sus ramas, por formación de trombos, alteraciones arterioescleróticas que afectan estos vasos o sus desembocaduras y, en ocasiones, embolias. El dolor intenso y el desenlace, a veces mortal, se deben a trastornos de nutrición o necrosis del músculo cardiaco, por efecto del menor riego sanguíneo.

Bases para el Diagnóstico:

- Dolor súbito pero sin desarrollo instantáneo de dolor compresivo en la región anterior del tórax, que puede producir arritmias, hipotensión, choque o insuficiencia cardiaca aguda.
- En raras ocasiones ocurre sin dolor simulando insuficiencia cardiaca aguda, síncope, trombosis cerebral o choque sin causa aparente.
- Fiebre, leucocitosis, aumento de la velocidad de sedimentación, elevación de la transaminasa sérica glutámico oxalacética, y la deshidrogenasa láctica, en las primeras 24 a 48 horas.
- Muerte súbita.- La muerte súbita puede ser la manifestación de un padecimiento coronario en alrededor de un 20% de los casos y como se muestra en pacientes en los que se han practicado electrocardiogramas; el fallecimiento, habitualmente es por fibrilación ventricular. (M.A. Krupp, M. J. Chatton, Diagnóstico Clínico y Tratamiento, Ed. El Manual Moderno, 2a. Ed., México, 1976, P.P. 13-14).

Tratamiento en el Consultorio Dental.

1. Llamar al servicio médico de urgencia más cercano.
2. Administrar oxígeno.
3. Mantener al paciente en posición horizontal.
4. Pueden administrarse narcóticos en dosis moderadas, por ejemplo, 25-50 Mg. de meperidina (Demerol), por vía intramuscular, o 1/4 a 1/2 ampolleta de morfina, por la misma vía.
5. Si la disnea es intensa, aplicar torniquetes. (Mc. Carthy Frank, M., Emergencias en Odontología, Ed. El Ateneo, 2a. Ed., México, D. F., 1973, P.P. 276).

Existe evidencia convincente de que este tipo de pacientes con padecimientos coronarios, se tratan mejor en una unidad especial equipada con registro continuo, alarma, marcador del paso y equipo de resucitación, así como con médicos y enfermeras es

pecialmente adiestrados. Actualmente está muy claro que el registro de fibrilación ventricular y muerte súbita, es mucho mayor en las primeras horas después de la aparición del infarto del miocardio. Se debe hacer todo lo posible para internar a estos pacientes en una unidad de cuidados coronarios intensivos, lo más pronto que se pueda, con el objeto de disminuir la frecuencia de la muerte fuera del hospital. (M.A. Krupp, M.J. Chatton, Diagnóstico Clínico y Tratamiento, Ed. El Manual Moderno, 2a. Ed., México, D. F., 1976, P.P. 219).

CAPITULO VI

INSTRUMENTAL Y FARMACOS DE URGENCIA.

Consideraciones generales.

1. No son frecuentes las urgencias en el consultorio del dentista. Ahora bien, si ocurre alguna, es importante que éste y su personal se encuentren preparados para el tratamiento eficaz, con el objeto de evitar daño fisiológico permanente e incluso la muerte del enfermo.
2. Prevención:
 - a) Historia médica adecuada; (alergias, enfermedades cardiacas, cardiopatía arterioesclerótica, hipertensión, disnea nocturna paroxística, ortopnea u otras formas de disnea, asma, lipotimias, diabetes, tendencias hemorrágicas, etc.), una historia positiva en cuanto a estos padecimientos o a otra serie de problemas médicos, deben poner en guardia al dentista en lo que se refiere a posibles complicaciones.
 - b) El uso prudente de sedantes y la atención amable y cuidadosa, junto con una buena relación médico-paciente, son consideraciones que pueden mitigar o reducir a un mínimo las tensiones y temores que desencadenan muchas urgencias.
 - c) Familiarizarse con todos los medicamentos que pueda estar tomando el paciente, sus contraindicaciones y efectos colaterales.
 - d) Ponerse de acuerdo con un médico vecino y contar con su teléfono. Entablar relaciones con el hospital de urgencia más cercano y saber correctamente cómo utilizar sus servicios.
 - e) Consultar con el médico de cabecera, por teléfono o por escrito, cuando se considere indicado, ante una historia con antecedentes dudosos.

- f) Cuando se administre anestesia local, aspirar siempre - con la jeringa.
 - g) Cuando un paciente tiene una cita matutina, asegurarse de que ha tomado su desayuno; ésto no se aplica cuando va a utilizarse anestesia general.
2. Prepararse con tiempo ante la posibilidad de una urgencia.
 3. Cuando ocurre una urgencia, lo más importante es reconocer ante qué caso se encuentra el dentista.

Actitud que debe tomar el cirujano dentista, ante una situación de urgencia:

1. Obtener asistencia médica inmediata. Avisar a los ayudantes para que presten sus servicios.
2. Observar si la respiración es adecuada; asegurarse de la permeabilidad de las vías aéreas y estimular la respiración cuando se considere necesario.
3. Investigar si es adecuada la circulación del paciente, por observación del grado de conciencia, presión arterial y pulso. Casi siempre la circulación mejora con posición adecuada (horizontal), y con buena ventilación.
4. Una vez estabilizado el paciente, considerar un diagnóstico más específico y tratamiento suplementario. Evitar las llamadas drogas de urgencia hasta asegurarse de que son necesarias, en cuyo caso no debe dudarse en su administración. (Mitchell Standish Fast, Propedéutica Odontológica, Ed. Interamericana, 2a. Ed., México, D. F., 1973, P.P. 412-413).

EQUIPO PARA USO DE URGENCIA:

Equipo cardiovascular.

1. Agujas calibre 18, 20 y 25; seis de cada una.
2. Jeringas de 1.5 y 10 Ml.; dos de cada una.
3. Esfingiománómetro y estetoscopio (tipo diafragma) y te-

la adhesiva de dos centímetros.

4. Dos frascos de 500 Ml. de solución glucosada al 5% -- (Dextrabbot) y equipo de venoclisis.
5. Equipo para sección venosa; hilo seda 000, pinzas hemostáticas, curvas de mosquito, guantes de goma y gasa de 5 x 5 cms, agujas de calibre 14.

DROGAS PARA USO DE URGENCIA:

Estimulantes y vasopresores.

'Se citan las siguientes drogas en orden de potencia creciente. Estos medicamentos deben utilizarse tan solo si se conocen las precauciones que requieren y los efectos que producen'.

1. Sulfato de wyamine (sulfato de mefentermina): Corrige caídas moderadas de la presión arterial; aumenta la fuerza de contracción del corazón. Indicado en choque acompañado de infarto miocárdico. Dosis: 30 a 45 Mg. - por vía intramuscular o intravenosa.
2. Aramina (metaraminol): Vasopresor poderoso que aumenta la presión arterial durante un tiempo prolongado. Efecto beneficioso sobre el miocardio en el choque coronario. Se administra directamente por vía intravenosa o intramuscular. Tarda 10 minutos en hacer efecto. Debe emplearse con cuidado en cardiacos, hipertiroideos e hipertensos. Debido a que la respuesta es algo demorada, procede no administrar dosis adicionales demasiado pronto.

De acuerdo a la vía de aplicación del fármaco, se administran diferentes cantidades: intramuscular, 2 a 10 Mg.; inyección intravenosa, 15 a 100 Mg./500 Ml. de glucosa en agua al 5% lentamente, y según las necesidades impuestas por las cifras de la presión arterial; - en urgencias graves se administran 5 Mg. directamente por vía intravenosa.

3. Vasoxyl (methoxamine): Vasopresor potente y rápido sin estimulación cardíaca. Indicado en el choque asociado con infarto miocárdico. Dosis: 15 Mg. intramuscular, o si la presión arterial se encuentra por debajo de 60 - Mm., administrar 35 Mg./250 Ml. de solución glucosada en agua al 5%. Emplear con cuidado en hipertensos e hipertiroideos. Relativamente inocuo.
4. Adrenalina al 1%: Vasopresor potente que produce vasoconstricción periférica y estimula el corazón, aumentando el gasto cardíaco. Indicada específicamente en anafilaxia y asma grave. Contraindicada en hipertiroidismo, enfermedades cardíacas y pacientes sometidos a tratamiento con derivados de fenotiacina (drogas antihipertensoras, por ejemplo, Thorazine, Stelazine). Dosis: 0.25 a 0.50 por vía subcutánea o sublingual, o bien intrarraquídea, después de diluir.

Dilatadores coronarios (para angina de pecho).

1. Nitroglicerina (trinitrato de glicerol), 0.4 Mg. en tabletas, para prevención y tratamiento de la angina de pecho. Colocar la tableta debajo de la lengua; puede repetirse varias veces. El exceso en la dosis causa caída de la presión arterial.
2. Nitrito de amilo en inhalación (perlas); en angina de pecho por inhalación. Duración corta de acción. Util en ataques agudos de asma.

Drogas convulsivas y sedantes.

1. Seconal sódico o nembutal sódico inyectable (50 Mg./ - Ml.): Sedante, hipnótico y anticonvulsivo. Dosis: 100 a 200 Mg. lentamente, por vías intramuscular o intravenosa.

Precauciones: Deberá usarse con cuidado en enfermos con insuficiencia hepática, dado que puede ocurrir prolongación de los efectos.

Analgésicos.

1. Meperidina; 'Demerol': Analgésico excelente. También anti espasmódico, antisialagogo y sedante. Ejerce poco efecto sobre la presión arterial, frecuencia respiratoria o función cardiaca. Indicado en pacientes con dolor por infarto y en otros casos de dolor intenso. Dosis: 100 Mg. por vía intramuscular, cada cuatro horas.
2. Sulfato de morfina: En casos de infarto miocárdico y otros dolores graves. No emplear en pacientes sin conocimiento o con lesiones cardiacas o en casos de compromiso respiratorio. Dosis: 8 a 15 Mg. por vía bucal o intramuscular.

Antihistamínicos, contra situaciones de alarma, y antiasmáticos.

1. Clorhidrato de difenhidramina; 'Benadril': En casos de - alergia como urticaria, o en calidad de terapéutica como sostén para anafilaxia. También sedante en trastornos emocionales. Dosis: 50 a 100 Mg. lentamente, por vías intramuscular o intravenosa.
2. Maleato de Parabromodilamina; 'Dimetane': Es especialmente útil para prevenir los síntomas de las alergias y las manifestaciones graves que dependan de ellas; tales como la hipersensibilidad a drogas orales o inyectables, transfusiones, etc. Contraindicado en pacientes que presentan hipersensibilidad a la droga. Dosis: 40 Mg. en 24 horas.
3. Aminofilina; 'Aminofilin-Cor': Excelente en casos de ataque asmático agudo cuando fallan otras medidas. Relaja el músculo liso y es estimulante cardiaco. Dosis: 500 - Mg. por vía intravenosa, muy lentamente.
4. Adrenalina: Potente antiasmático y antialérgico.
5. El succinato de hidrocortisona; 'Flebocortid': Se encuentra indicado en estados alérgicos o anafilácticos graves, en ataques asmáticos, en los padecimientos inflamatorios

articulares, pleurales y meningeos. Dosis: 500 a 100 Mg. por vía endovenosa o intramuscular. Deberá tenerse cuidado en la administración a pacientes-hipertensos. (Mit--chell Standish Fast, Propedéutica Odontológica, Ed. Interamericana, 2a. Ed., México, D. F., 1973, P.P. 420-422).

CONCLUSIONES

1. Clínica y legalmente está indicado, que el cirujano dentista de práctica general, tiene como principal deber el auxiliarse de una buena historia y valoración de cada uno de sus pacientes; puesto que fundamentalmente el éxito de dicho profesionista, dependerá en su mayor parte de un acertado estudio diagnóstico.
2. El cirujano dentista además de ser preponderantemente la persona encargada de la salud bucal de sus pacientes, debe desempeñar funciones tan importantes como:
 - a) Receptor directo de problemas de salud general, además de proporcionarles atención médica si está a su alcance, de no ser así, remitirlos con el médico general o especialista, según sea el caso.
 - b) Amigo, dando trato amable y afectuoso a cada uno de ellos, atento siempre a las indicaciones que se le hagan, y dispuesto siempre a entablar cualquier tipo de conversación.
3. Es de gran importancia el criterio odontológico con fines a la prevención, aún durante maniobras sencillas; con el objeto de eliminar el mayor número de emergencias en el consultorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Edward V. Zegarelli, et. al., Diagnóstico en Patología Oral, Ed. Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1974.
2. Burket, Lester W., Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento, Ed. Interamericana, 6a. Ed., México, 1973.
3. Dr. Cuevas Francisco, Manual de Técnica Médica Propedéutica, 6a. Ed., México, 1951.
4. Beeson, Mc. Dermot, Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, 9a. Ed., México, 1977.
5. G. Francois, R., Deleuze, M. Cara, M. Poisvert, Manual de Medicina de Urgencia, Anestesia y Reanimación, Ed. Toray-Massom, Barcelona, 1976.
6. Mitchell Standish Fast, Propedéutica Odontológica, Ed. Interamericana, 2a. Ed., Barcelona, 1973.
7. M.A. Krupp, M.J. Chatton, Diagnóstico Clínico y Tratamiento, Ed. El Manual Moderno, 11a. Ed., México, 1976.
8. Cecil Loeb, Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, 13a. Ed., Vol. I., México, 1972.
9. Dr. Espino Vela Jorge, Introducción a la Cardiología, Ed. Méndez Oteo, 17a. Ed., México, D. F., 1975.
10. Harrison's, Tinsley Randolph, Principles of Internal Medicine, Ed. by M.M. Wintrobe, 7a. Ed., New York, 1974.
11. Comunicaciones Personales Profesionales.

REVISTAS DE ACTUALIZACION

1. Kuhn L.A., Management of Shock Following Myocardial Infarction., Am Heart J. 95 (4):529-34, Apr. 78.
2. Dopamine in Cardiac Failure and Shock, Br. Med. J. 2 - (6102):1563-4, 17 Dec. 77.
3. Roy S.K., Vaidyna M.P., Singh H.N., Relationship Between Shock Hypovolaemic and Myocardial Failure, Indian J. Med. Res. 65 (3):386-9, Mar. 77.
4. Kambara H. Therapeutic Experiences in Cardiogenic Shock, Jpn, Circ J. 41 (4):394-400, Apr. 77