



24. 157

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**IZTACALA - U. N. A. M.
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA**

**Tratamiento de las Emergencias de Origen
Fisiológico en el Consultorio Dental.**

T E S I S

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

ARIADNA B. GONZALEZ CONTRERAS

SAN JUAN IZTACALA

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

P R O L O G Opag. 1

I N T R O D U C C I O N " 4

C A P I T U L O I

E V A L U A C I O N

Historia Clínica	"	13
Exámen Físico	"	21
Signos vitales	"	22
Lineamientos para establecer un Diagnóstico	"	27
Pruebas de Laboratorio	"	29
Manifestaciones Orales de enfermedades generales ..	"	37
Relación Dentista - Paciente	"	47
Conducta del C. Dentista con la paciente embarazada "	"	55
Relación Dentista - Médico o Especialista	"	57

C A P I T U L O II

EMERGENCIAS DE ORIGEN FISIOLÓGICO

Lipotimias	"	60
Convulsiones	"	65
Insuficiencia Respiratoria	"	68

Insuficiencia cardiaca	pag.	74
Infarto de Miocardio	"	76
Angina de Pecho	"	78
Coma Diabetico	"	82
Hemorragias	"	87

C A P I T U L O I I I

BOTIQUIN INDISPENSABLE EN TODO CONSULTORIO DENTAL "	90
---	----

C A P I T U L O I V

TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS DE ORIGEN FISIOLÓGICO EN EL CONSULTORIO DENTAL

Tratamiento de las Lipotimias	91
Tratamiento de las convulsiones	92
Tratamiento de la Insuficiencia Respiratoria	93
Tratamiento del Paro Respiratorio	95
Tratamiento para el Infarto de Miocardio	99
Tratamiento para la Angina de Pecho	101
Trat. para las Reacciones alergicas cutáneas y shock	102
Tratamiento para el coma Diabetico	106
Tratamiento para las complicaciones hemorrágicas .	107

C O N C L U S I O N E S	122
-------------------------------	-----

P R O L O G O

La Emergencia es una situación de crisis tanto para el paciente que la sufre, como para la persona -- que se responsabiliza de dicha situación.

En este caso si se presenta dentro del Consultorio Dental, el Cirujano Dentista debe afrontar la situación responsablemente, ya que cuenta con la preparación necesaria.

Es importante que el Odontologo esté dispuesto y capacitado en todo momento dentro de su práctica general a ofrecer sus servicios al máximo de su capacidad; desde la prevención, hasta la solución de problemas graves inesperados.

Dentro de la práctica general diaria hacemos uso de fármacos tales como: Analgesicos o sedantes, Anestésicos, Antibióticos, etc. que son controlados y suministrados dependiendo de cada paciente. Por otra parte tenemos que el Consultorio Dental aún no es todo

lo agradable que se desearía, la mayoría de los pacientes acuden a este lugar casi obligadamente, a causa de molestias, - a solucionar un problema latente - y en pocas ocasiones a su prevención.

Si sumamos el estado de stress emocional con que se presenta la persona, a la utilización de fármacos depresores del Sistema Nervioso Central como los barbitúricos, o sustancias a las que el paciente sea hipersensible, podremos desencadenar situaciones no previstas que nos colocaran al frente de una Emergencia, en la que se requieran nuestros conocimientos para sacar adelante ese momento que es inaplazable porque hace peligrar la vida del individuo.

Nuestra obligación ante todo es la Prevención de estos acontecimientos, por ello insistiremos en la elaboración de una Historia Clínica completa como elemento indispensable de la Práctica Odontológica. Para lo cual he considerado importante referirme a las Relaciones, Dentista - Paciente, y Cirujano Dentista -- Médico General o Especialista que podrá ser tan estrecha como la propia enfermedad la indique, es decir; - que si nuestro paciente esta siguiendo un tratamiento

médico que juzguemos de cuidado o por la elaboración de la Historia Clínica detectamos algún problema de tipo Diabetes, Hemofilia, etc. nosotros trabajaremos de común acuerdo con el Médico que controla a nuestro paciente.

En este trabajo me refiero a Emergencia entendiéndose como tal, a un accidente o situación imprevista, que en Odontología al igual que en Medicina general es tan importante la decisión que tome el profesional que de ella depende la vida y el pronóstico del paciente.

Aquí desde luego pretendo plantear diferentes situaciones de urgencia comprendidas dentro del Sistema Nervioso, Aparato Respiratorio, Sistema Cardiovascular, de estas las más importantes y decisivas y su tratamiento a base del Botiquín indispensable en todo Consultorio Dental.

Debido a la extensión que la Medicina Oral -- representa en nuestro medio y que sería imposible abarcar aquí, debemos valorar nuestros conocimientos -- encaminándolos como anteriormente dije; a la Prevención, pero sabiendo resolver una Emergencia.

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

La historia de la Odontología esta completamente ligada a los orígenes de la Medicina, los hombres - de todas las edades y culturas se han interesado por - mantener su cuerpo y alma libres de enfermedades. Cuando el hombre primitivo se sentía atacado por algún mal se dirigía al Sacerdote - Médico, este personaje se dedicaba a la curación de los enfermos valiéndose de brujerías y rezos dirigidos a sus Dioses.

Se cree que fueron los egipcios los que distinguieron al Sacerdote del Médico y estos últimos adoptaron diferentes especialidades. La primera mención de un práctico dental se halla en la afirmación de Herodoto (siglo V antes de J.C.) " entre los egipcios el ejercicio de la Medicina esta regulado y dividido - en tal forma que se destinan Médicos especiales a la - curación de cada enfermedad y ningun doctor se preta- rá a tratar otra enfermedad. Así Egipto abunda en doctores de los ojos, los de la cabeza, algunos para los dientes, otros para el abdomen".

El parrafo anterior da la idea de una magnífica organización en el campo de la Medicina a pesar de su antigüedad. Sin embargo esta organización no fué - lo suficientemente adecuada ya que no se contaba más que con los medios exclusivos de la práctica.

Mucho tiempo la Odontología estuvo en manos -- de monjes y en el año de 1163 surgió el barbero - cirujano en el que todos los remedios odontológicos radicaban en la mutilación de los órganos dentarios.

Fué en Francia donde se reconoce más pronto la importancia de estas dolencias y sus remedios. Ahí mismo se origina el término Dentista y es hasta el año de 1840 que la Odontología se empieza a desarrollar como profesión autónoma con la creación de escuelas, revistas y material destinados a ser utilizados por los Dentistas, y, es también en esa época con el descubrimiento de los anestésicos que la ciencia médica pudo progresar enormemente, si tomamos en cuenta que sin el - control del dolor no se podrían llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas que hoy conocemos.

Analizando brevemente lo que es el dolor, podemos decir que significa sufrimiento físico y mental

y el que nadie esta dispuesto a recibir, por lo tanto -- los anestésicos resultaron un extraordinario descubrimiento provocando la insensibilidad local o general -- del organismo que requiere de una cirugía. Antes de -- los anestésicos solo se conocían drogas que provocaban confusión mental y hasta ocasionaban dependencia.

Los anestésicos que se conocen en la actualidad constituyen una verdadera necesidad en todos los -- campos de la Medicina, aunque hoy no pretendemos obtener todo el condicionamiento del individuo mediante la anestesia, se utilizan por ejemplo; los barbitúricos -- como inductores de los anestésicos que además suprimen el estado de excitación y modifican la cantidad de anestésico necesaria; disminuyéndola, reducen los riesgos -- y mejoran la recuperación del paciente. En el estado -- postoperatorio lo cuidamos con medicamentos antiinflamatorios, analgésicos y algunos otros dependiendo del caso.

Volviendo nuevamente al sitio que la Odontología obtuvo en el siglo pasado como profesión autónoma sus progresos individuales han sido notables, tanto en el mecanismo de restauración funcional y estética, en--

el terreno de prevención con el advenimiento de los fluoruros, así como con el conocimiento de la cavidad bucal y su relación con el organismo en general.

Actualmente la formación de los Cirujanos Dentistas dentro de las Universidades esta siendo enfocada no solo al tratamiento de la dentadura de los pacientes, sino al tratamiento de pacientes dotados de dentadura.

Conforme la profesión ha evolucionado y lo hara para el futuro, se están creando intereses más específicos en las diferentes facetas concernientes al aparato estomatognatico. Actualmente se encuentra a la Odontología subdividida en especialidades o diciplinas que ofrecen la ventaja de explorarlas a fondo y dedicarse de lleno al tratamiento fragmentado. Tenemos por ejemplo; la Ortodoncia que se dedica a la corrección en el crecimiento de los maxilares y alineamiento de los dientes para una oclusión perfecta. La Endodoncia destinada a piezas dentarias que han perdido vitalidad por caries degenerativa, por traumatismo como parte de un tratamiento restaurador avanzado, la Periodoncia, que estudia los tejidos que sirven de sostén al diente

como son la encía, hueso y ligamentos que mantienen el diente fijo en la cavidad alveolar, y otras tantas especialidades de igual importancia que son del conocimiento de todos los Cirujanos Dentistas aunque no en la profundidad con que se estudian en los cursos de postgrado.

Tenemos a la Odontología Infantil orientada a la atención y cuidado de los niños minusválidos, a la Ortodoncia preventiva y a la Medicina Oral pediátrica en ésta última se encuentran integrados los servicios que hace apenas algunos años se encomendaban a cualquier Dentista con la variante de que hoy están destinados a la atención de pacientes infantiles.

Esta fragmentación de la profesión Odontológica es más notoria en las grandes ciudades, donde existen los medios económicos para disponer de varios servicios. Sin embargo, la fragmentación de la Odontología no implica la fragmentación de responsabilidades morales y legales para con el paciente que deposita su fé en un profesional de la salud.

El Cirujano Dentista que se dedique a la prác-

tica general o bien el Especialista proporcionan a -- sus pacientes una atención integrada donde la función oral desempeña un papel importantísimo para el bienestar biológico, fisiológico y psicológico de las personas que acuden a su Consultorio.

Biológico en el aspecto de mantener la vitalidad en la medida de lo posible de los órganos dentarios y tejidos circundantes.

Fisiológico, al mantener o restaurar en forma óptima la función masticatoria a la que esta destinada la cavidad oral.

Y en forma psicológica porque la mutilación de los órganos dentarios fomentan complejos en los individuos al sentirse incómodos por su estética y mala función.

El restablecimiento de estos aspectos corresponde al Dentista y en algunas ocasiones a varios especialistas que trabajen en conjunto para la rehabilitación completa de ese organismo.

La organización de este trabajo esta dirigida a la evaluación efectiva de cada paciente, a través de procedimientos de diagnóstico clínico y pruebas de laboratorio para el conocimiento integral del organismo que nos ocupa.

Con el conocimiento físico de nuestro paciente podemos proporcionarle un buen tratamiento a sus malestares, y con el conocimiento de sus emociones el bienestar sera mayor.

El aspecto emocional de nuestro paciente se va a conocer mediante las relaciones entre el Dentista y el Enfermo, así mismo, mayor cooperación por parte de éste si las relaciones ayudan a la confianza mutua. Si nos detenemos a pensar que esta confianza no es lo bastante amplia podemos provocar omisiones importantes al contestar el Cuestionario de Salud .

Teniendo en cuenta los procedimientos anteriores para el conocimiento y evaluación de los pacientes dentales se hara más sencillo y efectivo el trato para quien lo recibe como para quien lo proporciona.

El primer capítulo está destinado a la orientación del Cirujano Dentista para la prevención de accidentes durante el tratamiento odontológico, a pesar de lo cual existen riesgos a veces por omisiones en la Historia Clínica, que en un momento determinado van a desencadenar reacciones desfavorables y que constituirán las Emergencias.

Como es de notarse todas las situaciones de Urgencia que menciono en este trabajo, ponen en peligro la vida del paciente por ser de origen fisiológico donde la gravedad es generalizada y pueden perderse los signos vitales - en estas personas ocasionándoles la muerte.

Existen otras muchas situaciones imprevistas como son las perforaciones oroantrales, fracturas de maxilares fracturas de instrumentos, etc. sin embargo he considerado que estas urgencias pueden superarse más fácilmente y con mayor tranquilidad por parte del Cirujano Dentista o Cirujano Maxilofacial, donde el control de los elementos en dichas situaciones es mayor.

Para evitar los padecimientos yatrogenicos debe existir un especial cuidado en nuestras actitudes tanto en la mecanica de los tratamientos como en la prescripción de los fármacos.

La observación constante de la persona que estamos tratando nos puede ayudar bastante en la solución de incidentes de tal manera que nos detengamos en el justo momento para prevenir problemas mayores.

El Botiquín indispensable en todo Consultorio Dental se menciona de manera práctica con nombres comerciales , aunque en ciertas ocasiones solo se requiere de la administración de oxígeno o un cambio de posición que influya en la recuperación del paciente.

CAPITULO I

EVALUACION

EVALUACION

Para la buena evaluación de nuestro paciente podemos recurrir a varias técnicas, siendo la más importante e insustituible, la elaboración de una Historia Clínica que ayude a formarnos una opinión sobre la tolerancia del paciente a nuestros procedimientos que en ocasiones comprometen al individuo a permanecer por tiempo prolongado en nuestro Consultorio, como es el caso de cirugías, tratamientos parodontales y endodónticos, y en los casos donde existe la necesidad de incluir un tratamiento medicamentoso, y que son situaciones que requieren de un buen control por nuestra parte.

El Cuestionario de Salud o Historia Clínica, es el interrogatorio que aplicamos para conocer mejor el estado de salud o enfermedad de cada paciente, sin pretender por supuesto que hagamos diagnósticos definitivos en el plan médico, ni tampoco tratar las condiciones generales subyacentes.

Este Cuestionario procuraremos que sea compreg

sible a la persona que esta siendo aplicado y para ello debemos ser lo bastante claros en nuestras preguntas e insistir de otra manera en la formulación de la pregunta cuando ésta no sea adecuada a ese paciente, podremos así evitar equivocaciones en las respuestas y por consiguiente la mala interpretación de estos datos.

En el caso de niños, enfermos mentales, o personas imposibilitadas de alguna forma para proporcionar los informes, es necesario recurrir a cualquier fuente de información importante como son los padres, hijos o parientes cercanos.

Son muchas las formas de Historia clínicas que existen y podemos elegir cualquiera de ellas que por el ordenamiento de su contenido sea adecuada a nuestro criterio, pero también debemos buscar una que sea de fácil manejo e interpretación y además que sin ser demasiado amplia cumpla con la condición de proporcionar un enfoque general de la persona que tratamos.

En ella nos basamos para elegir el tratamiento conveniente, y para que sea realmente efectiva, es indispensable obtenerla desde la primera consulta para su ar-

chivo y revisiones subsecuentes para su actualización.

Las principales razones para la elaboración - y actualización de Historias clínicas son las siguientes:

- 1.- Para tener la seguridad que el tratamiento dental no perjudique el estado general del paciente.
- 2.- Para averiguar si la presencia de una enfermedad general o la toma de determinados medicamentos destinados a su tratamiento pueden entorpecer o comprometer el éxito de otro tratamiento.
- 3.- Para detectar la presencia de una enfermedad ignorada que exige un tratamiento especial. En lo que encontraremos una gran motivación al poder no sólo desempeñar nuestro trabajo en boca sino ayudar a la detección precoz de una enfermedad o bien a la remisión del paciente a un especialista para el control de un mal establecido.
- 4.- Y por último, porque es un documento gráfico que nos ampara en el caso de reclamación judicial, porque en ella nos basamos para actuar de tal o cual manera -

con nuestro paciente, las omisiones que existan seran responsabilidad del propio paciente.

Enseguida menciono una forma de Historia Clínica que he elegido entre muchas porque considero que es de fácil manejo e interpretación al fijar nuestra atención - en las respuestas positivas , que darán lugar a nuevas - preguntas que aclaren el problema.

HISTORIA CLINICA

Fecha_____

Nombre_____Sexo_____Edad_____

Dirección_____Tel._____

Ocupación_____Tel._____

Nombre del Médico_____

Dirección_____Tel._____

¿Cuál es su principal trastorno bucal?_____

¿Cuándo y porqué fué su último reconocimiento médico?_____

¿Ha observado alguna alteración o trastorno últimamente? si no

¿Ha padecido alguna enfermedad grave? si no

¿Lo han operado? (en caso afirmativo cuál fué la causa? si no

¿Ha sido hospitalizado o padecido alguna enfermedad grave? si no

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Fiebre reumática o cardiopatía reumática si no

Lesiones cardiacas congénitas si no

Enfermedad cardiovascular, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, tensión arterial elevada, arterioesclerosis, apoplejia. si no

¿Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos? si no

¿Le falta el aliento después de un ejercicio moderado? si no

¿Se le hinchan los tobillos? si no

¿Tiene dificultad para respirar cuando esta recostado o necesita más almohadas para dormir? si no

Alergia	si	no
Asma o Fiebre del heno	si	no
Desvanecimientos o ataques	si	no
Diabetes	si	no
¿Tiene necesidad de orinar más de seis veces al día?	si	no
¿Tiene sensación de sed con mucha frecuencia?	si	no
¿Tiene a menudo sequedad de boca?	si	no
Hepatitis, Ictericia o enfermedad hepática	si	no
Artritis	si	no
Reumatismo inflamatorio	si	no
Úlceras gástricas	si	no
Trastornos renales	si	no
Tuberculosis	si	no
¿Tiene tos persistente?	si	no
¿Ha espectorado sangre alguna vez?	si	no
Enfermedades venéreas	si	no
Otras Enfermedades	si	no
¿Cuáles han sido? _____		

¿Ha tenido hemorragias anormales con ocasión de extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas o traumatismo?

	si	no
¿Se produce equimosis con facilidad?	si	no
¿Ha necesitado alguna vez una transfusión?	si	no
¿Padece algún trastorno sanguíneo?	si	no
Anemia	si	no
¿Le ha operado o aplicado radioterapia por algún abultamiento o tumor en boca?	si	no
¿Toma algún preparado medicamentoso?	si	no
¿Cual es? _____		

¿Alguno de estos?

Antibióticos o sulfamidas	si	no
Anticoagulantes	si	no
Medicamentos antihipertensivos	si	no
Cortisona (esteroides)	si	no
Tranquilizantes	si	no
Aspirinas	si	no
Insulina, tolbutamida (orinase)	si	no
Digital u otro preparado cardiotónico	si	no
Nitroglicerina	si	no

¿Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a...?

Anestésicos locales	si	no
Penicilina u otros antibióticos	si	no
Sulfamidas	si	no
Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio	si	no
Aspirina, pirazolonas	si	no

¿Padece alguna enfermedad o trastorno que no haya sido mencionado?

si no
¿Cual es? _____

¿Tiene dolor en la boca? si no
¿Le sangran las encías? si no
¿Cuándo visitó al Dentista por última vez?

¿Que tratamiento le dió? _____

¿Ha sufrido algun trastorno importante con ocasión a algun tratamiento dental? si no

¿Que ocurrió? _____

*Mujeres:

¿Esta embarazada? si no
¿Sufrir trastornos relacionados con el periodo menstrual? si no

OBSERVACIONES:

Fecha _____

Firma del paciente

Firma del Dentista

PARA LA ACTUALIZACION DE LA
HISTORIA CLINICA

¿Le ha visitado al Médico desde su última consulta conmigo?

¿Ha observado algun cambio en su salud desde el último tratamiento conmigo?

¿Toma algun medicamento actualmente?

¿Ha observado algun cambio en su boca y dientes?

Observaciones:

Fecha _____

Los datos recopilados en la anamnesis que se presenta se emplean como elementos de juicio a partir de los cuales podremos seleccionar los aspectos que merecen investigarse.

El diagnóstico de ciertas enfermedades se basa exclusivamente en la Historia Clínica, mientras que otras se descubren hasta que se practica el examen físico o en las pruebas de laboratorio.

E X A M E N F I S I C O

Recordemos brevemente los cinco procedimientos que aplicamos para realizar el examen físico general:

INSPECCION: Observación visual del cuerpo.

PALPACION : Tacto de las diversas partes del cuerpo.

PERCUSION : Auscultación de los ruidos que se producen y observación del grado de resistencia que existe al percutir una región.

AUSCULTACION: Escuchar los sonidos que se producen en el cuerpo.

OLFACION : Los olores de una enfermedad pueden ser característicos.

S I G N O S V I T A L E S

Es preciso determinar no solo la capacidad del - paciente para desarrollar sus actividades cotidianas, sino también la capacidad de sus reservas funcionales, para hacer frente al aumento de demandas que produce la tensión.

La fuerza de los agentes sedativos y la anestesia general de hoy, requiere de un preciso control de las reacciones del paciente para evitar la administración de una sobredosis y proporcionar un mantenimiento sin peligros.

Idealmente, la dosis óptima es la que proporciona unas condiciones apropiadas para el proceso operatorio y no obstante, requiere el uso de la mínima cantidad de sedante y cause menos trastornos fisiológicos.

No existen reglas fijas para determinar la dosis, ya que los efectos varían de una persona a otra y de una administración a otra en el mismo individuo. Es esencial por tanto, que exista un medio para calibrar la profundidad de la inhibición de cualquier paciente y en cualquier momento.

Para determinar el grado de profundidad anestésica se lleva un cuidadoso control de las señales vitales del paciente; pulso, presión, respiración, presión sanguínea.

P U L S O

Se utiliza como indicador de frecuencia y regularidad cardíaca . La palpación del pulso nos puede revelar algunas de las arritmias más frecuentes, como el látido prematuro o extrasístole, y la arritmia sinusal, secundaria a la modalidad respiratoria del paciente.

Se toma palpando una arteria periférica, con frecuencia es la arteria radial en la superficie ventral de la muñeca, aunque nosotros podemos tomar también la pulsación de la arteria labial. Se lleva a cabo presionando con el pulpejo de un dedo cualquiera excepto el pulgar (que tiene su propio pulso). Podemos obtener un valor muy aproximado contando el número de pulsaciones durante un periodo de 15 segundos y multiplicando el resultado por cuatro. Este es el método más utilizado por sencillo y rápido.

Pulso Medio Normal

Frecuencia en diversas edades

Edad	Pulsaciones por minuto
2-5 años	100 - 130
5-8 años	90 - 100
8-14 años	80 - 90
Adultos	60 - 80

También existen diversos factores que pueden modificar la frecuencia del pulso y que carecen de significado patológico; especialmente si cuando desaparecen el pulso - vuelve a la normalidad; el calor, el ejercicio físico, durante la digestión o excitación mental, la frecuencia aumenta. Es típico de los atletas el pulso lento.

El pulso débil e irregular está relacionado con la disminución de la presión sanguínea.

P R E S I O N S A N G U I N E A

Su determinación nos informa sobre una posible hipertensión, y se ve alterada en el paciente con tensión emocional.

VALORES MEDIOS NORMALES DE LA PRESION SANGUINEA ARTERIAL EN DIVERSAS EDADES

Edad	Sistolica	Diastolica
3 años	85- 95	45 -55
8 años	90-100	50 -60
12 años	100-120	60 -80
Adultos	110-150	70 -100

Su determinación se expresa siempre así: SISTOLICA/DIASTOLICA

FRECUENCIA RESPIRATORIA

Una buena función respiratoria es tan importante para el bienestar del individuo como una función cardiovascular correcta. La oxigenación óptima de los tejidos depende de tanto de la ventilación pulmonar, como de los acontecimientos hemodinámicos.

Debemos observar y controlar la frecuencia respiratoria, profundidad y naturaleza de la respiración en los estados de sedación.

Valores Medios Normales de la Frecuencia y de los volúmenes respiratorios en diversas edades.

<u>Edad</u>	<u>Frecuencia por min.</u>	<u>Vol. Respirat.</u>
3 años	30	100 ml.
6 años	27	150 ml.
11 años	24	200 ml.
14 años	22	250 ml.
Adultos	16	450 - 500 ml.

Para determinar la frecuencia respiratoria es necesario contar los movimientos respiratorios torácicos por lo menos durante 30 segundos. (período más largo que para el control del pulso).

La función respiratoria tiene a menudo una clara influencia emocional; el temor, la aprehensión, y la ansiedad suelen acelerar tanto la frecuencia respiratoria como el pulso.

Bradipnea:

La inhibición respiratoria que producen los narcóticos afecta tanto a la profundidad como a la frecuencia -- (esta última es más notoria. También los barbitúricos resultan poderosos inhibidores de la respiración.

Si la baja frecuencia respiratoria (bradipnea) es debida a los medicamentos utilizados, se interrumpira su administración hasta que se reanude la función normal para evitar una sobredosis y riesgos indeseables.

Taquipnea:

Una de las causas de la respiración rápida es la falta de oxígeno o el concomitante exceso de dióxido de -- carbono y, otra, la sensación de dolor que se soluciona -- inyectando más anésteico local.

T E M P E R A T U R A

La temperatura corporal puede estar aumentada por infecciones, inflamación, tumores malignos, en la alteración del mecanismo de regulación de los ganglios basales, - como en la hemorragia cerebral, un traumatismo o una hemorragia grave.

Se considera como normal una temperatura bucal - comprendida entre 36.1 y 37.2°.

Cuando existe transpiración en un estado febril la temperatura desciende rápidamente.

D I A G N O S T I C O

En el Diagnostico vamos a considerar los Sintomas y Signos como:

SINTOMAS: Sensaciones y acontecimientos anormales que nos - reporta el paciente y que anotamos en la Historia Clínica - pero que consideraremos como datos subjetivos.

SIGNOS: Alteraciones de estructura y función que descubrimos mediante el examen físico, pruebas de laboratorio y que por ser fundamentados consideraremos como objetivos.

Con el conocimiento de ellos podremos determinar:

- 1.- Que tipo de tratamiento esta indicado
- 2.- Si es necesaria la remisión del paciente a otro Especialista.
- 3.- En el caso de que las manifestaciones orales sean consecuencia de un padecimiento general, cuales son los procedimientos a seguir en nuestro Consultorio.
- 4.- Pronóstico; hipótesis sobre las resultantes que obtendremos de nuestros tratamientos.

Cuando es evidente la presencia de una enfermedad general, es más prudente enviar de inmediato al paciente con el Especialista que corresponda antes de que se agrave el cuadro del padecimiento o perjudique nuestro tratamiento.

En cambio cuando solo existe la sospecha nosotros podemos tomar la iniciativa de investigar más a fondo por medio de los exámenes de laboratorio y rayos X.

R A Y O S X

La efectividad de los Rayos X esta determinada de finitivamente por el conocimiento de las estructuras normales y patológicas que nos proyectan. Es más común que los Dentistas manejemos e interpretemos radiografías referentes a boca y en menos ocasiones a otras zonas de cabeza y cuello.

Otros tipos de radiografías son más de utilidad para el Médico, quién tratara las condiciones que lo ameriten.

P R U E B A S D E L A B O R A T O R I O

Las Pruebas o Exámenes de Laboratorio, son de utilidad como ya se menciona antes, para comprobar la existencia de una enfermedad que requiera de los cuidados del Médico al que nosotros remitiremos.

Y concretamente son de utilidad en nuestro trabajo, cuando se tiene algun problema oral al que se le han -- eliminado todas las posibles causas generales o sistémicas.

Entre los hallazgos clínicos que nos sugieren una

enfermedad general y pueden hacer necesarios algunos análisis de laboratorio figuran: atrofia generalizada de papilas linguales, la ictericia, la palidez, las uñas en vidrio de reloj (anemia), los abscesos periodontales múltiples, la enfermedad periodontal rápidamente progresiva (diabetes mellitus o discrasia sanguínea), la hiperplasia gingival, las úlceras orales, las petequias, las equimosis y las hemartrosis (discrasias sanguíneas). Así mismo los antecedentes de hospitalizaciones, transfusiones por hemorragias, una enfermedad hepática reciente, un tratamiento prolongado con aspirina, las hemorragias excesivas postextracciones o por heridas pequeñas, la aparición de equimosis con facilidad, hemorragias gingivales espontáneas sin causa aparente, o los episodios recientes de epistaxis.

Son muchos los exámenes de Laboratorio que existen y que utilizan diferentes especialistas, pero solo mencionare los que revisten mayor interés para nosotros como Odontólogos.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS

Un paciente puede presentar un trastorno hemorrágico por diferentes causas por lo que se deben ordenar las siguientes pruebas.

- 1.- Tiempo de protrombina
- 2.- Tiempo de tromboplastina
- 3.- Recuento de plaquetas
- 4.- Prueba del torniquete
- 5.- Concentración de fibrinógeno
- 6.- Retracción del coágulo

Un tiempo de tromboplastina anormal (alargado superior a 45 segundos) con un tiempo de protrombina normal - indica una alteración en la Fase I de la coagulación, la de la formación de tromboplastina. La causa del trastorno muy a menudo es algún tipo de hemofilia.

El tiempo de tromboplastina parcial anormal, un tiempo de protrombina anormal (alargado superior a 14 segundos) y una concentración de fibrinógeno normal suelen indicar que está alterada la Fase II de la formación de trombina, que puede ser consecuencia de una enfermedad gastrointestinal grave, o un tratamiento prolongado con aspirina o dicumarol. Si la concentración de fibrinógeno es anormal debe sospecharse la presencia de una enfermedad grave del hígado o un defecto congénito en la formación del fibrinógeno.

Las pruebas del torniquete, de la retracción del coágulo y el recuento de plaquetas se usan para evaluar la

función de las plaquetas y la integridad vascular.

Si la retracción del coágulo y recuento de plaquetas son normales y la prueba del torniquete es anormal - indica que la integridad de las paredes capilares esta alterada. Un deficit de vitamina C podría explicar esta alteración.

Si el recuento de plaquetas (inferior a 100 000/ mm^3) la prueba del torniquete y de la retracción del coágulo son anormales, existe un deficit de plaquetas circulantes.

En raras ocasiones es posible hallar un recuento de plaquetas normal y una prueba del torniquete y de la retracción del coágulo anormales, que indica un defecto en la calidad de las plaquetas.

VALORES NORMALES EN PRUEBAS HEMATICAS

Problemas Clinicos

Pruebas

Margen de variación

Problemas
Hemorragicos

Tpo. Protrombina
Tpo. Tromboplasti
na parcial
Recuento de pla-
quetas
Pba. torniquete
Concentración de
Fibrinógeno
Retracción del -
coágulo

10 - 14 seg.
35 - 45 seg.
150 000-300 000/mm³
pocas o ninguna petequia
100/300 mg/100ml
Completa en 24 hrs.

Enfermedad de los
Eritrocitos

Hemoglobina

varon: 14-16g/100ml
mujer: 12-16g/100ml

Hematocrito

varon: 40-54 %
mujer 37-47 %

Recuento de
Reticulocitos

Inferior a 1% del
recuento de eritro-
citos.

Enfermedades de los
Leucocitos:
Leucemia, Neutrope-
nia, Mononucleosis
Infecciosa, etc..

Rcto. de leuco-
citos

5 000-10 000/mm³

Neutrofilos

54-62 %

Eosinofilos

1-3 %

Basofilos

0-1 %

Linfocitos

25-33 %

Monocitos

0-9 %

=====

Formula Leucocitaria

<u>Problemas Clínicos</u>	<u>Pruebas</u>	<u>Margen de Variación</u>
Diabetes Mellitus	Prueba de glucemia después de dos horas de la comida. Prueba de la tolerancia a la glucosa.	80 - 120 mg/100ml
Diabetes o Enfermedad Renal	Análisis de orina Glucosa Proteína pH Acetona Sangre	negativa o indicios " " 6.8 - 7.2 Negativa Negativa

EXTENSIONES MICROBIANAS
- CULTIVOS -

En ciertos casos de infección oral son necesarios los cultivos de bacterias y hongos para identificar el agente causal. Para hacer los cultivos de lesiones sospechosas de candidiasis, existe el medio de Squibb - Pagano - Lexin - que puede utilizarse en el Consultorio Dental a la temperatura ambiente.

Las muestras de otras lesiones se pondrán en un medio expofeso para el transporte (Stuarts Transfer Medium) y se remitirán a un Laboratorio Clínico para su identificación. Debe tenerse en cuenta la posible contaminación de la muestra cuando un resultado inusitado aparece, en cuyo caso habrá que proceder a un nuevo cultivo del material de la lesión.

PRUEBAS DE SENSIBILIDAD BACTERIANA

La administración de antibióticos en pacientes con afecciones generales como una cardiopatía reumática, -- Diabetes Mellitus, o cardiopatía congénita, en las personas sensibilizadas a algun medicamento es conveniente efectuar un cultivo de la lesión y enviarlo al laboratorio para que realizen las pruebas de sensibilidad bacteriana antes de -- instaurar la terapéutica antibiótica. También se pueden practicar a pacientes "normales" cuando la terapéutica a base de penicilina u otro antibiotico no haya sido satisfactoria -- después de cuatro días.

B I O P S I A S

Generalmente los datos proporcionados por las -- biopsias son suficientes para hacer el diagnóstico de tumo-

res malignos o benignos, y son útiles para apoyar un diagnóstico de enfermedad infecciosa, como el herpes, la candidiasis o la tuberculosis.

LESIONES ORALES QUE INDICAN UNA ENFERMEDAD

GENERAL

Además de la Historia Clínica, Pruebas de Laboratorio, el Exámen Clínico oral nos puede proporcionar informaciones útiles que conduzcan al diagnóstico de una enfermedad general y que se manifieste en los tejidos blandos de la boca, aunque es difícil porque muchas veces las lesiones orales de aspecto similar pueden obedecer a procesos locales o generales. Por ejemplo: las úlceras y petequias pueden ser consecuencia de un trauma local o manifestaciones de una enfermedad general como leucemia. Así mismo el cáncer oral que comienza como una enfermedad local puede manifestarse en forma de lesiones parecidas a otras de etiología más simple. Es indispensable por tanto la inspección cuidadosa de tales tejidos y cuando es difícil el diagnóstico serán necesarios los estudios histopatológicos.

Se considera como una lesión local, cuando esta es imputable a una irritación crónica que no produce otros trastornos patológicos.

Y general, cuando la lesión se acompaña de otros síntomas o manifestaciones patológicas que de no diagnosticarse pronto puedan originar complicaciones graves, durante

el tratamiento dental corriente.

Al mismo tiempo que cuidamos la salud oral de -
nuestros pacientes, nos preocuparemos po su rehabilitación
integral.

La mayor parte de las lesiones orales pueden ser
tratadas por nosotros a excepción de lesiones sifilíticas o
del tipo carcinomas.

Las lesiones orales que menciono a continuación -
deben sumarse a otros signos y síntomas que aparecen en nues
tras Historias Clínicas para obtener el mejor Diagnóstico.

LESIONES ORALES QUE INDICAN UNA ENFERMEDAD
GENERAL

Manifestaciones Orales

Enfermedad

Mucosa; presenta zonas hiperqueratósicas y Xerostomía.

Avitaminosis:

Deficiencia de vitamina A.

Edema de lengua, con pérdida de papilas y dolor.

Deficiencia de vitamina B₁ (Tiamina)

Mucosa tumefacta, enrojecida y que sangra con facilidad, por las ulceraciones que presenta Lengua de Sandwich; de aspecto pelado y con escotaduras laterales.

Deficiencia de Niacina.
Factor Antipelagra.

Glositis Magenta; lengua roja, cianótica, con pérdida de papilas y puede mostrar ulceración Labios, quelosis angular, grietas dolorosas y descamación.

Deficiencia de cualquier tipo de vitamina perteneciente al complejo B.

Manifestaciones Orales

Enfermedad

Mucosa; petequias y equimosis
Encias; con tendencia a san--
grar, aflojamiento de dientes
fusoespiroquetosis infección
de Vincent, fracaso en la cu--
ración de heridas.

Deficiencia de vi--
tamina C.

Retardo en la erupción, y re--
tardo del desarrollo mandibu--
lar. Maloclusión clase II

Deficiencia de vi--
tamina D.

Mucosa con equimosis y necro--
sis. Encia; hiperplásica, he--
morragia y exudado al derre--
dor de los dientes. Las extraç
ciones pueden provocar hemo--
rragias profusas.

Discrasias Sanguíneas:

Leucemias.

Ulceración gangrenosa de enciç
as, amígdalas, paladar blando,
labios, faringe y mucosa (las
ulceras presentan una membra--
na amarilla o gris, pero careç
cen de halo rojo

Agranulocitosis
Disminución de leucoç
citos granulos.

Manifestaciones Orales

Enfermedad

Mucosa; color frambuesa o púrpura acentuado, y pueden producirse hemorragias espontáneas.

Policitemia Vera.
Aumento de globulos rojos.

Atrofia de papilas con zonas lisas en lengua. Dolor en lengua y mucosa. Síndrome de Plummer - Vinson. Disfagia.

Anemia por falta de hierro.

Lengua satinada, con llagas, ardor y atrofia de papilas. Glositis de Hunter.

Anemia Perniciosa

Hemorragias, ulceración y necrosis, en cualquier zona de boca.

Anemias aplásticas por obliteración de la médula roja.

Glosidinia: glositis, atrofia de papilas, ulceraciones y dolor, similares a las alteraciones que se presentan en la anemia perniciosa.

Anemias por trastornos gastrointestinales.

Manifestaciones Orales

Enfermedad

Pigmentación negra, parda o azulada de los dientes.

Anemias Hemolíticas:

Eritroblastosis fetal
RH diferente en la madre.

Protusión de dientes anterosuperiores, osteoporosis (y espesamiento de algunas trabeculas.

Talasemia, defecto en la síntesis de hemoglobina A.

Hemorragia de encias, petequias o equimosis hasta constituir hematomas

Deficiencia de plaquetas

Gingivitis hiperplásica

Desequilibrio de Hormonas Sexuales:

Pubertad

Gingivitis y tumores

Embarazo

Gingivitis transitoria

Menstruación

Gingivitis descamativa y glosidinia

Climaterio

Manifestaciones Orales

Enfermedad

Trastornos Endocrinos

Aflojamiento y pérdida de dientes, gingivitis dolorosa, xerostomia, pulpitis (sin caries) ulceraciones en la mucosa, aliento con olor a acetona, disminución en la resistencia tisular.

Diabetes Mellitus.

Pérdida difusa del hueso de los maxilares, aflojamiento de dientes, pérdida de la cortical ósea.

Hiperparatiroidismo.

En mucosa, labios o lengua existe pigmentación que va del amarillo al pardo.

Enfermedad de Addison.

Mucosa: con manchas de Koplik - papulas puntiformes, aisladas o en racimo, blancas o amarillentas, dispuestas sobre un fondo rojo e inflamado.

Sarampión.

Manifestaciones Orales

Enfermedad

Eritema de la mucosa o algunas maculas en cualquier región de la boca.

Rubeola.

Maculas hemorrágicas, que pueden ulcerarse y experimentar una infección secundaria.

Lupus Eritematoso.

Ensanchamiento del espacio periodontico, atrofia de la mucosa. Se endurece y se fija en las estructuras subyacentes, puede haber induración y dolor de lengua que dificultan la fonación, la deglución y la masticación.

Esclerodermia Generalizada.

Mucosa, lengua o labios con numerosas proyecciones papilíferas

Acantosis Nigricans.

Gingivoestomatitis, encías sangrantes y múltiples petequias, puntilliformes a nivel de la unión del paladar duro con el blando.

Mononucleosis infecciosa.

Manifestaciones Orales

Enfermedad

Niño: erupción y pérdida prematura de dientes temporales.

Hipertiroidismo.

Adulto: osteoporosis generalizada de maxilares.

Niño: (Cretinismo) retardo en la erupción y caída de los dientes temporales, agrandamiento y protrusión de lengua, babeo por falta de control y labios grandes.

Hipotiroidismo.

Adulto: (Mixedema) labios gruesos y agrandamiento de lengua.

Enfermedades Granulomatosas
Crónicas:

Chancro: macula, papula o úlcera con bordes indurados (localizada generalmente en el labio superior).

Sífilis Primaria.

Erosiones múltiples de color grisáceo en la mucosa, en labios lengua y amígdalas con más frecuencia.

Sífilis Secundaria.

Manifestaciones Orales

Enfermedad

Gomas; que aparecen en el paladar y lo perforan.

Glositis Sifilitica; inflamación crónica de la lengua, asociada con arteritis.

Fibrosis y fisuración en lengua.

Sifilis Terciaria.

Encias; ulceraciones y elevaciones nodulares que también pueden presentarse en el paladar.

Histoplasmosis.

Labios, mejillas, piso de boca, lengua y faringe: presentan lesiones crónicas, progresivas, - granulomatosas e inflamatorias.

Blastomycosis
Sudamericana.

** El conocimiento de signos y síntomas que componen el cuadro clínico de las diferentes enfermedades generales, la recopilación de datos en la Historia Clínica, Examen Físico y exploración, nos proporcionan el buen Diagnóstico en nuestro Consultorio Dental.

RELACION DENTISTA - PACIENTE

La entrevista personal con nuestro paciente - constituye un importante paso preliminar en todo el tratamiento dental. Nos proporciona la oportunidad de conocer su temperamento y de alguna manera brindarle confianza.

Debemos procurar que la introducción del paciente en nuestro Consultorio constituya una experiencia comfortable. El ambiente en él debe influir en el estado de ánimo de esa persona al mismo tiempo que nuestra actitud resulte tranquilizadora, comprensiva, cordial y serena. - Es indispensable que aprendamos a escuchar al paciente, dejarle en libertad de hablar usando sus propios términos como base para la elaboración de la Historia Clínica y - aceptar o rechazar lo que contribuye y lo que es inútil - al diagnóstico de la situación clínica. El modo de vivir, sus hábitos, su estado emocional, su ocupación y su actitud respecto de la salud nos orientan hacia la solución - de sus problemas.

La educación del paciente comienza con la impre

sión inicial acerca de nosotros, continua durante el tratamiento y se refuerza en las revisiones subsecuentes.

Los estudios acerca de la Patología revelan que ésta se manifiesta en diferentes formas segun el estrato social y económico, y analiza por ejemplo; que en el nivel más bajo existe una alta frecuencia de padecimientos infecto-contagiosos, nutricionales, alcoholicos y alcoholicos-nutricionales, ginecologicos y obstetricos, y la suma o acumulación de varias enfermedades avanzadas en el mismo individuo, irrecuperables o dificilmente recuperables, cifras mínimas de patología degenerativa y de muerte por senilidad.

Existe una escala de frecuencia de las enfermedades causa de muerte que creo importante mencionar, porque de alguna manera nos enfrentamos a ellas y son: cáncer, cirrosis hepática, tuberculosis, amibiasis, fiebre reumática, arterioesclerosis, muerte obstetrica, hemorragia cerebral y diabetes.

En cambio, en la patología de la abundancia o de estrato socioeconómico alto tenemos; que existe un promedio de vida mayor, con predominio acentuado de pa--

decimientos propios de la madurez, de la edad avanzada y de la senilidad, padecimientos degenerativos de cancer y diabetes.

La prioridad de enfermedades causa de muerte - son la arterioesclerosis y patología vascular cerebral, hipertensión con o sin patología cardíaca, cancer, accidentes automovilísticos, homicidios, cirrosis y diabetes.

Lo anterior nos lleva a concluir que en nuestra organización social existen diferencias socioeconómicas - importantes en varios sectores de la población que manifiestan distintas formas de patología, debido a que en cada sector socioeconómico hay condiciones ambientales diferentes, distintos comportamientos, actitudes, ocupaciones información, cultura, etc. En los sectores socioeconómicos bajos es más necesaria la educación del individuo.

Al adquirir mayor conocimiento sobre el temperamento y personalidad de nuestro paciente, trataremos de - influir en él de manera que aumentemos sus conocimientos sobre la cavidad oral, y el equilibrio que necesita su organismo para el buen funcionamiento.

El Dr. Jaimeson clasifica a los pacientes segun su temperamento de esta manera:

Filosófico - Racional:

Las personas con este tipo de temperamento son - inteligentes y comprensivas y aceptan el hecho de que necesitan el tratamiento dental, les interesa conocer todos - sus problemas, hacen preguntas lógicas e intentan comprender y sacar el mejor partido posible de sus desfavorables condiciones dentales y de su consulta con el Dentista. Su actitud es de cooperación.

Emocional - Nervioso

Dentro de esta categoría se encuentran aquellos pacientes que al parecer son incapaces de relajarse (aprensivos). A menudo explican una larga historia de molestias continuas y creen que nunca se recuperaran verdaderamente.

Critico - Metódico

Este grupo comprende a los perfeccionistas, el -

paciente crítico - metódico pretende que el tratamiento sea tan perfecto como los dientes naturales. Toda la responsabilidad de su salud oral es delegada al Dentista.

Indiferente

El descuido en la actitud, las acciones y la indumentaria caracterizan a este grupo de pacientes. No son capaces de asumir la responsabilidad que les corresponde en el cuidado de su salud y personalidad, por tanto constituyen pacientes mediocres. Su actitud es de completa irresponsabilidad.

CONDUCTA DEL CIRUJANO DENTISTA CON NIÑOS Y
ANCIANOS

Nuestra conducta a seguir con pacientes niños y ancianos difiere ampliamente de la que adoptamos comunmente con los pacientes adultos promedio.

En lo que respecta a la Odontopediatria sabemos que los niños se encuentran en un estado de continuo aprendizaje y que nosotros podemos educarlo en la moderación de su conducta dentro de nuestro Consultorio, instruyendolo sobre los elementos que utilizaremos y que estos actuen favorablemente en las emociones del niño. Si pretendieramos emplear el mismo trato que con un adulto se desencadenarian respuestas de hostilidad o temor que nos perjudicarian a ambos.

Así mismo, la administración de fármacos no puede ser la misma que en los adultos. Entre los antibióticos análgicos y sedantes, la respuesta del niño varía mucho con respecto a la del adulto. Se ha comprobado que algunas drogas les pueden causar daño permanente deteniendo el crecimiento o maduración de determinados órganos y sistemas.

La evaluación eficaz de estos pacientes y la -
identificación de anomalías congénitas o adquiridas ante-
riores y actuales, dictan el grado de necesidad y la in-
fluencia de la dosis.

Por su parte el paciente geriatrico presenta -
con frecuencia alguna falla que puede ser fisiológica, -
psicológica o económica que determina su actitud hacia
nosotros o hacia el tratamiento que le proponemos.

No es raro que el anciano reaccione de manera
ambigua a las drogas (por ejemplo: excitación por bar-
bitúricos o escopolamina) además hay que tener muy en -
cuenta el sinergismo, la interacción la incompatibilidad
los efectos de suma o acumulación, los que son bastante
frecuentes porque los ancianos recurren fácilmente a pa-
naceas que se venden libremente sin receta y porque en -
el tratamiento de sus dolencias seguramente existen va--
rios medicamentos que regulan su fisiología.

Entre los padecimientos comunes de los ancianos
figuran; la artritis, la hipertensión, la arterioesclero-
sis, la angina, el edema, el enfisema, el glaucoma, las -

cataratas, la menopausis, la prostatitis y otras que van agregandose. El control de estas dolencias siempre es a base de drogas, entre ellas; corticoesteroides, salicilatos, tiácidas, hipotensores, anticoagulantes, tranquilizadores, antibióticos, insulina, etc..

Este número de personas cuyas funciones y bienestar dependen de programas delicadamente equilibrados de quimioterapicos es cada vez mayor, y es indispensable estar concientes que la administración imprudente o ignorante de drogas puede perturbar este equilibrio.

Para utilizar una droga en forma inteligente y segura, con el fin de prevenir, tratar o diagnosticar -- una enfermedad, es imperativo tener una información adecuada de sus efectos fisiológicos, tanto en el organismo sano como en el enfermo.

CONDUCTA DEL CIRUJANO DENTISTA CON LA PACIENTE EMBARAZADA

Para comprender a las pacientes grávidas es indispensable tener un conocimiento básico sobre la fisiología - del embarazo, lo cual ayudara a disipar problemas comunes en ellas como el temor y la ansiedad, que a menudo nos transmiten.

El problema más común en estas pacientes consiste en que la respuesta al stress se halle exagerada y que aunada a otros factores potenciadores acentúa los trastornos -- propios del estado que consisten en:

- 1.- Aumento del volumen minuto cardíaco.
- 2.- Aumento de la volémia.
- 3.- Aumento en el consumo de oxígeno.
- 4.- Cambios en el funcionamiento hepático.
- 5.- Cambios en la capacidad vital; de la filtración glomerular y del flujo plásmatico renal.

*La hipertensión se origina a partir del mal funcionamiento renal que en estas condiciones retiene mayor cantidad de sodio y agua.

La respuesta al stress determina la liberación de grandes cantidades de cortisona y sus derivados en el torrente sanguíneo que pueden privar al feto de metabolitos que le son necesarios, en consecuencia será fundamental conseguir una relajación óptima antes de iniciar -- cualquier tratamiento Odontológico.

Se sabe que las drogas que son solubles en las grasas atraviesan con facilidad la barrera placentaria, ocasionandole daño al feto, porque él es incapaz de metabolizar y destoxificar ciertas drogas que se consideran inocuas y eficaces a la madre. Por ello se tendrá que evitar estrictamente cualquier medicación innecesaria en las pacientes grávidas, y cuando exista tal necesidad estudiaremos a fondo los medicamentos de elección.

Como ocurre con todos los pacientes, la mejor actitud ante la mujer embarazada es la de la Odontología Preventiva.

RELACION DENTISTA - MEDICO

Generalmente establecemos esta relación porque hemos descubierto mediante nuestras técnicas de evaluación una enfermedad general insospechada, o porque el -- tratamiento dental no puede proseguirse hasta que se halla determinado el estado real de la enfermedad general y si existe un control médico puede esperarse hasta que dicho estado mejore.

En el caso de la detección de una enfermedad - insospechada, nosotros nos convertimos en una fuente de información para el Médico, interpretando la significación oral de la enfermedad general y colaborando en el tratamiento del paciente, su bienestar físico, emocional y social constituyen un punto de interés mutuo para Médicos y Dentistas.

Si somos nosotros los que recurrimos al Médico en busca de información, porque deseamos conocer el estado preciso de salud y detalles sobre terapéutica -- utilizada, es conveniente que esa solicitud y su contestación se realicen por escrito y que incluyan la --

Historia Clínica del paciente.

Los resultados de las Pruebas de Laboratorio y nuestro Diagnóstico deberán enviarse mediante un sobre cerrado para evitar que el paciente los tome como definitivos.

Estas relaciones deben basarse en el mutuo respeto de las profesiones y de los individuos, combinando esfuerzos para el beneficio del paciente. Nosotros como Odontólogos no podemos tratar las enfermedades que le correspondan al Médico, así como delegar todos los procedimientos de evaluación a éste. Asimismo el Médico debe estar dispuesto a orientarnos más no a dirigir nuestro trabajo.

La información que obtengamos del Médico definitivamente nos ayudara pero de ninguna manera nos liberara de responsabilidades dentro de nuestro consultorio y tratamientos medicamentosos que prescribamos.

REMISION DEL PACIENTE A UN ESPECIALISTA

La remisión del paciente al Especialista se hará también por escrito, exponiendo las razones por las que se recomienda a fin de que pueda beneficiarse de los conocimientos y experiencia de otro colega. En este caso puede constituir el traspaso de responsabilidad básica del paciente, o de una faceta determinada de su tratamiento.

C A P I T U L O I I

EMERGENCIAS DE ORIGEN FISIOLÓGICO

L I P O T I M I A

Se habla de síncope vasodepresivo o lipotimia, - cuando existe pérdida del conocimiento causado por una reducción transitoria del aporte sanguíneo al cerebro, como consecuencia de una caída de la presión sanguínea, que la mayoría de las veces es provocada en el Consultorio Dental por el dolor o la ansiedad.

Los episodios son más frecuentes en posición e--recta y la conciencia retorna en segundos o escasos minu--tos al colocar al paciente en decubito y elevando las pier--nas.

Se hará el diagnóstico diferencial del desmayo - común respecto a otros estados sincopales, algunos de los cuales hacen peligrar la vida.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- 1.- La hipotensión ortostática, es un trastorno del Sistema Nervioso Autónomo en el que el síncope se presenta cuan--do el paciente adopta la posición erecta tras una pro--longada sesión odontológica en posición semiacostada. -

- Hay una pronunciada caída de la presión arterial, - seguida del síncope, pero no disminuye la frecuencia del pulso ni hay síntomas como palidez, transpira---ción y náuseas. Se recobra rápidamente la concien---cia al volver a la posición de decúbito.

- 2.- Los defectos de la conducción cardíaca, como el Síndrome de Adams Stokes (pulso con una frecuencia de 40 con breves períodos de asistolia) el paro cardíaco - reflejo, el síncope del seno carotídeo, la taquicardia ventricular, no presentan síntomas prodrómicos - de síncope vasodepresivo. El diagnóstico se basa en el síncope súbito, en los antecedentes, en la valoración del pulso y en otros signos físicos.

- 3.- El síndrome de hiperventilación suele producir desma yo pero no un síncope real y se acompaña de aguda ansiedad. Se controla fácilmente conteniendo el aliento o respirando en circuito cerrado dentro de una --bolsa de papel o en la bolsa respiratoria (de pre---sión) del aparato de oxigenoterapia.

- 4.- El síncope por la tos sobreviene tras un paroxismo de tos incontinente, por lo general asociado con bronqui

-tis. El síncope es breve y no deja secuelas. Se debe a un pronunciado aumento de las presiones intratoraxica e intraabdominal, lo cual eleva de pronto la presión de líquido cefalorraquídeo, con la consiguiente hipoxia cerebral fugaz.

5.- El desmayo histerico suele verse en mujeres jóvenes - con trastornos emocionales. El episodio suele suceder en presencia de otros y la paciente se tiende en el suelo sin lesionarse. No se comprueban irregularidades en el pulso, en la presión sanguínea ni en el color de la piel.

6.- Hipoglucemia. Este desmayo ocurre en el caso extremadamente raro en el que el paciente diabético pudo administrarse insulina, y no se ha alimentado adecuadamente y puede incluso desencadenar un shock insulínico. En personas sanas puede ocurrir este incidente al presentarse en ayunas a su consulta dental existiendo una ligera hipoglucemia normal.

SINTOMAS Y SIGNOS DEL SINCOPE VASODEPRESIVO

Tempranos:

- 1.- Palidez
- 2.- Salivación
- 3.- Náuseas, a veces regurgitación
- 4.- Transpiración.

Tardíos:

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

TRATAMIENTO PARA LA LIPOTIMIA

- 1.- Colocar al paciente en decúbito

- 2.- Elevar sus piernas en posición más alta, de la que se encuentra la cabeza.

Al mantener la cabeza en posición más inferior ayudamos a que la circulación cerebral sea más rápida y suficiente.

*Con la inmediata recuperación del paciente notaremos:

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

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

Las convulsiones obedecen a un trastorno del Sistema Nervioso causado por descargas repentinas y desordenadas de las neuronas cerebrales. Se inician con pérdida del conocimiento , después de los cual se instalan espasmos -- músculares. Al persistir el espasmo de los musculos respiratorios, el paciente puede morderse la lengua. La contracción rígida (estado tónico) cede y se instalan una serie de movimientos bruscos (contracciones clónicas) y vuelve a entrar aire en los pulmones en boqueadas breves y convulsivas. Después de violentas sacudidas de la cabeza y las extremidades, los movimientos se tornan más lentos y por último cesan.

Las convulsiones se pueden presentar por varias causas la más importante es sin duda, el trastorno crónico del funcionamiento cerebral llamado Epilepsia y del -- que nosotros estaremos informados por medio de la Historia Clínica, para su prevención.

Si en el transcurso de una reacción alergica so brevienen convulsiones recurrentes, hay que orientar la -

atención hacia el aparato cardiorrespiratorio, donde - seguramente radica la causa.

Como los estados de depresión y agotamiento - pueden seguirse de una serie de convulsiones, es importante administrar un sedante solo en la cantidad necesaria para controlarlas, sin incurrir en el efecto de suma de la sedación de la droga y sedación del paciente.

La forma de administración del sedante que se controla mejor es la vía intravenosa, en pequeños incrementos de droga. Si no se puede recurrir a esta vía, se utilizan otras vías pero con dosis muy bajas.

También es muy importante reconfortar al paciente que se encuentre muy excitado.

SIGNOS Y SINTOMAS EN UN ATAQUE EPILEPTICO

- 1.- Los ataques estan precedidos generalmente de un --
"aura" que el paciente percibe, la mayoría de las
veces, bajo la forma de un relampago luminoso, e
inmediatamente profiere un grito.

- 2.- Caída y pérdida de la conciencia después del grito.

- 3.- Contracción sostenida, (tónica), luego intermitente
(clónica) de los músculos de las extremidades, el -
tronco y la cabeza.

- 4.- Entre dos y cinco minutos después de las convulsio-
nes se observa:
 - a) Sueño profundo
 - b) Dolor de cabeza
 - c) Dolor muscular.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

La insuficiencia Respiratoria puede deberse a:

- 1.- Obstrucción del árbol bronquial.
- 2.- Afecciones que eliminan la modificación de presiones negativas intratoraxicas ejercida por los movimientos respiratorios, tales como lesiones de aplastamiento de la caja toraxica, neumotorax compresivo, hemotorax o derrames pleurales, y enfermedades del Sistema Nervioso como la poliomielitis.
- 3.- Función defectuosa de las estructuras respiratorias más pequeñas, cuando los bronquiolos o alveolos estan afectados por una enfermedad pulmonar, como suele ocurrir en el enfisema y bronquitis crónica.

Cualquiera que sea la causa de insuficiencia respiratoria ello se traduce en una disminución de oxígeno tisular y un aumento de anhídrido carbónico en sangre.

Una obstrucción completa de las vías respiratorias o aéreas, durante 3 a 5 minutos, produce lesiones en

rebrales irreversibles o la muerte.

Algunos de los elementos que pueden provocar la obstrucción del árbol bronquial son los siguientes: vómito enteros o sus fragmentos, amalgamas e incrustaciones, coronas, prótesis, materiales de impresión, trozos de esponja, apósitos, drenajes, rollos de algodón, instrumentos rotos, etc. cuanto mayor sea el material mayor peligro representa.

Cuando el cuerpo extraño desaparece de la boca - y se observan signos de irritación laríngea y bronquial, - debe presumirse mientras no se demuestre lo contrario, que ha pasado al árbol bronquial.

Estos pacientes deben ser inmediatamente remitidos al Médico, no obstante lo cual estamos obligados a efectuar un tratamiento urgente si se produce una obstrucción grave.

Debemos disponer del equipo apropiado para reestablecer la vía aérea en un tiempo máximo de 3 a 5 minutos, a fin de evitar lesiones irreversibles de la estructura cerebral.

Existen cuatro pasos básicos para reestablecer la ventilación en esta emergencia y son:

- 1.- Diagnóstico rápido de la obstrucción.
- 2.- Maniobras no quirúrgicas para aliviarla.
- 3.- Respiración boca a boca para vencerla o para diagnosticar la persistencia de la obstrucción.
- 4.- Establecimiento de una vía aérea de emergencia por medios quirúrgicos.

SIGNOS Y SINTOMAS EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

- 1.- El paciente comienza a boquear con gran esfuerzo y se observa tiraje supraesternal e incapacidad para intercambiar el aire.
- 2.- Cianosis.
- 3.- Sudoración y ansiedad.
- 4.- A medida que se instaura la intoxicación por el anhídrido carbónico aparecen movimientos saltones convulsivos.
- 5.- Confusión mental.
- 6.- Inconciencia , por el acúmulo de anhídrido carbónico.
- 7.- Paro Respiratorio.

P A R O R E S P I R A T O R I O

Este término se refiere a la supresión brusca de los movimientos respiratorios, que puede o no acompañarse de paro cardíaco, y como consecuencia de los problemas respiratorios que se han complicado.

El cese repentino de la respiración con desaparición del pulso, es una eventualidad siempre temible. - Las causas son varias e incluyen a las reacciones a las drogas, la anestesia, la asfixia, la excitación y la tensión física.

Mediante una cuidadosa evaluación del paciente, la posibilidad de un paro cardiorrespiratorio se reduce a un mínimo, aunque no se elimina por completo.

El objetivo de la resucitación cardiorrespiratoria es proporcionar una buena circulación de sangre oxigenada para mantener el funcionamiento del cerebro y de los órganos vitales hasta que se recuperen las funciones naturales del organismo y permitan la ventilación y circulación espontáneas.

SIGNOS EN EL PARO
RESPIRATORIO

Los signos tempranos son los mismos de la Insuficiencia Respiratoria.

Y los tardíos son: La ausencia total de movimientos respiratorios, acompañados de pérdida de la conciencia, cianosis y midriasis.

INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia circulatoria ocurre cuando el corazón no es capaz de bombear la cantidad de sangre que el cuerpo necesita. Puede que no consiga bombear la sangre de retorno que le llega por las grandes venas (insuficiencia cardíaca) o bien el retorno venoso puede ser inadecuado (insuficiencia circulatoria periférica-shock)

Existen tres causas por las cuales el corazón puede entrar en insuficiencia:

- 1.- Una porción del músculo cardíaco irrigada por una arteria coronaria enferma puede ir a la isquemia (no ag crónica) y perder transitoriamente su contractilidad, a pesar de que el corazón sigue bombeando un caudal de sangre suficiente hacia los demás tejidos del organismo. Este es el síndrome de la Angina de Pecho que no representa una insuficiencia sistémica.
- 2.- En la actividad cardíaca o en la fibrilación ventricular (ambas se denominan paro cardíaco), el síncope es inmediato y el paciente muere.

3.- Lo más común es que el corazón enfermo pierda su capacidad para bombear con eficiencia la sangre hacia los tejidos periféricos, de modo que se instala poco a poco el cuadro clínico denominado insuficiencia - cardíaca periférica.

INFARTO DE MIOCARDIO

La lesión anatomopatológica fundamental es la aterosclerosis, en la cual se forman depósitos de colesterol y sus ésteres en la íntima. La prominencia que estos hacen estrechan la luz de la arteria y dan lugar a la apertura de vasos colaterales, y si la placa ateromatosa se rompe en su superficie, se puede formar un trombo que llegue a producir una oclusión completa de la arteria, con lo que el músculo dependiera totalmente de la circulación colateral para su irrigación. Cuando esta irrigación sea suficiente nada pasara, pero si no lo es, se producirá una zona isquémica en el músculo, que puede recuperarse o evolucionar hacia la necrosis, que es propiamente el infarto de Miocardio.

Una tercera parte de Infartos de Miocardio se presentan en ausencia de trombosis, especialmente en hemorragias, caídas prolongadas de la presión arterial, taquicardias y en estados postoperatorios.

El Infarto de Miocardio siempre va a afectar el ventrículo izquierdo, en los grados menores de insuficien

cia arterial solo se presenta dolor cuando aumenta el -
trabajo de este ventrículo, por ejemplo; durante el ejercicio, al acostarse, con emociones y en aumentos bruscos de la presión arterial como en la nemia y cuando el metabolismo esta aumentado.

SINTOMAS:

- 1.- Comienzo similar al de la angina de Pecho (Dolor constrictivo).
- 2.- No se calma con nitritos ni con el reposo.
- 3.- Palidez.
- 4.- Diaforesis (transpiración profusa).
- 5.- Náuseas y sensación de plenitud abdominal (epigástrica)
- 6.- Disnea, (si existe insuficiencia cardíaca aguda).
- 7.- Debilidad extrema.
- 8.- Sensación de muerte.

ANGINA DE PECHO

La angina de pecho es una de las enfermedades - cardíacas más corrientes en el hombre. Se refiere a un tipo de dolor paroxístico, firme, que produce sensación de ahogo y muerte inminente. Esta afección suele estar relacionada con cardiopatía isquemiante y el dolor resulta de una aportación insuficiente de oxígeno al miocardio.

La muerte puede sobrevenir durante el primer ataque; no obstante, el promedio de supervivencia para los pacientes con Angina de Pecho alcanza de 5 a 7 años desde el comienzo de los síntomas.

SINTOMAS:

El cuadro se caracteriza por un dolor típico, - habitualmente retroesternal, que es desencadenado por el ejercicio o por la emoción, y es aliviado por el reposo o drogas vasodilatadoras.

REACCION ALERGICA CUTANEA

Las reacciones alérgicas cutáneas que entran en la categoría de emergencia son las que pueden preceder a la obstrucción respiratoria o al colapso cardiovascular.

El elemento más importante para valorar la gravedad potencial de una reacción alérgica, es el tiempo transcurrido entre la administración de la sustancia exi tante y la aparición de las lesiones. Cuanto más breve es este período, mayor será la probabilidad de que la reacción sea el preludio de un shock anafiláctico.

Estas reacciones alérgicas cutáneas se presentan como urticarias, edema angioneurotico, y rinitis alérgica.

El tratamiento dependerá del tiempo y gravedad de las lesiones básicamente.

S H O C K A N A F I L A C T I C O

En la Alergia como en toda Emergencia, deben establecerse tratamientos de sostén, es decir; conforme se presente un problema trataremos de solucionarlo, antes de que se agrave o complique el cuadro. No descuidaremos los signos premonitorios para después tratar de solucionar los tardíos.

En el caso de las Alergias, se va presentando la Reacción cutánea que debemos tratarla de inmediato, - sin esperar que se presente el Shock propiamente dicho, - con Insuficiencia Respiratoria y Calapso cardiaco.

SIGNOS EN EL SHOCK ANAFILACTICO

- 1.- Pálidez
- 2.- Frialdad
- 3.- Midriasis
- 4.- Sudores fríos
- 5.- Pulso y respiración frequentísimos aunque débiles
- 6.- Obnubilación de la conciencia por anemia cerebral
- 7.- Muerte.

C O M A D I A B E T I C O

La Diabetes Mellitus se conoce en la actualidad lo suficientemente bien para que los casos de coma sean relativamente raros, y no deberían nunca resultar fatales.

El coma cetósico representa una urgencia que puede presentarse con brusquedad dramática y se debe siempre a la falta de insulina o al exceso de algún antagonista de la misma, lo que motiva una alteración tan importante en el metabolismo de los hidratos de carbono que se produce una acumulación de cuerpos cetónicos y ácidos cetónicos en sangre.

Tales sustancias; la acetona, el ácido acetoacético y el hidroxibutírico, no solamente son tóxicos en sí mismos, sino que dan lugar a un peligroso grado de acidosis. De hecho cualquier diabético, especialmente los jóvenes que han estado tomando insulina pueden fallecer en coma dos o tres días si se suprime la insulina o se reduce la dosis. La causa más común de este coma es la omisión o la reducción de la dosis habitual con disminución

al mismo tiempo de la ingestión de hidratos de carbono, ya sea por indigestión o una enfermedad interrecurrente o bajo la falsa impresión de que si no comen no es necesaria la insulina.

En general estas urgencias de coma diabético vienen precedidas de una infección respiratoria, gastro intestinal o genitourinaria, o una infección local del orden del forúnculo o gangrena infectada. También puede ser desencadenado por una intervención o por un traumatismo.

En el tratamiento del coma diabético existen tres objetivos principales:

- 1.- Disminuir y eliminar la cetosis con la administración de insulina y ya que estos cuerpos cetósicos son el resultado de la falta de los hidratos de carbono idóneos, con la administración al mismo tiempo de cantidades suficientes de glucosa para que sea utilizada por la insulina.
- 2.- Para compensar las pérdidas hidrominerales y el colapso circulatorio debidos al vómito, poliuria y eliminación de los líquidos corporales se administraran can-

tidades abundantes de solución salina por venoclisis.

- 3.- Se administrarn antibioticos para contrarrestar cualquier infección que se hubiera iniciado durante el co
ma.

** Es evidente que estos objetivos sólo se conseguirán - con la perfecta colaboración de Médicos, enfermeras y laboratorio en el hospital, por lo que cuanto antes se trag
lade al Hospital un caso de Coma Diabetico, sera mejor.

SIGNOS Y SINTOMAS:

La cetosis si es ligera puede ser asintomática, pero en general se presenta acompañada de sed insaciable, y a medida que el cuadro empeora, el enfermo pasa por las fases de: Precoma, Coma, y a falta de tratamiento sobreviene
ne la muerte.

P R E C O M A:

- 1.- El paciente se encuentra mareado y quizá incoherente.
- 2.- La respiración será de tipo abdominal y asociándose con
- 3.- Falta de aire.
- 4.- Aliento característico de la acetona (a manzanas verdes)
- 5.- Puede presentarse dolor abdominal difuso sin rigidez y en completa ausencia de signos peritoneales.
- 6.- La dilatación del estómago puede llegar a producir un - marcado Timpanismo del abdomen superior.

C O M A:

- 7.- A medida que el cuadro avanza aparece la inconciencia
- 8.- Los signos respiratorios van siendo más evidentes.
- 9.- Deshidratación, manifestándose por la sequedad de la - piel y mucosas, pérdida de elasticidad y disminución de tensión de los globos oculares.
- 10.-El aparato circulatorio se afecta y aparece un pulso rápido y débil con descenso notable de la presión arterial (60 - 70 mm/Hg).
- 11.-Extremidades frías.
- 12.-Al profundizar el coma, se instaura el colapso circulatorio periférico con anuria.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SHOCK INSULINICO
Y DEL COMA DIABETICO

	<u>Shock Insulinico</u>	<u>Coma Diabetico</u>
Sintomas	el comienzo generalmente suele ser lento. Temblor Debilidad Náuseas Cefalea Confusión Ilusiones Desorientación Coma	comienzo brusco e insidioso. Debilidad Cansancio Malestar general Sed exagerada Cefalea sorda Coma
Signos	Palidez Taquicardia Sudoración profusa	aliento olor a ace- tona. Taquicardia, pulso débil, hiperventila- ción (sed de aire) Sequedad de piel y mucosas, enrojeci- miento o palidez.
Tratamiento	Torrón de azúcar Zumo de naranja Glucosa intravenosa	Insulina

H E M O R R A G I A

El mecanismo de producción de la Hemorragia puede ser doble:

- 1.- Per Rexam, es decir; por rotura de las paredes de los vasos por traumatismos externos perforantes o contundentes, y también de origen interno; por erosión de las paredes de los vasos a consecuencia de ulceraciones, procesos destructivos, tumorales, etc., por un aumento brusco de la presión sanguínea (hipertensión) sobre las paredes de los vasos que pueden acabar rompiéndose bajo la acción de una crisis hipertensiva violenta, sobre todo cuando están afectos de algún proceso patológico.

- 2.- Per Diapedesim; por una especie de filtración de los elementos corpusculares de la sangre, incluidos los glóbulos rojos (eritrodiapedesis) a través de una pared vascular alterada, por su permeabilidad excesiva (púrpura hemorrágica), en el escorbuto, hemofilia y en ciertas intoxicaciones y toxoinfecciones crónicas.

Desde el punto de vista terapéutico, tiene gran importancia reconocer si la hemorragia es de naturaleza arterial o venosa.

Hemorragia venosa: se reconoce por el color rojo oscuro - (rica en anhídrido carbónico y pobre en oxígeno) y por su fluir continuo y uniforme, no existe ritmo, ya que la circulación venosa no se influencia por el látido cardíaco.

Hemorragia arterial: se reconoce por la sangre de color rojo vivo (rica en oxígeno y pobre en anhídrido carbónico) y por su salida en chorros ritmicos, que coinciden con el látido del pulso y del corazón que impulsa la sangre hacia las arterias.

La Hemorragia pone en peligro la vida del paciente, cuando por lesión de un gran vaso arterial o venoso - provoca la pérdida de 2.5 a 3 litros o más de sangre, es decir; más del 50% de la cantidad total de sangre circulante, al estar las venas y arterias casi vacías de sangre, - se produce una notabilísima caída de la presión sanguínea (hipotensión) y la contracción en vacío del corazón, el cual cesa en su actividad de órgano central de la circulación.

Si el individuo se salva de una grave hemorragia la cantidad de líquido sanguíneo circulante en los vasos - se hace normal (4 a 6 ltros.) cuando han transcurrido 24

a 48 hrs., este hecho se produce por la corriente de líquido (sales minerales y agua) que se establece desde los tejidos que han quedado deshidratados, hacia el interior de los vasos. Si bien la parte líquida de la sangre (plasma) se restablece rápidamente, la reparación de los elementos corpusculares (globulos rojos y blancos) se verifica mucho más lentamente, a expensas de los órganos hematopoyéticos; médula osea, bazo y ganglios linfáticos.

Ante un paciente con necesidad de someterse a - procedimientos quirúrgicas tomemos en cuenta:

- 1.- La prevención surgida de la evaluación correcta del - paciente.
- 2.- Prevención basada en la interpretación inteligente de los hallazgos clínicos y de laboratorio.
- 3.- Prevención fundada en un proceder Médico apropiado, en colaboración con un internista o un hematologo competente, así como:
- 4.- Aplicación de técnicas acertadas pero sencillas en el postoperatorio inmediato.

A pesar de todo lo anterior se corre el riesgo de que se presenten problemas hemorrágicos en nuestro Consultorio, pues sabemos que existen muchos aspectos del mecanismo de coagulación que aun no han sido aclarados.

Como clínicos somos responsables ante nuestro paciente de la solución satisfactoria y el tratamiento correcto de las complicaciones que pueda acarrear un procedimiento - que hemos iniciado.

SINTOMAS:

Además de los síntomas directos (extravasación - sanguínea) existen síntomas indirectos de Hemorragia, tanto más acentuados cuanto mayor es la cantidad de sangre - pérdida.

- 1.- Pálidez de la piel y mucosas exangües.
- 2.- Enfriamiento de la superficie corporal.
- 3.- Sudores fríos y difusos.
- 4.- Pulso pequeño y débil.
- 5.- Respiración frecuente y a menudo disneica.
- 6.- Hipo.
- 7.- Caída de la presión sanguínea
- 8.- Shock hipovolemico.

C A P I T U L O I I I

BOTIQUIN INDISPENSABLE EN TODO CONSULTORIO DENTAL

BOTIQUIN INDISPENSABLE EN TODO CONSULTORIO DENTAL

Este Botiquín debe estar constituido por medicamentos apropiados para solucionar las situaciones de Emergencia, y debe ser revisado periódicamente para su sustitución en el caso de que haya vencido su caducidad.

- 1.- Oxígeno.
- 2.- Corticoesteroides: Decadrón (Dexametasona), Solucortef - (hidrocortisona), Solumedrol (Metilprednisolona).
- 3.- Barbitúricos: Nembutal (Pentobarbital), Seconal (Secobarbital).
- 4.- Antihistamínicos: Clor - Trimeton (maleato de Clorfeniramina), Benadryl (Difenilhidramina), (Bromofeniramina) Dimetans.
- 5.- Nitritos: Nitroglicerina.
- 6.- Broncodilatadores: Aleudrin - Medihaler (Isoproterenol)
- 7.- Relajantes Musculares: Meprobonato, Metacarbamol.
- 8.- Hipoglucemiante: Insulina.
- 9.- Espansores del plasma: Solución Fisiológica y Glucosada.
- 10.- Vasoconstrictores: Adrenalina, Aramina (bitartrato de Metarina).
- 11.- Agentes Hemostáticos: Gelfoam, Oxícel, Surgicel, etc.
- 12.- Sedantes: Valium (diazepam), Lexotan (bromozepam).
- 13.- Hipertensivos: A.S. Cor, Efortil.
- 14.- Hipotensivos: Aldomet (Metildopa).
- 15.- Antiarrítmicos: Cardiosedin (Quinina, fenobarbital).

C A P I T U L O I V

TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS DE ORIGEN FISIOLÓGICO
EN EL CONSULTORIO DENTAL

TRATAMIENTO PARA LAS CONVULSIONES

- 1.- Aflojar la ropa, especialmente el cuello de la camisa
- 2.- Colocar una almohada o un saco debajo de la cabeza
- 3.- Colocar un pañuelo entre los dientes para impedir mordeduras de la lengua o de los labios.
- 4.- Se puede recurrir a alguna droga depresora o relajante muscular:

A) Se preparan 50 mg. por ml. de pentobarbital (Nembutal) o Secobarbital (Seconal). Se cargan 4 ml. en una jeringa que se utiliza para punzar la vena, y se inyecta 1 ml. (50 mg).

Se espera un minuto y medio, para que se ponga de manifiesto la sedación en toda su plenitud.

Se repite el procedimiento anterior hasta obtener el grado de sedación deseado.

B) Con el Valium (Diazepam) se inyectan 5 mg. en un minuto en reemplazo del barbitúrico.

Esta dosis se repite a los dos minutos si hace falta.

Después esta misma dosis por vía intramuscular.

TRATAMIENTO EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

1.- Oxígeno que se administra de la siguiente manera:

A) Por medio de un tubo nasal o con los tubitos espe-
ciales de Tudor Edwards, a 4 lts. por minuto para
proporcionar una concentración alveolar de 30%. -
Es un método simple y efectivo, que no ocasiona -
el círculo vicioso de la reinspiración y el aumen-
to del anhídrido carbónico.

2.- Isoproterenol (Aleudrin, Medihaler), que constituye
un buen dilatador bronquial de acción moderada para
inhalarse, en caso necesario se puede repetir des--
pues de un minuto. Generalmente basta con una sola
inhalación.

3.- Adrenalina, si la obstrucción es grave, en dosis in-
tramuscular de 0,3 ml (0,3 mg de solución al 1:1000).

4.- Decadrón (Dexametasona) o un corticoesteroide similar
en dosis de 4 mg. en inyección intramuscular o intra-
venosa

*Cuando la reacción sea suficientemente seria como para requerir adrenalina se administrara antes del antihistaminico.

5.- Antihistaminicos: Maleato de Clorfeniramina (Clor - Trimeton) de 10 a 20 mg IM o IV.
Maleato de Bromofeniramina (Dimeta ne de 10 a 20 mg por vía IM o IV.

Para la Defenhidramina (Benadryl) es de 25 a 50 mg. por vía Intramuscular o Intravenosa segun la gravedad.

TRATAMIENTO PARA EL PARO RESPIRATORIO

- 1.- Limpiar las vías aéreas, quedando la faringe libre de secreciones con una gasa o con el dedo, se retiran - las prótesis dentarias si existen.
- 2.- Colocar al paciente de espaldas, con el cuello extendido, la cabeza flexionada hacia atrás y el mentón hacia arriba para enderezar la vía aérea.
- 3.- Se introduce un dedo pulgar en la boca, a nivel de la comisura labial, y se tracciona firmemente el maxilar inferior con el pulgar y los demás dedos.
- 4.- Con la otra mano se ocluyen las fosas nasales para evitar escapes de aire.
- 5.- Colocaremos nuestra boca abierta sobre la del paciente de manera que el contacto sea lo más estrecho posible, expulsamos firmemente el aire en la boca del paciente, con suficiente fuerza y en suficiente cantidad como para expandir sus pulmones (la eficacia puede estimarse por la magnitud de los movimientos de expansión del tórax).

- 7.- Separamos la boca y aprovechamos para inspirar cuando el aire escapa de los pulmones de la víctima, y - repetiremos las maniobras a razón de 12 a 20 veces - por minuto. Sin soltar el maxilar del paciente entre respiración y respiración.

- 8.- De ser posible se recurrira a la intubación orofaríngea.

- 9.- Se reajustara la posición del mentón y el cuello si el aire no fluye libremente.

- 10.-Puede emplearse una compresa para impedir escapes de aire a nivel de otras lesiones faciales. Si es necesario puede ocluirse la boca y practicar la respiración por el método boca - nariz.

**En ciertos casos, cuando no es posible mantener la vía permeable la Traqueotomía es el mejor medio para lograrlo, y debe considerarse en los siguientes casos:

- 1.- Paciente inconciente
- 2.- Cuando la vía aérea esta comprometida por fracturas y colapso concomitante del esqueleto y de los tejidos blandos maxilofaciales.

- 3.- Pérdida del control de la lengua, de la deglución y del reflejo de la tos.
- 4.- Lesiones de la laringe, de la parte superior del -
cuello o del tórax.
- 5.- Alteraciones importantes en los signos vitales o en el sensorio por coexistencia de una lesión cerebral.
- 6.- En cualquier caso en que por otros medios no se pue
de lograr una vía permeable y no se conozca cuanto
tiempo pueda durar la situación.

La traqueotomía mejora la ventilación porque:

- 1.- Disminuye el espacio muerto, la columna de aire que ocupa la traquea y los grandes bronquios sin alcanzar los alveolos pulmonares, y que debe ser desplazada -
antes de que pueda haber un intercambio entre el aire alveolar y el atmosferico.
- 2.- Disminuye la resistencia al flujo de aire.
- 3.- Facilita la aspiración de secreciones.

- 4.- Proporciona una vía fácil para introducir un tubo _
con el cual podrá realizarse una respiración artifil
cial positiva.

- 5.- Provee una vía para la anestesia general y para la
respiración controlada, sin intervenir con las manioo
bras de reparación que el operador efectua en cara.

- 6.- Se la puede mantener indefinidamente.

TRATAMIENTO INMEDIATO PARA EL INFARTO DE MIOCARDIO

- 1.- LLamar al Médico si los nitritos no calman el dolor.
- 2.- Administrar Oxígeno
- 3.- Mantener al paciente semisentado.
- 4.- Pueden darse narcóticos en dosis moderadas:
 - A) De 25 a 50 mg. de Meperidina (Demerol) por vía intramuscular.
 - B) De 1/4 a 1/2 ampolla de morfina por vía intramuscular.
- 5.- Si la disnea es intensa se deben aplicar torniquetes en las extremidades.

**En presencia de Shock se debiera administrar:

- 1.- Oxígeno a razón de 6 a 8 ltrs. por minuto.
- 2.- Si la presión está por debajo de 80 mm Hg se darán vasoconstrictores:
 - A) Noroadrenalina por vía endovenosa en concentración de 8 mg por litro, diluida en una solución de glucosa al 5% , regulando su administración de tal forma que se mantenga una presión sistólica de 100 mm Hg.

B) También puede darse Aramina (Bitartrato de Metarina) por vía intramuscular a dosis de 5 mg.

TRATAMIENTO PARA LA ANGINA DE PECHO

1.- El objeto es mejorar la circulación coronaria, tratando de dilatar las arterias con alguno de los siguientes medios:

A) Para un ataque moderado, y como segundo medicamento de elección en casos graves, colocar una o dos tabletas de nitroglicerina (Trinitrina) debajo de la lengua del paciente. El alivio se produce habitualmente en 2 o 3 minutos.

B) Si el ataque es grave, romper una ampolla de nitrito de amilo bajo la nariz del paciente. El alivio se produce en 30 segundos.

Estos dos vasodilatadores, pero especialmente - el Nitrito de amilo pueden provocar dolor de cabeza, mareos y a veces síncope.

2.- Si no se obtiene el alivio rápido, con el reposo y - los nitritos se solicitara la intervención de un Médico ya que puede tratarse de un Infarto de Miocardio.

3.- Se puede administrar de 25 a 50 mg. de Meperidina - (Demerol por vía intramuscular)

4.- Oxigenoterapia.

TRATAMIENTO DE LAS REACCIONES ALERGICAS CUTANEAS

DE COMIENZO RAPIDO:

Si se presenta dentro de la primera hora posterior a la administración del alérgeno.

1.- Adrenalina: Por vía intramuscular o subcutánea, 0,3 ml de una dilución 1:100, que se repite según sea necesario.

En infusión endovenosa se proporcionan 0,05 mg (0,5 ml de solución 1:10 000) lentamente, repitiendo cada dos minutos hasta controlar los signos. El goteo intravenoso se mantiene con dextrosa al 5% en agua.

2.- Antihistaminico: Por vía intramuscular o intravenosa - Clorfeniramina (Clor - Trimeton) o Bromofeniramina (Dimetane) de 10 a 20 mg. o Difenhidramina (Benadryl) en dosis de 25 a 50 mg.

3.- Corticoesteroide: Dexametasona (Decadron) 8 mg., o Hidrocortisona (solu - Cortef) 100 mg. o también puede ser, Metilprednisolona (Solu - Medrol) a razón de 40 mg., o cualquier otro corticoesteroide para uso intravenoso.

** El tratamiento se suspendera si se nota la frecuencia cardiaca mayor de 150 o si hay pulso irregular.

DE COMIENZO LENTO:

- 1.- Antihistaminico: Bromofeniramina (Dimetane) 10 mg. -
por vía intramuscular. 6, Defenhidramina (Benadryl)
a razón de 25 mg. por vía intramuscular.

- 2.- Antihistaminicos por vía oral: como la Tripeleennamina
(Piribenzamina) en dosis de 50 mg. cada 6 horas.

- 3.- Si se requiere de un tratamiento adicional se remitira
al Médico o Alérgologo.

TRATAMIENTO INMEDIATO PARA LA ALERGIA

PALIDEZ:

- 1.- Posición de decubito dorsal
- 2.- Piernas elevadas
- 3.- Setamara el pulso carótideo, por dentro del músculo - esternocleidomastoideo, y si no existe se emprende la resurrección cardíaca.
- 4.- Se administra Oxígeno
- 5.- Se toma la presión sanguínea; si la sistólica esta por encima de 80 se continua este tratamiento, salvo lo siguiente; si la presión sanguínea se mantiene baja durante más de dos minutos o si hay antecedentes de considerable hipertensión o arterioesclerosis, se recurre al tratamiento para circulación inadecuada y se llama a - el Médico.

CIRCULACION INADECUADA:

- 1.- Seguir con la oxigenoterapia
- 2.- Administrar un vasopresor; Adrenalina, si la presión - sistólica esta por encima de 600 mm Hg. si logramos punzar una vena, se titala la dosis pasando poco a poco - 0,05 mg (0,5 ml. de solución 1:10 000).

A continuación se dan 0,03 mg (0,3 ml 1:1000) de adrenalina subcutánea o intramuscular para mantener el efecto.

•• Se suspende la administración de la adrenalina si la frecuencia cardíaca es mayor de 150 o si aparece pulso irregular.

Si la presión sistólica esta por debajo de 60 mm Hg.:

Si se encuentra la vena se administraran lentamente 0,2 mg (2 ml de solución 1: 10 000) de adrenalina y se repiten cada dos minutos hasta que mejore o hasta que la frecuencia cardíaca exceda de 150 o se torne irregular. Al mismo tiempo se pasa rápidamente por la vena - una solución de Dextrosa al 5% en agua hasta que el paciente mejora, y después se reduce el goteo a 60 por min. Se sigue con 0,3 mg (1/3 ml. de solución 1:1000) de adrenalina intramuscular o subcutánea.

Después de la adrenalina se dara un antihistáminico; que según la gravedad se podrá administrar:

Bromofeniramina (Dimetane); de 10 a 20 mg por vía intramuscular o intravenosa.(o su equivalente).

TRATAMIENTO DE URGENCIA PARA EL COMA

DIABETICO

- 1.- Daremos 100 unidades de insulina soluble, 20 U. por vía endovenosa, y el resto repartida en inyección subcutánea entre dos o más sitios.

Durante el coma existe resistencia a la insulina, de modo que en las primeras fases del mismo, pueden darse grandes cantidades sin peligro de que se presente hipoglucemia.

La mayoría de los casos necesitan de unas 600U. durante las primeras 24 hrs., la mitad de las cuales se administran durante las tres primeras horas, pero existen grandes variaciones donde el criterio Médico estableciera si el coma es muy grave podrá ser necesario administrar la insulina a intervalos más cortos, de una hora o menos.

La única insulina que puede administrarse por vía endovenosa es la insulina "simple acuosa". Esta debe almacenarse en un lugar frío, de preferencia en refrigerador (2 a 4°C) la congelación la inactiva, y debe evitarse exponerla a temperaturas muy elevadas.

TRATAMIENTO EN LAS COMPLICACIONES HEMORRAGICAS

No se conoce hasta la fecha ninguna droga que sea capaz por sí sola de prevenir o corregir las complicaciones hemorrágicas y de asegurar la hemostásis. Muchas de ellas se utilizan empíricamente, sin bases fisiológicas concretas, en problemas que, en su mayoría pueden controlarse satisfactoriamente con medios locales.

En el momento actual existen muchas dudas sobre la efectividad real de un buen número de drogas inyectables, que sólo podrán aclararse cuando se disponga de investigaciones fidedignas.

A nosotros como Odontólogos nos corresponde valorar el caso antes de cualquier intento quirúrgico, y su solución satisfactoria una vez iniciado.

TRATAMIENTO EN LAS COMPLICACIONES HEMORRAGICAS

El tratamiento de los problemas hemorráginos puede ser de dos tipos; general y local.

TRATAMIENTO GENERAL:

- 1.- Transfusión de sangre total, aunque existe el peligro de reacciones alérgicas, o de transmitir una hepatitis sérica, la transfusión de sangre fresca es uno de los tratamientos contra las hemorragias por deficiencias importantes en los factores de la coagulación.
- 2.- Plasma, se lo utiliza principalmente para restablecer la volemia en los casos de gran pérdida sanguínea. El plasma no contiene elementos que sean sistemáticamente eficaces para la hemostasis, pero puede servir en ciertas discrasias, como ocurre en la hemofilia.
- 3.- Expansores del Plasma. Solo se utilizan para restablecer la volemia, carecen de efecto directo sobre el mecanismo de la coagulación, los más utilizados son los Dextranes.

4.- Fibrinogeno. Este factor, que puede aislarse junto con otras fracciones de las proteínas plasmáticas, ha sido utilizado con resultado satisfactorio para corregir deficiencias específicas. En hemofílicos por ejemplo, se logra mediante técnicas de congelamiento y fraccionamiento, por las cuales se concentra el factor VIII y se puede administrar en un volumen muy pequeño (10 ml) la cantidad de globulina antihemofílica que normalmente se encuentra en varios litros de sangre total. El método permite en consecuencia, realizar un tratamiento efectivo sin el peligro de aumentar excesivamente la volemia del paciente.

5.- Vitamina K. Esta vitamina promueve la síntesis hepática de protrombina. La administración de este agente por vía oral o parenteral debe reservarse para los casos en los cuales se ha certificado una disminución en el nivel de protrombina. La deficiencia de esta vitamina solo se hace evidente en casos de alteración de la flora bacteriana (antibióticos, etc.) que producen una disminución franca de la síntesis, o cuando el aporte dietético es nulo. La enfermedad hepática avanzada puede causar hipoprotrombinemia que muchas veces no responde a la administración de vitamina K.

Por otra parte, esta vitamina no debe darse a pacientes bajo tratamiento anticoagulante sin consultar previamente con el Médico tratante. Es conveniente, en cambio, - administrar la con fines profilácticos en los pacientes con nivel de protrombina algo disminuido y sin tratamiento anticoagulante.

Las deficiencias de protrombina pueden ser congénitas o adquiridas, las primeras no responden a la vitamina K, mientras que las segundas sí lo hacen. La vitamina K no es hidrosoluble y se presenta bajo la forma de emulsión para administración intramuscular o intravenosa. Los preparados hidrosolubles no requieren la presencia de sales biliares para ser absorbidos y utilizados.

6.- Vitamina C. Se utiliza para mantener la integridad capilar a menudo combinada con bioflavonoides, Es hidrosoluble y el organismo la excreta con rapidez, de manera que su concentración disminuye francamente en presencia de deficiencias dietéticas, esto puede ocurrir por ejemplo; después de extirpar cuatro muelas impactadas, hecho que debe tenerse en cuenta para instituir la profilaxis adecuada. Se administra a razón de un mínimo de 500 mg. diarios, y se recomienda comenzar el tratamiento un día antes de la intervención y prolongarlo hasta 5 días después.

7.- Estrogenos. Estos se han usado en mujeres, con resultados satisfactorios, a veces espectaculares, para -- controlar la hemorragia capilar o mecánica, carecen - de efecto en las hemorragias por deficiencia de algun factor de la coagulación. En ocasiones se los utiliza asimismo para el tratamiento de epistaxis y hemorra-- gias gastrointestinales. Algunas evidencias indican - que los estrogenos utilizados por vía intravenosa pro-- ducen un un rápido aumento de la protrombina circulan-- te y de las globulinas aceleradoras y disminuyen la ac-- tividad antitrombínica de la sangre, teóricamente es-- tos cambios tienden a aumentar la coagulabilidad, por lo cual parece razonable utilizarlos en las hemorra-- gias espontáneas. Se considera que una dosis única de 20 mg de estrógenos conjugados (Premarin), por vía in-- travenosa, manifiesta un efecto notable, generalmente no se da más de una dosis. El premarin ha sido utiliza-- do satisfactoriamente para controlar hemorragias ex-- tensas en napa o hemorragias venosas importantes.

8.- Adrenose, Kutapresin ó Koagamin. Se usan ocasionalmen-- te para controlar la hemorragia capilar, el Adrenosen disminuye la permeabilidad capilar o aumenta la resis-- tencia de sus paredes. El Kutapresin, sólo es efectivo para las hemorragias capilares, mientras que el Koaga

-min, esta formado por los acidos oxálico y malónico que favorecen la liberación de protrombina para formar trombina. Estas drogas son de valor dudoso y enteramente ineficaces de acuerdo con la opinión de muchos autores. En caso de utilizarlas, no obstante la administración debe comenzar un día antes de la intervención y continuarse por 3 a 5 días.

TRATAMIENTO LOCAL:

1.- Adrenalina. Este agente en aplicación tópica al 1:1000, mediante un algodón o gasa, o en inyección local al 1:50,000 es transitoriamente eficaz, pero los efectos son reversibles, esta vía no debe emplearse en pacientes con hipertensión grave o enfermedad cardiovascular, puesto que su absorción puede ser peligrosa. Por otra parte, si se exponen grandes superficies de la boca, la aplicación tópica al 1:100 también puede tener efectos tóxicos importantes. Lo importante de este método radica en que la adrenalina detiene rápidamente la hemorragia y aunque su acción es transitoria generalmente dura lo suficiente como para que se forme un buen tapón mecánico en la luz del vaso. No obstante el paciente debe ser controla-

-do cuidadosamente una vez que ha desaparecido el -
efecto vasoconstrictor, dado que el desprendimiento
del coágulo puede reanudar la hemorragia. Si bien se
trata de una sustancia fisiológica, la adrenalina es
muy poderosa y ha ocasionado serias reacciones de hi
persensibilidad por aplicación tópica.

- 2.- Solución de Monsel. Los preparados de uso tópico con subsulfato férrico precipitan las proteínas y pueden utilizarse en zonas de hemorragia capilar, es relativamente inofensiva esta solución para los tejidos y rinde buenos resultados en los taponamientos de ex--tracción, particularmente a nivel de hueso medular.
- 3.- Trombina. Se aplica de manera similar y actúa como - agente hemostático en presencia del fibrinógeno plasmático, esta sustancia nunca debe ser inyectada. Mu-
chos Odontólogos la recomiendan en aplicación tópica porque actúa fisiológicamente, favoreciendo un proceso normal sin alterar la integridad de los tejidos.
- 4.- El Veneno de Vibora Russell. (Stypven), se presenta en ampollas de 5 ml; es preparado de tromboplastina - que se aplica en forma similar a los anteriores y que promueve la formación del coagulo sanguíneo.

** La solución de Monsel, el Veneno de vibora Russell y la Trombina, deben usarse unicamente sobre gasa simple o yodoformada, algodón o espuma de gelatina (Gelfoam), y no sobre celulosa oxidada (Oxigel), ya que con esta última forman un compuesto ácido que los vuelve completamente inactivos. Deben tomarse ciertos cuidados cuando se necesita un efecto de presión. La espuma de gelatina es blanda y cuando esta saturada y por tanto ineficaz como agente de compresión, a pesar de que tiene la ventaja de ser absorbible.

5.- Acido Tánico. Este ácido envuelto en un saquito similar a los de té precipita las proteínas y favorece la formación del coágulo. Es mejor aplicarlo haciendo morder el saquito (seco o apenas húmedo) durante 5 minutos, repitiendo la operación hasta tres veces si es necesario. No debe permitirse la acumulación de saliva durante el procedimiento, se le utiliza como tratamiento casero, dado que se dispone de otros métodos más eficaces para el Consultorio.

6.- Espuma de Gelatina (Gelfoam), esta esponja de gelatina se reabsorbe en 4 a 6 semanas y destruye la integridad plaquetaria para establecer una trama de fibrina sobre la cual se produce un coágulo firme.

7.- Celulosa Oxidada (Oxigel). Esta sustancia libera ácido celulósico, que tiene gran afinidad con la hemoglobina y da origen a un coágulo artificial. Se reabsorbe en aproximadamente 6 semanas. Su acción no aumenta con el agregado de trombina u otros hemostáticos, dado que es tos son destruidos por la elevada acidez del material, se presenta bajo la forma de gasa o algodón, No debe ser húmedecida antes de aplicarla, porque la acidez - así creada tiende a inhibir la epitelización. No se re comienda usarla, por lo tanto, en superficies epitelial es.

8.- Celulosa Oxidada y Regenerada (Surgicel), presenta algunas ventajas sobre el preparado anterior, la almohadilla de gasa es más resistente y se adhiere más, y - sus ácidos no inhiben la epitelización. Puede emplearse, en consecuencia, sobre superficies epiteliales. Se presenta bajo la forma de una cinta gruesa en frascos con trozos pequeños.

9.- Hielo. La aplicación local de hielo, con intervalos de 5 minutos durante las primeras cuatro horas, puede reducir la intensidad de una hemorragia, sin embargo, al gunos autores lo consideran un método totalmente ine--fectivo. Los estudios con cuplas termoelectricas, rea--lizados en la superficie cutánea, han demostrado que -

piel es muy eficaz como material de aislamiento, y - que la aplicación de hielo no modifica la temperatura a nivel de las capas subdérmicas. No obstante el recurso puede ser eficaz en algunos pacientes.

10.- Electrocauterización. En buen número de casos las he morragias de cierta magnitud pueden controlarse por electrocauterización, para lo cual se emplean dos -- procedimientos:

- A) En algunos casos la cauterización es indirecta, - se toma el vaso con una pinza hemostática y se lo toca con el instrumento eléctrico, de esta manera se precipitan las proteínas en la herida y el vaso ocluye por acción del calor generado en la punta de la pinza.

- B) Un procedimiento más común es cauterizar directamente los pequeños vasos que sangran, lo cual coagula la sangre y las proteínas de la zona y detiene la hemorragia en los sitios muy vascularizados. No es prudente esperar que la cauterización reemplace a la sutura en el caso de vasos grandes suturables, si las condiciones son apropiadas, este método es muy eficaz para controlar las hemorragias.

PROCEDIMIENTOS MECANICOS:

Incluyen la aplicación de cualquier tipo de fuerza capaz de contrarrestar la presión hidrostática del vaso sangrante, hasta que se haya formado el coágulo.

- 1.- **Compresión.** La hemorragia puede controlarse, generalmente si se hace morder una gasa o esponja seca colocada directamente sobre la zona sangrante.

- 2.- **Taponamiento del Alveolo.** A veces es necesario taponar la cavidad a presión, mediante una esponja o una gasa, para que la presión intraalveolar detenga la hemorragia. El método solo es aplicable en caso de hemorragia osea, y en ocasiones debe procederse a la sutura para mantener la gasa en el lugar. El taponamiento no debe dejarse hasta que este totalmente empapado de sangre o saliva sino que se cambiara con frecuencia para no interferir con el mecanismo de la coagulación.

- 3.- **Tablilla protectora.** A veces es aconsejable fabricar antes de la intervención, una tablilla protectora capaz de ser sujeta con alambre y mantenida fija en la zona operatoria. El método facilita una compresión continua sobre la región hemorrágica y permite esta--

bilizar los tejidos, lo cual impide la recurrencia de la hemorragia durante los movimientos de masticación y deglución. Las tablillas son indispensables en pacientes afectados de hemofilia o de otras discrasias sanguíneas. También están consideradas dentro de esta categoría las prótesis inmediatas.

4.- Ligaduras y Suturas. Las ligaduras profundas con catgut absorbible, en el caso de vasos grandes, o con hilos de nylon para heridas de superficie, son ayudas valiosas en la práctica quirúrgica. Sin embargo, y a menos que se haya estirpado la cantidad suficiente de hueso alveolar para permitir una adecuada aproximación de los tejidos, las suturas próximas a las crestas alveolares solo sirven para favorecer la hemorragia.

La elección del material depende del tipo de hemorragia y de las características del paciente, -- cualquiera que sea el caso es importante utilizar agujas atraumáticas, siempre que sea posible, para evitar el riesgo de hemorragias adicionales. Las opiniones varían de acuerdo al empleo de catgut absorbible, y aunque el hilo seda requiere de su extracción posterior permite un control más eficaz en los procedimientos intrabucales. Los hilos sintéticos o de -

nylon son a menudo irritantes para los tejidos blan
dos de la mejilla o lengua.

5.- Cera para Hueso y Otros. El hueso es un material que no puede comprimirse, y las hemorragias a este nivel son a menudo molestas por la imposibilidad de ocluir el vaso sangrante, por esto a veces debe recurrirse a la utilización de una cera para hueso, u otra sustancia rígida, que ocluya el orificio hasta que se produzca la coagulación.

6.- Sacabocados. El uso de este instrumento, con el fin de machacar el orificio del canal, es frecuente y el único medio para detener la hemorragia intraósea.

** Además de todos los procedimientos anteriores es indispensable en todo Consultorio Dental la presencia de Pinzas Hemostáticas adecuadas, para recurrir a -- ellas inmediatamente si se presenta una situación hemorrágica inesperada.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS INMEDIATOS

- 1.- Es esencial extraer los coágulos de la boca del paciente, ya que la hemorragia continuara mientras el coágulo gelatinoso ocupe la superficie de la mucosa bucal.
- 2.- Suspéndase inmediatamente todas las formas de aspirina que el paciente pueda estar tomando. No deben prescribirse analgésicos que contengan salicilatos.
- 3.- Es importante mantener la cavidad bucal seca y tan libre de saliva como sea posible, para ello es útil hacer respirar al paciente por la boca. Las compresas de gasa seca sobre la zona sangrante constituyen, probablemente el mejor y más eficaz medio de control.
- 4.- Si la hemorragia no cede con este método, aplicado en forma repetida, debiera recurrirse a otros procedimientos como el taponamiento con gasa a presión o con espuma de gelatina, trombina, cauterización, etc..
- 5.- Si es necesario aspirar continuamente para obtener una visibilidad óptima de la zona hemorrágica.

- 5.- La necesidad de que exista un Botiquín de Emergencias siempre presente en todo Consultorio Dental.

- 6.- Que nos preocupemos por el conocimiento exacto de los medicamentos aplicables en cada caso.

- 7.- Establecer un tratamiento de sostén en las urgencias más graves, hasta su canalización y tratamiento médico general.

6.- El valor de las suturas es máximo cuando pueden aplicarse eficazmente para comprimir la zona sangrante y ocluir los vasos y capilares. Debe recordarse, sin embargo, que cada sutura produce dos orificios que son puntos potenciales de ocasionar hemorragias, por todo ello lo primordial es valorar el caso.

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

Al elaborar la presente Tesis que querido llegar a las siguientes conclusiones:

- 1.- Todo Cirujano Dentista debe tener conocimiento y comprensión sobre el organismo que nos ocupe, fijando nuestra atención tanto en los signos objetivos como subjetivos.- Elaborando una adecuada Historia Clínica General y Dental.

- 2.- Enfocar la Odontología como especialidad que contribuya a la rehabilitación integral del individuo.

- 3.- Obtener una adecuada comunicación:
Médico - Dentista - Paciente.

- 4.- Reconocer nuestras responsabilidades para con nuestros pacientes y nuestras limitaciones para su remisión a otros Especialistas.

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

- 1.- BAIENSON GEORGE
"RELAJACION DEL PACIENTE EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA"
Manual de Técnicas Sedativas
Editorial Labor, S.A.
España, 1976.

- 2.- BHASKAR S.N.
"PATOLOGIA BUCAL"
Editorial El Ateneo
2da. Edición
Argentina, 1975.

- 3.- CHAVEZ RIVERA IGNACIO
ESPINO VELA JORGE
"NOSOLOGIA BASICA INTEGRAL"
Editorial Francisco Méndez Oteo
5a. Edición
México, 1976.

- 4.- GARCIA VALDECASAS F.
"FARMACOLOGIA EXPERIMENTAL Y TERAPEUTICA GENERAL"
Salvat Editores, S.A.
6a. Edición
México, 1972.

- 5.- GARDINER - HILL H.
"COMPENDIO DE URGENCIAS EN MEDICINA"
Editorial Marín, S.A.
5a. Edición
España, 1976

- 6.- KRUPP MARCOS A.
CHATTON MILTON J.
"DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO"
Editorial El Manual Moderno
3a. Edición
México, 1976.

- 7.- Mc CARTHY FRANK M.
"EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA"
Editorial El Ateneo
2a. Edición
Buenos Aires, 1976.

- 8.- Mc ELROY - MALONE
"DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLOGICOS"
Editorial Interamericana
1a. Edición
México, 1971.

- 9.- MORRIS ALVIN L.
BOHANAN HARRY M.
"LAS ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS EN LA PRACTICA GENERAL"
Editorial Labor, S.A.
3a. Edición
México, 1978.

- 10.- ROBBINS - ANGELL
"PATOLOGIA BASICA"
Editorial Interamericana
6a. Edición
México, 1978.