

10
2g

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IMPORTANCIA DEL CARRO DE URGENCIAS.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
MA. LETICIA BECERRA ORTEGA
GUADALAJARA, JALISCO 1986



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I IMPORTANCIA DEL CARRO DE URGENCIAS	3
CAPITULO II CARACTERISTICAS DEL CARRO DE URGENCIAS	10
CAPITULO III COMPONENTES ESCENCIALES DEL CARRO DE URGENCIAS	17
CAPITULO IV DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS URGENCIAS MAS COMUNES .	23
CCNCLUSIONES	38
BIBLICGRAFIA	39

A nuestra Alma mater Universidad Autónoma de Guadalajara
por haber hecho de mí un Profesionista al Servicio de -
México

Al Dr. miguel Pérez por su inapreciable ayuda profesio -
nal quien me oriento fecundamente en la elaboración de -
mi tesis.

A mis maestros:
que me brindaron sus conocimientos

Al Honorable Jurado
con todo respeto

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que sin su ayuda y fortaleza no hubiera podido seguir adelante, en esta y en cualquier etapa de mi vida.

A mis hijas que han sido mi motivación y mi motor

A mis Padres que gracias a ellos he podido realizar mi carrera por sus pequeños y grandes sacrificios y por la confianza que depositaron en mí. Mi más eterno agradecimiento.

A mis hermanos gracias por su apoyo y cariño

A mi Esposo por sus alientos .

A mi suegra por tanta ayuda que me dio

A todos aquellos que de una u otra manera colaboraron conmigo de una u otra forma gracias

INTRODUCCION

A través de los años, la odontología ha venido evolucionando junto con las necesidades que el hombre ha requerido para -- el alivio de sus padecimientos dentales; sin embargo se puede considerar que el Carro de Urgencias es la parte mas olvidada entre los servicios dentales siendo, aunque no frecuente, -- importantísimo en nuestra práctica diaria.

A pesar de la gran importancia que tiene, algunos odontólogos tienden a disminuir su valor y en ocasiones quisieramos contar con el Carro de Urgencias, por ignorancia o por indiferencia. Cuando un dentista asume la responsabilidad de tratar a un paciente debe tener en cuenta que una urgencia no es predecible y estar consciente en hacer el esfuerzo por tener los medios necesarios para superar tales urgencias.

Este pequeño estudio está enfocado a hablar acerca de -- como está constituido nuestro Carro de Urgencias, de que manera debe ser manejado; de las partes que consta este carro -- indispensable por lo que contiene; de cómo podrá ayudar la asistente dental o el personal auxiliar.

La mayor catástrofe que puede ocurrir en el consultorio de odontología es la muerte del paciente, y si no tenemos un -- Carro de Urgencias, lo mas seguro es que se llegue inevitablemente a ésta.

Hasta la década 1960 la muerte súbita imprevista fue una urgencia odontológica tomada meramente como una observación -- estadística y no como un problema tratable; y es probable que tales muertes en el consultorio de odontología hayan tenido relación en forma secundaria con el stress del tratamiento.

Sin embargo no todos los casos de urgencia en el consul --

torio dental serán inducidos por el stress; otros tendrán una relación directa con afecciones cardiovasculares, por ejemplo, lo que constituye una buena razón para contar con un Carro de Urgencias.

CAPITULO I

IMPORTANCIA DEL CARRO DE URGENCIAS

La incidencia de casos de urgencias de odontología ha aumentado durante los últimos años, así como las demandas judiciales por negligencia en la atención de esos casos.

El odontólogo en su propio beneficio y en beneficio de sus pacientes está obligado a actualizar constantemente sus conocimientos sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de urgencias.

Por definición, la emergencia es una circunstancia imprevista que exige acción inmediata, y el odontólogo debe estar alerta para poner en práctica lo más rápido posible medios urgentes.

El tratamiento de las urgencias que hacen peligrar la vida no es un ejercicio de arte culinario; para que el clínico esté en condiciones de prevenir, diagnosticar o tratar, es imprescindible que posea un conocimiento básico de los antecedentes.

La prevención de una emergencia grave, es el servicio más importante que el odontólogo puede prestar a su paciente pero no se puede restar importancia a la necesidad de tratamiento inmediato y eficaz en una emergencia real.

La responsabilidad legal y moral de una prevención eficaz y de un tratamiento inmediato descansa exclusivamente en manos del odontólogo capaz y bien informado.

La mayor catástrofe que puede ocurrir en el consultorio del odontólogo - la muerte del paciente - requiere un profundo

conocimiento sobre muerte súbita.

Hasta en la década de 1960 llegaron los grandes adelantos en reanimación cardiopulmonar a cielo cerrado, la muerte súbita imprevista era meramente una observación estadística y no un problema tratable, excepto la rara reanimación cardiaca a cielo abierto durante la anestesia y la cirugía.

La técnica incruenta de la reanimación a cielo cerrado evita muchas muertes que antes se consideraban inexplicables e intratables.

En Estados Unidos se producen alrededor de dos millones de muertes no accidentales por año y cerca de la mitad de ellas son relativamente súbitas.

Casi el 20% de todas las muertes no accidentales son súbitas e inesperadas, la edad promedio de las víctimas es de 45 años.

La muerte súbita imprevista ocurre por causas accidentales en personas que hasta entonces parecían gozar de buena salud y no tenían antecedentes de enfermedad. De acuerdo con diversas definiciones, muerte súbita es la que tiene lugar entre una hora y veinticuatro horas después del colapso. Sin embargo el tiempo que transcurre desde el colapso hasta la muerte es una cuestión un tanto académica porque la mayoría de las muertes súbitas son instantáneas.

La muerte súbita suele producirse por un trastorno de ritmo cardíaco. En los servicios hospitalarios la mayoría de las veces la muerte súbita ocurre por fibrilación ventricular, pero si se hace tratamiento inmediato el paciente suele sobrevivir.

En personas jóvenes y sanas se comprobó, en condiciones experimentales, que al ocluir la circulación cerebral se ---

pierde el conocimiento en seis, ocho segundos, como término medio.

El síncope es la manifestación inicial de la muerte súbita y significa paro circulatorio.

El 75% de las muertes por infarto agudo del miocardio-- ocurre en la primera hora. La hospitalización tiene que ser rápida lo mismo que el ingreso en el servicio de Cardiología.

FACTORES EMOCIONALES QUE INFLUYEN EN LA MUERTE SUBITA

La regulación de la frecuencia cardíaca es mejor cuando el individuo emprende una acción definida, y se altera-- en situaciones que parecen abrumadoras e insolubles, como-- las de depresión profunda o de miedo repentino. La pérdida de esta regulación da lugar al mecanismo de la muerte de ahí que es muy posible que una persona muera de miedo. Un importante ejemplo médico - legal de la respuesta de stress es un caso de un niño de 13 años que murió bajo la anestesia general; el tribunal dictaminó una indemnización de \$500,000 dólares porque se comprobó que en el preoperatorio, el paciente se hallaba en estado de pánico, por lo tanto, no estaba en condiciones de soportar la anestesia ni la intervención quirúrgica.

El stress emocional, lo mismo que el físico pueden desencadenar complicaciones en los enfermos cardíacos.

En nuestra opinión el stress emocional es más importante que cualquier otro factor como causa de muertes vinculadas con tratamientos odontólogos.

EL PACIENTE QUE MUERE EN EL CONSULTORIO

La muerte de un paciente en el consultorio es una expe

riencia devastadora, no sólo para los familiares sino también para el odontólogo y para el personal de su consultorio. Una muerte así puede lesionar la reputación del profesional, acarrea una demanda judicial, prestándose hasta para cargos de negligencia criminal. La condena por negligencia criminal suele eximir a la compañía aseguradora de todas las obligaciones financieras originadas en la consiguiente demanda por daños y perjuicios.

PREVENCIÓN DE LA MUERTE SUBITA

En la comunidad en general, el éxito para reducir la incidencia de casos de muerte súbita depende en particular de que el mismo paciente procure asistencia médica; pero hasta ahora los resultados han sido desalentadores, no todo es tan sombrío como parece; en un estudio se capacitó a personal de ambulancia muy motivado, y persistiendo en la vigorosa reanimación a cielo cerrado junto con la desfibrilación se logró salvar a siete de catorce pacientes. En el ámbito odontológico se puede obtener mucho éxito en la prevención de la muerte súbita durante el tratamiento dental.

Los tres aspectos de mayor importancia son:

Evolución física del paciente, adecuado control del dolor y ansiedad, y tratamiento eficaz de las emergencias médicas contando con un equipo constituido por un odontólogo auxiliares y un buen carro de urgencias. Aún evaluando correctamente en lo físico a un paciente, el odontólogo como cualquier otro profesional no evita riesgos durante el tratamiento dental.

La evaluación física adecuada es el método más importante para que el odontólogo evite las emergencias peligrosas durante el tratamiento dental; y le sigue muy de cerca en importancia la reducción del stress y modificación

Del tratamiento . Primero se debe tratar de prevenir; así conociendo los cómo y porqués de la prevención, se aprende a tratar las emergencias existentes, procediendo como corresponde según el conocimiento basado en números y síntomas.

SELECCION Y EVALUACION DEL PACIENTE

Dadas las posibles reacciones e interacciones de las - drogas, es imprescindible que a todos los pacientes sometidos a tratamiento dental se les haga interrogatorio para obtener los antecedentes médicos completos. Se prefiere hacer y llenar un cuestionario que el paciente firma en el consultorio en la cita inicial. Los casos de antecedentes médicos falsos anotados a propósito (algunos con consecuencias fatales) y las omisiones de información médica importante de parte de los pacientes señalan la trascendencia y las posibles implicaciones medico legales de la historia que el paciente firma.

Los antecedentes deben comentarse punto por punto con el paciente, asignando tanto a las enfermedades graves o antiguas o recientes , o cualquier tratamiento actual prescrito por médicos, como a los tratamientos anteriores o actuales con droga . En caso de duda , es imprescindible consultar con el médico del paciente. Siempre que sea posible a los pacientes riesgosos se les internará en el hospital y no se les aceptará para su tratamiento en el consultorio de odontología.

Con un manejo adecuado, la mayoría de las emergencias - se solucionan con facilidad, en el manejo apropiado es la clave del éxito en casi todas las situaciones, pero para ello hoy que tener un conocimiento práctico de los procedimientos de apoyo vital básico, contando con nuestro Carro de "1"

gencias.

La pérdida del conocimiento es común en el consultorio de Odontología. Cualquiera que fuese el factor desencadenante, plantea al odontólogo una urgencia que podría ser fatal y exige intervención inmediata y eficaz, -- para que el paciente se recupere .

Se presume siempre que la pérdida del conocimiento es un paro cardíaco mientras no se demuestre lo contrario.

La pérdida del conocimiento no ocurre solamente en el paciente que recibe agentes anestésicos generales; en efecto la causa más común en odontología es el síncope vasopresor (lipotimia o desmayo común) por miedo y aprensión en pacientes no medicados .

En la mayoría de los casos de pérdida del conocimiento, el tratamiento inicial es, en esencia, el mismo. Una excepción posible es la reacción anafiláctica aguda en el cual la administración de adrenalina tan pronto como sea posible bien podría ser la medida salvadora de mayor importancia .

Habiendo iniciado con buen éxito la reanimación; A. Vía aérea, B. Respiración, C. Circulación del apovital básico, el reanimador está en condiciones de considerar la causa de la situación de emergencia.

Haciendo una evaluación física apropiada antes de emprender el tratamiento se evitan la mayoría de las emergencias médicas en el consultorio odontológico pero de todos modos hay que estar alerta con el carro de urgencias para encarar cualquier situación que podría surgir.

Los dos requisitos más importantes para tratar las emergencias son:

- a) Obrar con criterio
- b) Contar con el carro de urgencias.

Además para prevenir urgencias y complicaciones el odontólogo deberá tener la capacidad necesaria para evaluar adecuadamente el problema antes de la intervención. Si se comprueba la existencia de una patología sistémica.

El profesional debe reconocer la posible repercusión de ésta sobre la enfermedad local. De manera similar debe saber evaluar las dificultades técnicas que plantean las situaciones que se descubren mediante el examen clínico y radiográfico.

No todas las intervenciones son de la misma magnitud, y pueden surgir inconvenientes cuando el profesional intenta realizar las que supera su capacidad; por eso es tan importante tener siempre listo y preparado el carro de urgencias.

Muchas de las complicaciones pueden evitarse siguiendo un viejo andagio:

"El buen médico sabe lo que puede hacer y también sabe lo que no puede hacer.

Una situación temible para el odontólogo es la aspiración o la deglución de algún cuerpo extraño; el odontólogo tendrá siempre presente la posibilidad de que los dientes u otros cuerpos extraños caigan accidentalmente, y deben tomarse todas las precauciones posibles.

CAPITULO II

CARACTERISTICAS DEL CARRO DE URGENCIAS

Todo consultorio debe estar equipado con un Carro de Urgencias en el que se transportan todos los instrumentos necesarios para atender cualquier tipo de urgencias.

Los medicamentos y equipo apropiados distribuidos en diversas áreas separadas del consultorio no serán benéficas cuando se disponen de poco tiempo y de escasa ayuda.

El Carro de Urgencias debe ser móvil para que se pueda desplazar a cualquier parte del consultorio dental, incluyendo la sala de espera.

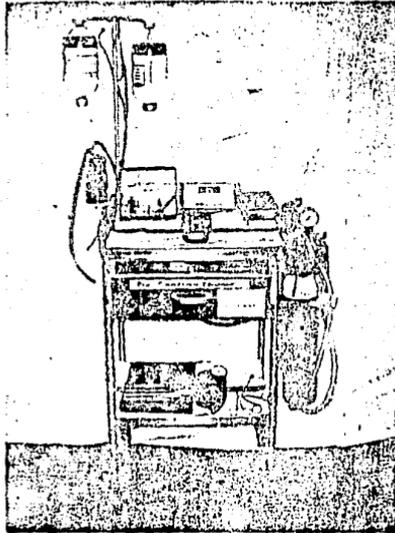
Al formar el Carro de Urgencias hay que pensar en El como si en ese momento lo fuésemos a ocupar.

Ninguna precaución está de más, y nos puede ahorrar innumerables momentos de aprensión innecesaria.

Mencionaremos características que debe contar nuestro Carro como sería el fijarle un rótulo "Carro de Urgencias" y se le protejera con una cubierta de plástico para conservar los instrumentos lo más limpios posibles.

Para evitar el extravío de instrumentos de urgencias, como agujas o jeringas relativamente accesibles, el Carro deberá amarrarse y cerrarse. Trás una verificación periódica del Carro de Urgencias, durante el cual se cambiarán medicamentos cauducos, baterías desastadas y soluciones alteradas se cerrará otra vez el Carro y se engrabará al nudo una tarjeta con la fecha de la verificación. Si alguna persona extráe algo del Carro de Urgencias, esto será notorio ya que deberá romperse el nudo.

Lo que se ha mencionado sobre las características del Carro de Urgencias, son sugerencias, hechas a todo de orientación, también sugerimos tender hacer éste Carro con sus adaptadores especiales para su fácil manipulación, pudiendo ser de cualquier material. A continuación se muestra una fotografía de un Carro de Urgencias.



CARRO DE URGENCIAS

Otra característica importante con que debe contar el Carro de Urgencias es una forma de control de urgencias, a continuación mostraremos un ejemplo:

Paciente:----- fecha-----
 Tiempo de inicio----- Tiempo de terminación-----

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS
 ANTES DE LA GRAFICA

observaciones
 medicamentos
 administrados
 y horario

Tiempos			
P.A.	C	240	
V			
A			
-----		38	220
Pulso			
.		36	200
inicio		34	180
de la			
urgencia		32	160
X			
		30	140
termino			
urgencia			
			120
			100
tempe-			
ratura			
L			80
aspiracion			60
S			
			40
Sala de			
recupe-			
racion			20
R			
Respi-			
racion			
O			

20 día
 10 de 1940
 105-10-10
 CONTROL

Entre las características del Carro de Urgencias , hablaremos sobre el oxígeno, ya que es el elemento más importante para la supervivencia del hombre . Es utilizado por todas las células del cuerpo como un ingrediente básico del metabolismo celular.

Desempeña una función importante en la eliminación del bióxido de carbono de las células a través de los pulmones.

A diferencia de muchas otras sustancias , el cuerpo no puede almacenar oxígeno para su utilización futura. Por lo tanto , una vez que se ha agotado la fuente de oxígeno , ocurre una deficiencia celular del mismo casi de inmediato . Algunos tejidos son afectados más rápidamente que otros , siendo el encéfalo uno de los órganos del cuerpo que más depende de este elemento .

Cuando ocurre hipoxia (falta de oxígeno) sucede una retención de bióxido de carbono (hipercapnia). Esto aumenta la acidez de los tejidos y provoca la muerte de las células. Si no se ataca este trastorno , se produce muerte del cuerpo. Por lo tanto es muy importante que en todo Carro de Urgencias se cuente con un suministro urgente de oxígeno para que se utilice en caso de insuficiencia o paro respiratorios.

Hay dos métodos básicos mediante los cuales se puede lograr esto: 1- la administración de oxígeno al 100% , y 2- el uso del aire de la habitación.

El medio más eficaz de respiración artificial es proporcionar al paciente un suministro de oxígeno a 100%. Puesto que la mínima concentración de oxígeno requerida es sólo de 20%, dicho suministro elimina cualquier deficiencia histórica que se haya originado y proporciona un amplio margen de seguridad durante los esfuerzos de resucitación.

La forma más conveniente de almacenar oxígeno a 100% en el consultorio dental es el uso de un cilindro tipo "E".

Los cilindros que contienen gases se designan con la letra "A" "B" "C" , etc., según su tamaño . El cilindro "E" es un recipiente que mide 76 cm. de altura , 11cm de ancho y pesa 8.5kg. El oxígeno que contiene está a una presión de -- 168.7 kg. por cm^2 . En su extremo superior el cilindro tiene una válvula para abrir y cerrar la salida de oxígeno . No debe permitirse que el oxígeno del tanque salga directamente a la mascarilla y a la bolsa de oxígeno a la presión que se encuentra en el tanque , pues se romperían los conductos de hule y la bolsa de depósito y se descompondría el sistema. Para evitar esto , se coloca una válvula reductora o algún otro dispositivo regulador entre el cuello del tanque y el paciente lo cual reducirá la presión de 168.7 kg. por cm^2 a una presión que puede ser tolerada por los pulmones del paciente . El volumen de oxígeno que sale por la máscara y se suministra al paciente se mide en litros por minuto . Algunos equipos cuentan con agujas que indican el volumen de salida.

Ante la presencia de una urgencia , primero debe abrirse el tanque haciendo girar la manija del extremo superior del mismo . Esto permitirá la salida de oxígeno . Luego , se hará girar el medidor de flujo para que el oxígeno fluya hacia la máscara . Se calibrará el flujo a una velocidad que permita el llenado de la bolsa de depósito al ajustar la máscara a la cara del paciente. Esto permitirá que el operador apriete la bolsa con su mano izquierda para producir presión positiva. A un flujo de 3 litros por minuto el cilindro "E" debe durar 5 $\frac{1}{2}$ horas. Sin embargo en la atención de urgencias , la velocidad del flujo suele ser más alta y no es raro que el cilindro se vacíe por completo en el término de una hora por eso es importante que en el Carro de Urgencias se tenga siempre de reserva cuando menos un cilindro de oxígeno.

A continuación se muestra un dibujo de un cilindro y sus partes, así como también los pasos a seguir en caso de urgencias:

1 Apertura de la válvula del tanque de oxígeno



3

Coloque firmemente la máscara facial sobre la boca y la nariz del paciente para asegurar la administración de una máxima concentración de oxígeno. La válvula de exhalación debe estar abierta por completo



2 Ajuste de la válvula de flujo de oxígeno



4

Si es necesario impulsar oxígeno hacia los pulmones: (1) Gire la válvula en dirección retrógrada hasta obtener la presión deseada. (2) Apriete en forma repetida la bolsa de respiración hasta que se establezca la respiración natural

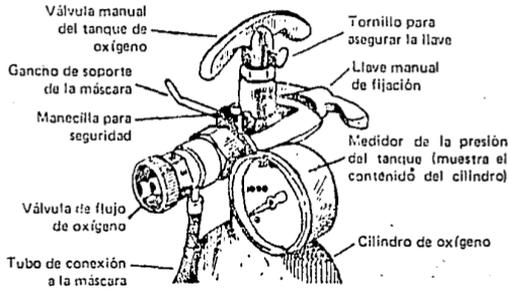
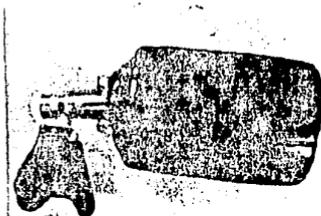


Fig. 9-4. Oxígeno portátil. (Cortesía de McKesson Co., Sylvania, Ohio).

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

El mejor ejemplo de este sistema es la bolsa Ambú. Esta consiste en una máscara que cubre todo el rostro, una bolsa de depósito y una válvula bidireccional que permite el llenado de la bolsa con el aire de la habitación y luego lo impulsa a través de la máscara cuando se comprime la bolsa.

A continuación se muestra una bolsa Ambú:



Bolsa Ambú.



Observe el cierre hermético obtenido con la máscara colocada sobre la boca y la nariz del paciente.



Sostén de la mandíbula mientras se usa la bolsa Ambú.

CAPITULO III

COMPONENTES DEL CARRO DE URGENCIAS

Es una fortuna que la mayoría de las personas reaccionen favorablemente al tratamiento dental y puedan aceptar sin problemas las tensiones mentales y físicas a que son sometidas. Sin embargo, hay circunstancias ocasionales en la práctica diaria de la odontología en las cuales se requiere tratamiento urgente para evitar un desenlace catastrófico. Estas situaciones pueden originarse por la reacción psíquica del paciente al tratamiento dental, por la existencia previa de alguna enfermedad o por reacción a algún medicamento administrado. En cualquier caso, debe establecerse de inmediato el cuidado y tratamiento adecuados para que el paciente recupere su estado de salud.

A menudo hay poco indicio de un fallecimiento inminente y el odontólogo debe estar alerta para poner en práctica lo más rápido posible medidas urgentes.

Todo miembro del equipo profesional debe estar muy familiarizado con las posibles urgencias, y en todo consultorio dental es necesario contar con un Carro de Urgencias bien equipado debiéndose establecer un programa de adiestramiento en urgencias para que cada miembro se familiarice en sus deberes específicos. La repetición mensual de este adiestramiento perfeccionará las habilidades del personal del consultorio y algún día puede salvar la vida de una persona. Hay que familiarizar al personal odontológico con las urgencias que pueden ocurrir en el consultorio dental y prepararlo para aplicar el tratamiento que convertirá la situación crítica en una normal.

Un Carro de Urgencias deberá tener artículos básicos y a continuación daremos una lista de lo mínimo que deberá contener el Carro de Urgencias.

- 1- ESTETOSCOPIO
- 2- ESFIGMOMANOMETRO
- 3- SOLUCION AMONIACAL
- 4- OXIGENO A PRESION POSITIVA
- 5- MASCARILLA FACIAL COMPLETA
- 6- EQUIPO PARA INFUSION INTRAVENOSA
- 7- UN FRASCO DE 500ml. DE SOLUCION DE DEXTROSA A 5% PARA INFUSION
- 8- CANULAS BUCOFARINGEAS DE DIVERSOS TAMAÑOS
- 9- APARATO PORTATIL DE SUCCION
- 10- CRONOMETRO
- 11- FORMA DE CONTROL DE URGENCIAS Y PLUMA
- 12- JERINGAS Y AGUJAS DE DIVERSOS TAMAÑOS
- 13- TORUNDAS CON ALCOHOL
- 14- TORNIQUETE
- 15- TELA ADHESIVA
- 16- MEDICAMENTOS APROPIADOS

Estos son los utensilios mínimos necesarios de un Carro de Urgencias. Cada uno de ellos es necesario para que el equipo de urgencias determine las reacciones funcionales básicas como la presión arterial y el pulso, aplique la asistencia respiratoria de urgencia, establezca una vía directa para la administración de medicamentos mediante un equipo de infusión intravenosa, y registre cada incidente y su duración en relación con el principio de la situación de urgencia. Este último factor es sumamente importante. El auxiliar debe tomar nota del momento de inicio del trastorno urgente y debe poner en marcha el cronómetro.

A medida que se aplica cada fase del tratamiento de urgencia, debe registrarse en la forma de control de urgencia. Esto incluye el registro de la presión arterial, la frecuencia del pulso y los medicamentos administrados, así como su dosis y vía de administración. En el capítulo II se ilustra un ejemplo de una forma de control de urgencias.

No puede concluirse en el consultorio dental el tratamiento definitivo en algunos trastornos urgentes importantes. Por eso es necesario que en el plan de urgencia de todo consultorio dental se incluya una lista telefónica del hospital más cercano, de un servicio de ambulancia y de un médico rápidamente disponible. El médico debe encontrarse cerca del consultorio dental para que pueda iniciar la atención definitiva del paciente mientras se espera la llegada de la ambulancia. Esto significa que inclusive la secretaria del consultorio es un componente importante de un equipo de urgencias bien organizado.

A continuación hablaremos de algunas de las características de nuestros componentes en el Carro de Urgencias:

El esfigmomanómetro consta de una bolsa insuflable rodeada por un manguito que se aplica en el brazo, un manómetro para leer la presión aplicada y una perilla insufladora junto con la perilla controlable para desinflar el manguito.

Al elegir el instrumento se debe tener en cuenta ciertos puntos para mejorar la exactitud de la lectura. La bolsa inflable debe ser más ancha que el diámetro del brazo; en el adulto son 12cm. los suficientes.

El manómetro aneroides es preferible para el consultorio de Odontología por que es más fácil leer en él la presión sanguínea como complemento, se requiere un estetoscopio con diafragma, a fin de determinar la presión sanguínea mediante auscultación.

A continuación mencionaré algunos elementos que se consiguen con facilidad y se incluyen en el Carro de Urgencias:

Jeringa descartables estériles, (de 5 ml. con aguja calibre -- 20 a 40 mm.).

Cuando no es posible utilizar la vía intravenosa por colapso vascular, o por que se carece de la pericia necesaria, las drogas se pueden administrar por vía intramuscular. Además se prefiere una acción prolongada, la droga inyectada en el músculo suele absorberse y pasar al torrente sanguíneo en forma más gradual.

Estos son algunos ejemplos de drogas de emergencias cuando no se usa la vía intravenosa:

-Adrenalina para anafilaxia. Dosis, 0.3 a 1mg. I.M., tengase a mano dos dosis de un mg/ml (solución 1:1000)

-Difenhidramina (Benadril) para anafilaxia. Dosis, 25 a 50mg- I.M.

Una causa básica de la reacción de alergia es la liberación de histamina por las células dañadas.

Los medicamentos antihistaminicos como el Benadril y el dimetane antagonizan la acción de la histamina durante la -- reacción alérgica . Los antihistaminicos no impiden la liberación de histamina sino más bien bloquean su acción sobre los tejidos al ocupar los sitios receptores en las células blanco de los órganos susceptibles, como los pulmones y los vasos sanguíneos . Por lo tanto el uso de antihistaminicos durante -- una reacción alérgica no es para revertir la acción de la histamina ya liberada , sino para evitar la continuación de la reacción por la liberación de mayor histamina.

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

Los corticosteroides se utilizan a menudo en el tratamiento de reacciones alérgicas en virtud de que tienen efectos benéficos a largo plazo.

La cortisona es una sustancia química liberada a la sangre por la corteza suprarrenal . Desempeña una parte importante en muchas funciones del cuerpo. Su valor en una reacción alérgica radica en su efecto sobre el sistema muscular . Una dosis intramuscular o intravenosa de cortisona sintética reforzará la concentración normal de cortisona secretada por la glándula suprarrenal y ayudará a mantener la estabilidad durante las siguientes 12 O 24 hs.

Debe recordarse que las reacciones alérgicas agudas pueden ocasionar paro cardiaco y hacer necesario iniciar la resucitación cardiopulmonar . Toda reacción alérgica , ya sea que ocurra en forma leve de una erupción cutánea o bien un colapso vascular agudo, debe ser tratada como una urgencia grave o -- potencialmente grave.

Respecto a la oxigenación las concentraciones de éste pueden llegar al 100%.

El oxígeno viene como gas comprimido en tanques . Se dispone en una amplia gama de tanques en el capítulo II se habla de las características de ellos.

También la ventilación artificial con aire atmosférico - permite entregar a los pulmones del paciente alrededor de 21% de oxígeno (recuérdese que el aire aspirado contiene solo 16%) y por lo tanto es mejor . Sin embargo, para ventilar con aire atmosférico se requieren dispositivos auxiliares . Estos no son difíciles de usar , pero se debe tener mucha destreza - para aplicarlos con eficacia .

El dispositivo que más se usa es la unidad autoinflable de bolsa , válvula y máscara, conocida como bolsa ambú.

Para que estos dispositivos funcionen bien , el reanimador debe ser capaz de mantener permeable la vía aérea y de -- mantener también un cierre hermético entre la mascarilla y la cara del paciente usando una sola mano . Con dos dedos , por lo general el pulgar y el índice , sostiene la máscara en su - posición , y con los dedos restantes engancha el borde inferior de la mandíbula . La mascarilla se sostiene con firmeza contra la cara del paciente y la mandíbula se tracciona hacia atrás para hiperextender la cabeza . Con la otra mano se comprime la bolsa autoinflable una vez cada 5 segundos (en el adulto) o cada 3 segundos (en el niño). La expansión del tórax en cada esfuerzo ventilatorio asegura una ventilación apropiada.

Si la máscara no se sostiene con firmeza habrá pérdida de aire y el volumen de éste que llega a los pulmones es menor.

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS URGENCIAS MAS COMUNES

En algunas situaciones, afortunadamente muy pocas - nos vemos obligados a utilizar "EL CARRO DE URGENCIAS" - para tratar emergencias surgidas al paciente, en el consultorio dental.

Nos referimos a afecciones de orden general que necesitan tratamiento urgente por que pone en peligro la salud o la vida del paciente. En estos casos debe proporcionarse la ayuda médica lo antes posible, pero hasta que ésta llegue, es indispensable actuar y hacerlo correctamente.

En primer lugar es importante que todas las personas - (secretarias, asistentes, higienistas) que trabajan en el consultorio tengan conciencia del correcto proceder cuando la emergencia se presenta. Antes y durante todo el procedimiento debe prevalecer en el consultorio un clima de serenidad y relajación. Hay que evitar los ruidos -- y cualquier tipo de distracción, incluso las conversaciones innecesarias.

Para efecto de ser más gráfico en cuanto a la necesidad de poder tener un Carro de Urgencias, en el consultorio dental, es conveniente relatar su utilidad para el soporte en el tratamiento de alguna de las urgencias más comunes en el mismo; describiremos entonces los medicamentos y el equipo necesario que debe contener el Carro de Urgencias en el caso de:

A-Angina de Pecho

B-Infarto agudo del Miocardio

C- Choque Anafiláctico

De los trastornos anteriores se describirá brevemente su etiología sus signos y síntomas y el tratamiento en base a la ayuda que nos puede proporcionar el Carro de Urgencias.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS URGENCIAS MAS COMUNES

En algunas oportunidades , afortunadamente muy pocas- con la necesidad de utilizar El Carro de Urgencias.

rara efecto de ser más gráfico describiremos a continuación reacciones potencialmente graves , el Dentista- debe estar preparado para encararlas en seguida por que - cualquier demora , por pequeña que sea , puede significar-- la diferencia entre la vida y la muerte:

ANGINA DE PECHO:

Definición; La Angina de Pecho también se conoce como dolor cardíaco paroxístico y síndrome anginoso.

La tasa de mortalidad es por lo menos 30% mayor del término medio . El ataque puede ser irreversible , pues avanza hacia el infarto agudo delmiocardio y quizá la muerte

La causa de la angina de pecho es un déficit transitorio de oxígeno (isquemia) en el músculo cardíaco como resultado del estrechamiento de las arterias coronarias , - del volumen minuto cardíaco aumentado (esfuerzo, excitación , comidas) y de la mayor carga de trabajo del corazón.

Diagnóstico:

El paciente sufre ataques repetidos de dolor precordial (retroesternal) , que varían de leves a graves. muchas veces el dolor se propaga al hombro o brazo izquierdo , y con poca frecuencia al hombro derecho y espalda. A menudo se desencadena con el esfuerzo, la ira, un stress emocional , la ansiedad o las comidas, y suele ceder en menos de 15 minutos con el reposo . No es por lo general el dolor intenso y opresivo del infarto agudo del miocardio . Casi siempre el paciente ha estado tomando nitroglicerina para aliviar el dolor.

Los antecedentes pueden revelar un importante cambio reciente en la vida del enfermo caso en el cual el riesgo es mayor.

Ciertos factores del interrogatorio sobre angina de pecho revisten gran valor discriminativo por que el riesgo aumenta si el dolor anginoso no cede del todo con nitroglicerina , si existe una relación frecuente entre el dolor anginoso y el esfuerzo , y si aquél se irradia al brazo izquierdo . Es muy importante preguntar si aparece dolor precordial al subir un piso por la escalera , en vez de inquirir en general si existe dolor torácico.

Tratamiento:

Los ancianos , los diabéticos francos , y los pacientes que tuvieron episodios anginosos en el pasado , que ya sufrieron infartos de miocardio y que alivian su dolor precordial con nitroglicerina , son más propensos a una emergencia cardiovascular .

El comienzo súbito de un intenso dolor retroesternal es mucho más ominoso en el diabético anciano con antecedentes de angina de pecho que ya tuvo un infarto de miocardio que en un jugador de fut-bol sano y robusto de 21 años.

El tratamiento de los pacientes con antecedentes comprobados de enfermedad cardiovascular debe ser individual. Estos pacientes se benefician haciéndoles una cuidadosa revaloración de su reserva cardíaca y controlándoles la ansiedad en el preoperatorio con la sedación oral que corresponda. Sin embargo aunque se cumplan al pie de la letra todas las medidas, algún paciente ocasional adquiere dolor precordial y requiere asistencia inmediata.

Manejo de dolor torácico, de presunto origen cardiovascular : Siempre que ocurra dolor precordial, lo primordial es aliviarlo. Uno de los principales factores que generan ansiedad en el paciente con crisis de dolor es la actitud de alarma de parte del odontólogo y sus ayudantes.

Es imperioso que el profesional conserve la serenidad y permanezca junto al paciente hasta que el problema inmediato se resuelva. El profesional aplomado inspira confianza a su personal y al paciente, pero esto no significa que deba obrar con despreocupación. Se puede demostrar preocupación y al mismo tiempo disipar los factores que generan ansiedad.

El tratamiento dental se debe interrumpir hasta que el episodio anginoso ceda, pero podría ser una imprudencia querer proseguir el tratamiento electivo una vez que el dolor precordial desaparezca.

Aflójese los cuellos ceñidos, desabotónese la chaqueta, suéltese la bufanda, corsé o corbino, y retírese los delantales de plástico que podrían causar incomodidad al retener el calor corporal. Adminístrese oxígeno a un flujo confortable por medio de tomas nasales que no molesten, una cánula nasal o una máscara facial sostenida con cuidado.

Esto es reconfortante y reduce la ansiedad , lo cual a su vez puede hacer cesar el dolor . Cerciórese que el paciente esté comodo , lo cuál se suele conseguir levantando la cabeza de modo que quede un poco más alta que el tórax estando el paciente recostado.

Dése nitroglicerina del frasco de droga fresca que tiene el paciente o del CARRO DE URGENCIAS. Se sugiere un comprimido de 0.30mg. de la droga fresca (de no más de 6 meses de antigüedad que se tiene en el consultorio.

Es recomendable que se premedique al paciente para prevenir el ataque anginoso . Si ya se ha declarado un ataque anginoso florido , se dará 0.45 a 0.60 mg. Por lo común se pueden suministrar sin peligro dos comprimidos del CARRO DE URGENCIAS (de 0.30mgs. cada uno). Si el paciente experimenta un dolor creciente de intensidad y si la primera dosis de nitroglicerina no ejerce efecto en dos o tres minutos , puede hacer una inhalación de nitrato de amilo, aunque este vasodilatador potente causa a veces como efectos colaterales cefalea, rubefacción y hasta síncope. Recomendamos reservar el nitrato de amilo para el dolor más intenso de origen indudable. Si no se obtiene alivio con diez o quince minutos de intervención activa incluso administración de oxígeno , cabe suponer que ha ocurrido un infarto del miocardio, lo cual impone el traslado inmediato al hospital.

RESUMEN DE LOS PASOS PARA ATENDER LA ANGINA DE PECHO

- 1.- Suspéndase el tratamiento dental
- 2.- Adminístrese inmediatamente nitroglicerina

- 3.- Al mismo tiempo se suministra oxígeno al 100% con una cánula nasal, un casquete nasal apropiado o una máscara facial.

- 4.- Póngase cómodo al paciente aflojándole la ropa. Luego el Odontólogo y el paciente deben decidir si ha de continuar el tratamiento dental o no. Esta es una cuestión de buen juicio que depende de la gravedad del episodio.

- 5.- Si el dolor no cede a los tres o cuatro minutos de administrar la nitroglicerina o si es muy intenso desde el -- principio rómpase una ampolla de nitrato de amilo y dése a inhalar su contenido . Esto tendrá que aliviar el dolor en 30 segundos.

Se comprobó que el óxido nitroso en una concentración de 35%, alivia el dolor del infarto agudo del miocardio, y su aplicación no se acompañó de alteraciones hemodinámicas ni de reacciones adversas de importancia ; el resto de la mezcla de gas debe consistir en 65% de oxígeno.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO:

Definición; Es la necrosis del músculo cardíaco debida a la falta de irrigación del mismo

Existen diversos factores que tienen estrecha relación con el desarrollo del infarto del miocardio como son la hipertensión arterial, obesidad, consumo excesivo de cigarrillo, arterioesclerosis, diabetes mellitus, etc.

Diagnóstico; El paciente que sufre un infarto del miocardio suele describir un intenso dolor retroesternal opresivo o implacable, que puede propagarse en el brazo izquierdo hacia abajo o bien al maxilar inferior o el cuello. Con menor frecuencia el dolor se irradia a la espalda o al lado derecho. En ocasiones el paciente experimenta náuseas y debilidad, y manifiesta el temor de muerte inminente. Colóquese en una posición cómoda aflojando todas las prendas ceñidas y administrando oxígeno.

Los signos clínicos se ponen de manifiesto con rapidez. El paciente puede adquirir un color ceniciento. En ocasiones la presión sanguínea cae a pico y aparecen arritmias.

Recábase asistencia especializada inmediatamente. Si en la comunidad se cuenta con un grupo para-médico bien capacitado, el mejor recurso es llamarlo, para lo cual debe tener su número telefónico en el CARRO DE URGENCIAS.

Tratamiento:

En el tratamiento inicial del infarto del miocardio los minutos son muy importantes. Si hay arritmias, el personal para médicos puede iniciar un monitoreo electrocardiográfico inmediato, iniciar una infusión intravenosa y continuar el monitoreo, de la presión sanguínea y la adminis

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

tración de oxígeno que había comenzado el odontólogo . -

A falta de personal paramédico , se podría convenir - de antemano con un médico de las cercanías para que acuda sin pérdida de tiempo en caso de emergencia. Sin embargo, tales acuerdos estan sujetos a muchas fallas, de las cuales las más obvias es que el médico pueda estar -- ausente en el preciso momento en que se le necesita. Según un corolario de la ley de murphi, el accidente cardiovascular grave se presenta con mayor frecuencia cuando no se tiene médico a mano.

El segundo recurso eficaz sería un servicio de ambulancia sin capacidad paramédica para encarar el problema - del infarto agudo del miocardio que ocurre en el consultorio dental . Es imperioso que el odontólogo acompañe al paciente para supervisar la terapia de apoyo y seguirmonitoreandolo hasta que se pueda transferir la responsabilidad al médico de la sala de guardia.

Cada odontólogo debe decidir hasta dónde se ha de ocupar del manejo del paciente agudo con presunto infarto del miocardio .

La responsabilidad básica ineludible de todos los profesionales son vigilar el pulso, la presión sanguínea y el estado de conciencia , administrar oxígeno y estar listos para proveer apoyo vital básico, ventilación y masaje -- cardíaco a cielo cerrado .

La terapia más avanzada , como administración de narcóticos para aliviar el dolor , sostén de la presión sanguínea , y tratamiento de las arritmias , podría escapar - al ámbito del odontólogo en general.

RESUMEN DE LOS HALLAZGOS Y EL TRATAMIENTO DEL INFARTO DEL MIOCARDIO

En general se observan varios, aunque no necesariamente todos, de los siguientes síntomas;

- 1.- Dolor retroesternal (precordial) opresivo que se propaga o no a los brazos mandíbula o espalda .
- 2.- Dolor que no se alivia con vasodilatadores coronarios oxígeno y reposo.
- 3.- Sensación de muerte inminente.
- 4.- Náuseas.
- 5.- Palidez cenicienta.
- 6.- Pulso filiforme.
- 7.- Arritmias.
- 8.- Caída de la presión sanguínea.
- 9.- Pérdida del conocimiento.

Tratamiento de Emergencia:

- 1.- Colóquese al paciente en una posición cómoda, no en de cúbito dorsal, sino con la cabeza un poco elevada.
- 2.- Vigílese el pulso y la presión sanguínea.
- 3.- Dése oxígeno al 100% con máscara.

4.- Dése nitroglicerina o nitrato de amilo (nitrato de amilo una ampolla)

5.- Trasládese al paciente a un servicio de emergencia parapagos con la mayor premura posible.

Podría estar indicado el siguiente tratamiento optativo:

6.- Iniciése una infusión intravenosa de dextrosa al 5% en agua. El goteo debe ser lento , justo lo suficiente para mantener la vía intravenosa.

7.- Dése un narcótico si el dolor es insoportable y si han de transcurrir más de 10 a 15 minutos hasta el traslado al servicio de urgencias. Se puede dar demerol por vía intramuscular de 25 a 75mg. o sulfato de morfina de 6 a 10mg.

8.- Puede ser necesaria la reanimación pulmonar en casos de paro cardíaco , por lo tanto , téngase todo listo para hacer este tratamiento si fuera necesario.

9.- Acompáñese al paciente hasta completar su traslado hasta el servicio médico , en un vehículo de emergencia apropiado (en el capítulo dos se explica la reanimación cardiovascular).

Procedimiento recomendado en el paciente posinfartado:

1.- La premedicación de rutina con nitroglicerina es discutible , de modo que no se recomienda, pero esta indicada si el paciente sufre episodios actuales de angina de pecho.

- 2.- Nos abstendremos de emprender cualquier tratamiento dental electivo en el paciente posinfartado hasta por lo -- menos 6 meses después del ataque, plazo este que se -- requiere para que los pacientes se estabilicen.

- 3.- Si el paciente toma algun anticoagulante (heparina dicumarol, coumadin, hedulin etc.) como sucede con muchos in -- fartados hasta cierto tiempo después del ataque, se debe evitar cualquier tratamiento dental que podría cau -- sar la hemorragia, aunque sea leve , hasta haber consultado con el médico respectivo.

CHOQUE ANAFILACTICO:

Como la insuficiencia circulatoria tiene prioridad respecto de todas las otras situaciones, la comentaremos en -- primer término , y puesto que en ocasiones no es posible distinguir entre el síncope y las primeras etapas del choque anafiláctico iniciaremos nuestro bosquejo terapéutico como si se tratase de un leve compromiso circulatorio y continuaremos como si el paciente no respondiera al tratamiento.

Los pasos a seguir con diligencia , trabajando en equipo si es posible , y con el carro de urgencias , hasta que el paciente responda.

PALIDEZ: Un signo común que sugiere claudicación del aparato circulatorio , aunque puede ser precedida de rubefacción -- tomaremos esto como punto de partida para el tratamiento .

Acuéstese al paciente en el decúbito dorsal. No se le debe colocar la cabeza entre las rodillas por que esto po --

dría ser muy perjudicial si, por ejemplo, ocurre hemorragia cerebral.

A continuación tómesese el pulso. El pulso carótideo (justo por dentro del músculo esternocleidomastoideo) está en un sitio más conveniente que el radial. Si no hay pulso, comiencese en el acto con la reanimación cardiopulmonar. Si hay pulso continúese con el paso siguiente.

Elévese las piernas a mayor altura que el torso. Como en la gran masa muscular de los miembros inferiores se puede acumular mucha sangre, esta maniobra favorece el retorno sanguíneo a la circulación activa. Si el paciente no responde bien, tómesese la presión arterial. Si la sistólica es mayor de 80mm Hg y no se sospecha de alergia, continúese con los procedimientos precedentes (excepto en un paciente que tenga considerable hipertensión de antemano); Si en cambio se presume que la caída de la presión sanguínea es de origen alérgico por que existen otras manifestaciones de alergia, como urticaria o respiración sibilante, o bien se ha administrado una droga de notoria alergenidad, se iniciará inmediatamente el tratamiento para la alergia.

Si se sospecha que la caída de la presión sanguínea es de causa alérgica (choque anafiláctico) por que se administró una droga alérgica o por que hay signos de alergia, se dará adrenalina inmediatamente. La adrenalina posee tres acciones deseables en estas circunstancias: vasopresora, antihistamínica y broncodilatadora. Además tiene la ventaja de que su acción es de comienzo muy rápido.

La dosología para el adulto depende de la gravedad de la reacción anafiláctica. La droga se puede administrar por vía intramuscular o intravenosa.

Si se opta por la intravenosa lo mejor sería dar inyecciones fraccionadas, o sea pasar con lentitud 0,05mg. -- si la caída de la presión sanguínea es mínima, o hasta 0,2mg. si la hipotensión es acentuada en dilución 1:10.000 y aguarriar dos minutos para juzgar el efecto. Revitase este procedimiento, si es necesario, hasta que el paciente mejoró su estado cardíaco sugiere que se debe finalizar el tratamiento por que la frecuencia de los latidos es mayor de 150 por minuto o por que el ritmo se torna irregular. -- Como el efecto de la administración I.V. puede durar con tados minutos , se deben dar después 0,3mg. (1/3 de ml de solución 1:10.000) por vía I.M.

He aquí un ejemplo de la gama posológica: si un paciente tiene una presión de 70/40, sería prudente una dosis intramuscular de 0.3 mg. o dosis intravenosas fraccionadas de 0.5mg. cada una. El otro extremo de la gama posológica estaría dado por el paciente con pulso débil o nulo, o en quien la presión sanguínea no es demostrable (debe hacerse reanimación cardiopulmonar simultáneamente si el paciente ha perdido el conocimiento y no hay pulso). Este paciente requiere adrenalina intravenosa , si es posible en incrementos de 0.2mg. o más; si por diversas razones no se puede usar la vía intravenosa, lo mejor sería una dosis intramuscular de 0.5 a 1mg. Cualquier masa muscular accesible es aceptable, incluso la lengua. Si se puede entrar en una vena , convendría mantener expedita esta vía conectando un goteo de 500ml. de dextrosa en agua al 5% y haciendo pasar por lo menos 30 gotas por minuto cuando el paciente está en shock franco . La iniciación de éste goteo -- cuando el paciente todavía tiene una presión intravascular apropiada facilita el tratamiento ulterior, en particular si su estado se deteriora tanto que la presión intravascular es muy baja y sería difícil punzar una vena -- después.

El médico que continúe el tratamiento indicado por el odontólogo apreciará mucho que haya una infusión intravenosa permeable.

El tratar la disfunción circulatoria es importante tener presente la diferencia de tratamiento deseable si la causa de la caída de la presión sanguínea no obedece a la alergia.

Como hemos descrito, la adrenalina es beneficiosa en relación con los problemas alérgicos, pero por su capacidad para producir taquicardia y arritmia, y para levantar la presión sanguínea por encima de lo normal, es muy deficiente en muchos estados de hipotensión. Por ejemplo se considera indeseable elevar la presión sanguínea por encima de lo normal en el infarto del miocardio y en la hemorragia cerebrovascular. Por lo tanto, si no es experto en el manejo de los agentes vasopresores potentes, lo más indicado sería recurrir a un vasopresor suave, como la mefentermina (Wyamine). Esta droga es menos potente pero relativamente más segura por que no suele elevar la presión sanguínea más allá de lo normal. Puede administrarse en dosis de 15 a 30 mg. por vía intramuscular o intravenosa, según la magnitud del problema circulatorio.

Cuando la presión sanguínea está muy deprimida, suele convenir un goteo intravenoso rápido de dextrosa al 5% o de solución de Ringer lactato en agua, hasta que se observe mejoría, para después reducir el goteo a 60 gotas por minuto.

Habiendo inyectado adrenalina o mefentermina puede ser útil administrar corticoides, que a menudo son beneficiosos en el colapso periférico.

Se recurre a ellos en segunda instancia por que su acción no es inmediata (puede demorar hasta una hora) porque a veces resultan ineficaces. Debe usarse un producto que pueda ser inyectado por vía intramuscular o intravenosa con lentitud, como metilprednisolona (Solu-Medrol), 125mg. , o --- dexametasona (Decadron) de 4 a 20 mg.

En el shock anafiláctico puede ser útil un antihistamínico , para contrarrestar la liberación de histamina. Se puede dar maleato de clorfeniramina (Chlor-Trimeton), 10 a 20-mgs. , maleato de bromfeniramina (Dimetane) 10 a 20 mg, o Difenhidramina (Benadril), 20 a 50 mg. en inyección intramuscular o intravenosa lenta.

En cuanto haya pérdida completa del pulso o de la presión sanguínea se instituirá la reanimación cardiopulmonar.

CONCLUSIONES

Con el tema desarrollado anteriormente, hemos tratado de explicar, cuanto nos puede ayudar un Carro de Urgencias, ya que con la experiencia obtenida, me he dado cuenta que no le damos mayor importancia a que se nos pueda presentar una emergencia, y generalmente lo tomamos como si no nos fuese a ocurrir nunca, o como si nos excluyéramos de la emergencia.

Al presentar éste tema, no es que los odontólogos tengan una exagerada pericia en la emergencia, pero al menos una guía en cuanto se nos presente un caso difícil.

En algunas ocasiones, el paciente, por negligencia, no relata sus antecedentes patológicos con veracidad, y en estas situaciones, nos encontramos fuera del alcance de prevenir la emergencia, y ésta guía nos podrá ser útil, sobre todo en algunas enfermedades como la Angina de Pecho.

Algunos otros pacientes, suelen no transmitir ningún dato con el cuál sospechemos que se encuentra sumamente nervioso, y en estos casos también se encuentra fuera de nuestro alcance prevenir la emergencia.

Suelen ser muchas las situaciones difíciles en las que se puede ver involucrado un odontólogo, y aunque tengamos toda la voluntad para sacar adelante la situación, no es suficiente con eso, hay que tener ciertos conocimientos, y además ciertos utensilios necesarios.

BIBLIOGRAFIA

EMERGENCIAS EN ODONTOLOGIA

FRANK M. MC. CARTHY

TERCERA EDICION 1981

LIBRERIA "EL ATENEO EDITORIAL"

IMPRESO EN LA ARGENTINA

PAG. 1-475

FARMACOLOGIA ODONTOLOGICA

PABLO BAZERQUE

PRIMERA EDICION 1976

EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. y F.

IMPRESO EN ARGENTINA

PAG. 75-869

MEDICINA INTERNA Y URGENCIAS EN ODONTOLOGIA

MARTIN J. DUNK/DONALD F. BOOTH

EDITORIAL "EL MANUAL MODERNO S.A."

PRIMERA EDICION 1980

MEXICO 11, D.F.

PAG. 1-41

MEDICINA PARA ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA

LAURENCE COHEN

PRIMERA EDICION 1980

EDITORIAL "EL MANUAL MODERNO"

IMPRESO EN MEXICO

PAGS. 81-223

DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO
MARCUS A. KRUPP, MILTON J. CHALTON
EDICION 13
EDITORIAL "EL MANUAL MODERNO"
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1985
PAG. 10-180

MEDICINA INTERNA
HARRISON, TINSLEY PONDOLPH
QUINTA EDICION EN ESPAÑOL
EDITORIAL " LA PRENSA MEDICA MEXICANA"
BARCELONA, ESPAÑA
PAG. 7-192

MEDICINA INTERNA
JAY H. STEIN
PRIMERA EDICION EN ESPAÑOL
EDITORIAL "PORRUA"
BARCELONA, ESPAÑA
PAG. 88-410

DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS
DR. EMILIO ROSEINSTEIN
EDICION 31 1985
EDICIONES PLM S.A., SAN BERNARDINO
No. 17, COL. DEL VALLE
MEXICO, D.F.
"GRUPO EDITORIAL MEXICANO, S.A.