

378
24



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ANGINA DE PECHO

TESINA

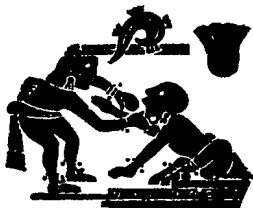
Como un requisito para presentar el Examen Profesional
para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

FEDERICO ISAAC SANDOVAL GALICIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**





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.

CAPITULO.	Pag.
CAPITULO I	1
INTRODUCCION	1-2
CAPITULO II	
DEFINICION DE ANGINA DE PECHO .	3
CAPITULO III	
ETIOLOGIA DE ANGINA DE PECHO.	4-5
CAPITULO IV	
FORMAS DE ANGINA DE PECHO .	6
a.-DE ESFUERZO	
b.-ESTADO ANGINOSO	7
c.-NOCTURNA	
d.-DE DECUBITO	8
e.-REBELDE	9
CAPITULO V	
SIGNOS Y SINTOMAS	10
a.-FACTORES PRECIPITANTES DE LA ANGINA DE PECHO	11
b.-DIGESTION	
c.-FRIO	12

CAPITULO	Pag.
d.-TAQUICARDIA	
e.-FUMAR	13
CAPITULO VI	
IMPORTANCIA CLINICA PARA EL DENTISTA	14
CAPITULO VII	15-16
HISTORIA CLINICA	17-21
CAPITULO VIII	
EVALUACION DEL PACIENTE	22-26
CAPITULO IX	
CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO DENTAL	27-30
CAPITULO X	
TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE PECHO	31-33
BIBLIOGRAFIA	36-37
CONCLUSIONES	34-35

CAPITULO I

INTRODUCCION

La palabra angina proviene del latín y significa ahogamiento espasmódico o sofocación con dolor ; la palabra latina pectoris quiere decir pecho . Con estos dos vocablos se describen las manifestaciones clínicas básicas de la angina de pecho (angina) expresión clásica de la enfermedad crónica de las arterias coronarias (EAC).

El termino angina de pecho fue introducido por Heberden en 1768 para indicar un trastorno del pecho muy característico, acompañado de sensación de estrangulación y ansiedad.

Al emplear la palabra angina , Heberden diferenciaba la angina de pecho de otras múltiples formas de dolor torácico de causa variable , que se reunían sin orden bajo el nombre de Dolor Pectoris .

Heberden describió la angina de pecho como un trastorno especial en el cual el dolor torácico era de una peculiar modalidad , iba frecuentemente acompañado de fenómenos psíquicos , el más notable de los cuales consistía en el miedo a la muerte inminente (angor animi). Notaba el autor que el dolor solía presentarse por crisis y que las personas afligidas de éstas las experimentaban casi siempre mientras iban caminando y en particular despues de una comida copiosa en forma de un dolor insoportable a nivel de la región esternal que rápidamente desaparecía con el descanso.

No iba acompañado de disnea. Las personas que sufren angina de pecho aparentemente parecían hallarse bien entre -- las crisis; sin embargo muchas morían de repente.

La angina de pecho constituye un síndrome no una enfermedad. Sin embargo su aparición permite sospechar con mucha probabilidad la existencia de una de las diversas cardiopatías básicas específicas. Siempre indica el mismo trastorno fisiológico básico, probablemente la anoxia miocárdica, sea -- cual sea la enfermedad fundamental.

CAPITULO II

DEFINICION

DE

ANGINA DE PECHO

La angina de pecho es un síndrome clínico caracterizado por crisis de dolor u opresión características, generalmente localizado detrás del esternón, que suele irradiar a la región precordial y al brazo izquierdo, a veces a otras zonas vecinas; lo desencadenan el esfuerzo y, en muchos casos, también otros factores; se alivia rápidamente por el reposo y vasodilatadores.

Algunos elementos pueden ser atípicos, pero la aparición de dolor u opresión por el esfuerzo es esencial en el síndrome, aunque no se presente siempre por un mismo esfuerzo.

El dolor de la angina de pecho puede también producirse estando el paciente en reposo, pero si la molestia no se desencadena por el esfuerzo o no puede ser producida por un ejercicio físico, el diagnóstico de la angina de pecho es dudoso. Según la definición, el término angina de pecho solo se aplica a un síndrome grave producido por la incompleta adaptación del riego sanguíneo del corazón. El dolor de la angina de pecho se distingue del dolor más prolongado y más intenso producido por el infarto miocárdico agudo.

CAPITULO III

ETIOLOGIA.

La angina de pecho se produce cuando el trabajo cardiaco y la demanda miocárdica de O_2 exceden de la capacidad -- del sistema arterial coronario de proporcionar O_2 .El dolor de la angina de pecho refleja esta isquemia miocárdica.

Los determinantes principales del consumo miocardico de O_2 ,son la frecuencia cardiaca ,la tensión sistólica o presión arterial ,y la contractilidad .Cualquier aumento de -- estos factores en un cuadro de menor flujo de sangre coronaria puede inducir la angina.

Durante la angina espontanea ,la percepción subjetiva del dolor suele ir precedida de aumentos de la frecuencia cardiaca y una elevación de la presión arterial que puede ser intensa .Si la angina no se alivia con medicación ,estos cambios representan un sistema de biorretroacción positivamente desastroso :cuanto más alta sea la presión arterial y más rápido el latido cardiaco ,mayor la necesidad miocárdica de O_2 insatisfecha.

Los pacientes que sucumben tienen por lo general aterosclerosis coronaria extensa y fibrosis miocárdica en placas.

Otras causas distintas a la aterosclerosis ,son la estenosis aortica calcificada ,estenosis mitral ,insuficiencia aórtica ,aortitis sifilitica con constricción de los orificios coronarios y estenosis subaórtica hipertrófica.

En estos procesos los orificios coronarios están obstruidos ,o el trabajo miocárdico está aumentado ,o ambas cosas.

Se le considera a la aterosclerosis como la causa principal de la angina de pecho .

Aterosclerosis. (Definición).

Engrosamiento de la intima(capa interna de las arterias) por acúmulo de lípidos llamados ateromas.

CAPITULO IV
FORMAS DE ANGINA DE PECHO

Existen cinco formas de angina de pecho .

a).- La angina de esfuerzo.

b).- Estado anginoso.

c).- La angina nocturna.

d).- Angina de decúbito.

e).- La angina rebelde.

a).- La angina de esfuerzo es la forma común y característica de la angina de pecho ;se refiere en particular ,al dolor cardiaco que ocurre durante la marcha a la intemperie o con ciertos esfuerzos ,y que se alivia rápidamente con el reposo .Generalmente los pacientes con angina de esfuerzo también sufren dolor cardiaco durante experiencias emocionales y discusiones ,y se alivia cuando el estímulo emocional desaparece o se toma nitroglicerina .En algunos el esfuerzo y en otros la emoción ,constituyen el factor desencadenante más frecuente.

b).- Estado anginoso se refiere al dolor anginoso que recidiva frecuentemente en reposo y sólo se alivia de manera pasajera por la nitroglicerina .En algunas ocasiones se ha utilizado este término para describir el dolor prolongado del infarto miocárdico agudo .Como el empleo de la palabra resulta equivocado ,si se utiliza el término estado anginoso debe limitarse para el dolor cardiaco frecuente o prolongado en reposo que no se acompaña de signos electrocardiográficos u otros de infarto de miocardio .

En ocasiones tal angina de pecho depende de un cambio patológico en la arteria coronaria que acabará en trombosis - con el consiguiente infarto de miocardio ,en ocasiones se aplica al estado anginoso el término de angina de preinfarto.

c).- La angina nocturna representa la angina de pecho que aparece durante la noche ,mientras el paciente está en y generalmente sin causa manifiesta .

Pero cuando el dolor despierta al paciente que está durmiendo es difícil eliminar el difícil papel de un sueño emocional que el paciente no recuerde .La angina nocturna es particularmente molesta porque dificulta el sueño y resulta difícil de controlar sin recurrir a dosis excesivas de sedantes .El estado anginoso muchas veces ocurre de noche ,y puede llamarse angina nocturna,pero también en el mismo paciente durante el día.

d).- Angina de decúbito se refiere a la angina de pecho que ocurre cuando el paciente se acuesta . Puede representar una forma de angina de pecho nocturna ,pero también puede producirse si el paciente se acuesta durante el día.

El dolor suele aliviarse parcial o completamente sentándose o poniéndose de pie .Muchas veces es difícil distinguir la angina nocturna de la disnea nocturna o la angina de decúbito y la ortopnea .La respuesta a la nitroglicerina y a los diuréticos ayuda a establecer la diferencia .El estado anginoso ,la angina nocturna y la angina de decúbito muchas veces se entrecruzan ,ocurren en el mismo paciente y representan solamente términos descriptivos

para indicar diferentes facetas de un mismo estado clinico

e).- Angina rebelde , término poco definido , que se utiliza para indicar un dolor cardiaco crónico tan frecuente y provocado por estímulos tan ligeros que resulta casi intolerable e impide una actividad productora .La nitroglicerina solo brinda alivio poco tiempo y hay que tomar muchas tabletas al día . Hay interrupción del sueño muchas veces durante la noche .En algunas ocasiones el término angina rebelde se usa como sinónimo de estado anginoso ,pero angina rebelde implica persistencia de éste tipo de dolor cardiaco durante meses .

CAPITULO V
SIGNOS Y SINTOMAS
DE LA
ANGINA DE PECHO

La característica clínica principal de la angina de pecho es el "dolor", puede ser un dolor vago, escasamente perturbador y convertirse rápidamente en sensación de aplastamiento precordial intensa. El malestar se siente detrás del esternon, se puede encontrar en cualquier otra parte de la región precordial. El dolor se puede propagar al hombro izquierdo y descender por la parte interior del brazo izquierdo y llegar hasta los dedos. Directamente puede irradiarse a espalda, garganta, moxilares, dientes y ocasionalmente el brazo derecho.

Casi la gran mayoría de los pacientes con angina de pecho pertenecen al sexo masculino. Se dice que el paciente ideal tiene de 50 a 60 años.

La característica más importante de la angina de pecho es su relación con el ejercicio o las emociones y desaparece con el reposo. La molestia se presenta durante la actividad física, tensión emocional, la cólera el temor, la agitación o la actividad sexual.

FACTORES PRECIPITANTES DE LA ANGINA DE PECHO

- a).- Actividad física
- b).- Ambiente húmedo y caliente .
- c).- Clima frío .
- d).- Comidas abundantes.
- e).- Stress emocional (discusión ,ansiedad)
- f).- Excitación sexual .
- g).- Ingestión de cafeína.
- h).- Fiebre ,anemia.
- i).- Sueño .
- j).- Grandes alturas.
- k).- Aspirar el humo de los cigarrillos de otras personas.
- l).- Taquicardia .

Digestión.

Como la digestión igual que el ejercicio aumenta el trabajo del corazón ,la deficiencia de flujo coronario causada por el ejercicio aumenta cuando éste se efectúa despues de una comida .En algunas ocasiones una comida copiosa por si misma produce la crisis ,incluso estando el paciente en reposo .En una persona normal la digestión se acompaña de aumento del flujo coronario proporcional a las necesidades del corazón ,pero ésta compensación es ineficaz en pacientes que sufren angina de pecho a causa de alguna enfermedad cardiaca o coronaria .

Frio.

La exposición al frio aumenta las probabilidades de que se produzca angina de pecho .La exposición al frio produce aumento de el gasto cardiaco y el trabajo del corazón y por lo tanto necesidad de oxígeno.

La exposición de la superficie cutánea al frio en ocasiones produce angina de pecho ,se observa ésto en personas que sufren dolor cuando van a la cama y las sábanas están frías o penetrar a un baño o habitación que este a baja temperatura (como ejemplo).

Taquicardia.

Cuando se produce taquicardia intensa en personas con reserva coronaria disminuida ,puede originar una crisis de angina de pecho.

Las taquicardias superiores a 160 por minuto aumentan el consumo cardiaco ,ya que para un determinado volumen - minuto de expulsión las necesidades de oxígeno del corazón son mayores y más bruscas que con frecuencias bajas.

El flujo coronario puede estar disminuido al reducirse la duración de la diástole . En pacientes con reserva coronaria limitada, las necesidades adicionales de oxígeno por parte del miocardio cuando la frecuencia es elevada no quedan satisfechas por los mecanismos compensadores normales .Así puede producirse un ataque de angina de pecho .

La crisis de angina puede ser breve o prolongada ,según la duración de la taquicardia.

Fumar.

En ocasiones el tabaco parece desencadenar paroxismos en personas susceptibles .El fumar puede producir este efecto aumentando la frecuencia cardiaca y elevando la presión arterial.

CAPITULO VI

IMPORTANCIA CLINICA PARA EL DENTISTA

La angina es de gran importancia clinica para el dentista ya que el paciente con antecedentes de angina de pecho, es un paciente de alto riesgo durante el tratamiento dental. Cualquier factor que aumente los requerimientos de oxigeno en el miocardio pueden precipitar un episodio agudo de dolor anginoso, que puede ser controlado por la administración de drogas vasodilatadoras, pero que en un momento puede causar un infarto agudo del miocardio o un paro cardiaco.

Por lo tanto la prevención de un episodio anginoso agudo es más satisfactoria que su tratamiento.

Hay una elevación asombrosa de la frecuencia respiratoria, la presión arterial y la frecuencia cardiaca. En el consultorio dental el miedo, la ansiedad y el dolor son las principales causas para provocar o causar un estado anginoso.

Estos factores aumentan la concentración sanguínea de las catecolamines, adrenalina y noradrenalina, las cuales incrementan la frecuencia cardiaca, la fuerza de contracción del miocardio y la presión arterial. El requerimiento de oxígeno aumenta por parte del miocardio y si las arterias coronarias no son capaces de dar estos requerimientos adicionales entonces aparece el dolor de la angina.

CAPITULO VII

HISTORIA

CLINICA

Las emergencias cardiovasculares mortales ,son raras en el consultorio dental ,lo cual no significa que el cirujano dentista ignore los problemas que pueden surgir al atender a pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Este tipo de pacientes requiere de una atención especial en el consultorio dental ,y en ocasiones tratamientos especiales ,pues su capacidad de recuperación despues de un stress es mucho menor .

Estas consideraciones podrian llevar al odontólogo a rehusar a atender a estos enfermos ,pero no se puede negar el tratamiento dental a un enfermo cardiaco ,ya que es importante que la salud dental y bucal sea tan buena como se pueda.

Las alteraciones o infecciones de origen bucodental pueden ocasionar o agravar alguna enfermedad cardiaca.

Una historia clínica bien llevada a cabo en cada paciente que acude a una consulta dental es de vital importancia ,si se quiere poner de manifiesto una enfermedad cardiovascular progresiva .

La historia clínica es el inicio de la relación cirujano dentista paciente ,ya que un estudio adecuado nos llevara al camino más adecuado sobre el tratamiento que requiere el paciente .

Para poder efectuar un estudio completo ,es indispensable que la persona que lo realice ,esté preparada y ademas conozca el funcionamiento de cada una de las partes del organismo.

Es importante que el profesional en la actualidad no debe limitar su responsabilidad a cierta área definida, sino que debemos entender que nuestro papel ante la medicina buco---dental y ante nuestros pacientes es relacionar todas las estructuras del cuerpo con las de la cavidad oral .

Historia Clínica

Dentro de las preguntas que forman la historia clínica, unas de las más importantes para averiguar si padecen enfermedades cardiovasculares son:

- 1.-¿Esta recibiendo actualmente atención médica?
- 2.-¿Que tipo de atención médica(general, odontológica etc.)?
- 3.-¿Ha padecido o padece alguna de éstas enfermedades ;?
 - a.-Fiebre reumática.
 - b.-Ataque cardiaco.
 - c.-Insuficiencia coronaria
 - d.-Alta presión.
 - e.-Aterosclerosis.
 - f.-Enfermedades valvulares del corazón
 - g.-Sincope.
 - h.-Insuficiencia renal.
 - i.-Epilepsia .
 - j.-Angina de pecho .
 - k.-Otras.
- 4.-¿Sufre usted alguna de las siguientes molestias?
 - a.-Dolor o molestia en el pecho .
 - b.-Falta de aire.
 - c.-Desmayos frecuentes .
 - d.-Convulsiones
 - e.-Tobillos hinchados.

f.-Latidos cardiacos rápidos sin causa aparente.

g.-Tendencias hemorrágicas.

h.-Otras.

5.-¿Siente alguna molestia en muñecas brazos ,pecho cue-
llo o mandíbula durante el ejercicio intenso o la exci-
tación.?

6.-¿Ha tomado o toma algun medicamento actualmente,cuales.?

7.-¿Es alérgico a algun medicamento ,anestésico ,o a algun
alimento. (especificar a que.)?

8.-¿Alguna molestia en tratamiento dental o quirurgico.?

Al interrogar al paciente nos vamos a valer de un lenguaje breve , sencillo, claro y facil de comprender. Se tratara de no herir o molestar al paciente para que no desconfie y se vuelva temeroso o negligente.

Historia Clínica .

Cuestionario de la historia clínica para un paciente con angina de pecho.

1.-¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.?

a.-Enfermedades cardiovasculares (problemas en el corazón ,ataque cardíaco, insuficiencia coronaria ,oclusión coronaria ,alta presión ,aterosclerosis,paro).

Comentario.-Una respuesta afirmativa debe ser seguida por un interrogatorio que indique la naturaleza del problema cardíaco y su severidad.

2.-¿Ha tenido dolor en el pecho al hacer un esfuerzo.?

Comentario.-Cuando se desarrolla dolor ante un esfuerzo y se alivia cuando éste cesa ,se está frente a un problema de angina.

3.-¿Esta tomando algun medicamento ,si es así,cual es?

Comentario.-Los pacientes con angina ,por lo general traen tabletas de nitroglicerina (trinitrato de glicerina)las cuales usan en episodios agudos .Estos medicamentos se toman 3-4 veces al día .

4.-¿Que precipita su episodio de angina?

Comentario.-Por lo general éste dolor sucede al hacer un esfuerzo.

5.-¿Con que frecuencia sufre los ataques anginosos.?

Comentario.-Varia de paciente a paciente, los episodios pueden suceder esporadicamente o una vez por semana o por mes , o presentarse varios ataques durante el día .

6.-¿que tanto duran los episodios anginosos.?

Comentario.-Esta sensación dura de 2-10 minutos. El dolor que dura menos de 30seg por lo g^ral no es de tipo anginoso ,sino musculoesquelético,por una hernia hiatal o un dolor funcional .El dolor en el pecho que dura horas indica un infarto agudo del miocardio,pericarditis,aneurisma disicante de aorta ,ansiedad,herpes zoster.

7.-¿Como modifica la nitroglicerina a su episodio de angina.?

Comentario.-En la mayoría de los casos la nitroglicerina alivia el ataque anginoso en 2-4 minutos ,al paciente dental se le da nitroglicerina al inicio y el tratamiento posterior depende de la respuesta o falta de respuesta a éste agente.

8.-¿Describe un episodio típico de angina de pecho.?

Comentario.-Generalmente los episodios anginosos tienen una frecuencia, intensidad, irradiación y duración diferente para cada paciente. El aumento de la gravedad de cualquiera de éstos parámetros es un signo clínico de angina inestable.

CAPITULO VIII
EVALUACION DEL PACIENTE.

La información que puede servir al dentista para formar se una idea de la gravedad incluye antecedentes de salud , síntomas agudos sentidos por el paciente y signos físicos encontrados en el examen .Cada uno de estos factores es importante y puede proporcionar el diagnóstico exacto.Cabe recalcar la importancia de los antecedentes médicos que a menudo llevan directamente a la naturaleza del trastorno actual .Si el paciente es capaz de relatar con precisión sus síntomas ,éstos pueden ser casi diagnósticos . Sin embargo la parte más segura de la evaluación en términos de apoyo terapéutico vital es el estudio de los signos físicos presentados por el paciente .

Los aspectos más importantes que se deben tomar en cuenta durante nuestra consulta diaria en nuestros pacientes con antecedentes de angina de pecho o de otras enfermedades cardiovasculares o en pacientes sin antecedentes de alguna enfermedad que pongan en peligro la vida son;pulso,presión -arterial,circulación arterial periférica ,circulación central ,presión venosa y pulmones.

PULSO. En un paciente en consulta normal o en caso de urgencia es más importante sentir la carótida que tomar el pulso radial .Como es un vaso más grande y más central y menos afectado por la vasoconstricción periférica ,la carótida puede ser un indicador más seguro de la actividad cardiaca. Al tomar el pulso, se tomara en cuenta su presencia ,o su ausencia ,su fuerza ,su frecuencia y ritmo .Si el pulso es imperceptible es necesario auscultar el corazón para determinar la presencia o ausencia de los ruidos cardiacos .

Un pulso debil es señal de pulso cardiaco insuficiente ,mientras que un pulso rápido indica trastorno del ritmo cardiaco o gasto cardiaco bajo con intento de compensación mediante aumento de la frecuencia .Pulsos menores de 60 latidos por minuto ,nos indican anomalias en el sistema cardiaco de conducción .

Si se quiere interpretar correctamente el significado del pulso en situaciones de urgencia ,es indispensable conocer las características del pulso normal en el paciente .

PRESION ARTERIAL. La presión normal oscila entre 140/110 y 90/60 aunque no todos los individuos normales se hallan en estas cifras normales .

PERFUSION PERIFERICA. La irrigación periférica normal se manifiesta por piel tibia ,seca y de color normal .La circulación periférica disminuida se manifiesta por palidez y cianosis ,piel fría y sudorosa , dando sensación pegajosa a la palpación ; bajo presión digital el color vuelve muy lentamente en la región blanqueada ,lo cual indica llenado capilar insuficiente .

PERFUSION CENTRAL. La perfusión central disminuida puede estar asociada a una disminución en la circulación periférica , aunque generalmente los órganos centrales que incluyen cerebro, corazón hígado y riñones están protegidos por el cuerpo a expensas de la circulación periférica.

Los trastornos iniciales de una irrigación central u oxigenación insuficiente están relacionados con la función cerebral y los signos son confusión ,

desasociado, y agitación que evolucionan hacia el estu-
por y coma al aumentar la gravedad de la circulación
disminuida .

PRESION VENOSA. El punto donde se puede observar la
presión venosa es a nivel de la vena
yugular externa que corre desde la p
parte media de la clavícula, dirigié
ndose hacia arriba por el cuello ha-
cia el ángulo del maxilar inferior .
La vena yugular no se distingue en
los obesos.

Otro método es examinar el grado de
llenado de las venas del dorso de la
mano. La presión venosa baja se mani-
fiesta por disminución del llenado de
la vena yugular externa en posición e
supina o desaparición del nivel de lle-
nado a un ángulo inferior a 30° , o bien
colapso de las venas en el dorso de la
mano a un nivel inferior al normal.

FRECUENCIA RESPIRATORIA . La frecuencia normal es de 15
x-20 respiraciones por minuto .

Un ritmo más rápido o más lento son
señal de trastornos primarios o secu-
ndarios de la vía respiratoria .

El signo más evidente de oxigenación o ventilación insuficiente es la aparición de cianosis o de una coloración azucarada purpura de la piel. La cianosis se aprecia fácilmente en todos los tejidos, pero normalmente aparece en los lechos de las uñas antes de verse en otras partes.

CAPITULO IX
CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO
DENTAL .

Para prevenir los episodios de angina durante el tratamiento dental se recomienda disminuir el stress, de tal manera que la cantidad de oxígeno que llega a través de las arterias coronarias sea adecuada para cubrir las demandas del miocardio .

Es de importancia en la atención en el consultorio dental del paciente con angina de pecho la duración de la consulta , el control del dolor durante el tratamiento y la utilización de las técnicas de psicosedación .

Duración de la cita.-Uno de los factores importantes para disminuir la ocurrencia de un episodio anginoso agudo durante el tratamiento dental , es el establecimiento de la maxima duración de cada cita. En practica privada normalmente una cita dental de una hora consiste aproximadamente de 45-50 minutos de tratamiento real, éste tiempo es bastante molesto y puede ser suficiente para desencadenar un ataque anginoso en los pacientes con ECA.

En nuestra practica clinica en pacientes con angina de pecho que tienen episodios frecuentes , más de uno por semana , las citas deben de durar menos de 60 minutos.

Control del dolor durante el tratamiento dental.

El dolor es punzante, es importante el control en el paciente con angina. La prevención del dolor durante el tratamiento dental puede lograrse optimamente mediante los anestésicos locales.

Se ha probado clínicamente la utilización de las soluciones de anestésicos locales conteniendo vasoconstrictor (epinefrina) indicados durante el tratamiento dental en la mayoría de los pacientes cardiacos, se puede decir que para los pacientes cardiacos, los efectos de las catecolaminas endógenas (adrenalina y noradrenalina) liberadas cuando el control del dolor es inadecuado, representan un mayor riesgo que la epinefrina que contienen los anestésicos locales administrados, en forma apropiada (aspiración e inyección lenta).

En condiciones de estrés, dolor y ansiedad, la médula suprarrenal secreta cantidades muy altas de adrenalina (aproximadamente 280 microgramos por minuto) y de noradrenalina (alrededor de 56 microgramos por minuto) a la circulación, mientras que con la inyección apropiada de los anestésicos locales que contienen 1:50 000 de adrenalina se añade al torrente sanguíneo menos de un microgramo de adrenalina por minuto.

Las soluciones de anestésicos locales que no contienen vasoconstrictor (lidocaina, prilocaina y mepivacaina) parecen inducir una anestesia pulpar de menor duración que impide la terminación del tratamiento dental sin que el paciente sienta dolor.

Dosis máxima de adrenalina recomendada.

La dosis máxima de adrenalina recomendada en un paciente con riesgo cardíaco , en una sola cita es de 0.04 mg. Para relacionar esta cantidad con las concentraciones de adrenalina comunmente utilizadas , debemos administrar un cartucho dental (del.8 ml) de un anestésico local que contenga adrenalina a la concentración de 1:50 000 (0.02/ml), dos cartuchos si se halla a una dilución de 1:100 000(0.01 mg/ml) y cuatro cartuchos si está a 1:200 000(0.005 mg/ml).

Si se esta frente a un paciente que no puede recibir adrenalina , se puede consultar con su medico particular antes de iniciar el tratamiento dental, o administrar el anestésico local con un vasoconstrictor diferente o un agente -- que sin el vasoconstrictor produzca una anestesia pilpar de duración adecuada, ejemplos de éstos son la mepivacaina que contiene levonordefrina, la combinación de procaína y propoxicaína con levofed y la prilocaína sin vasoconstrictor(cuando es utilizada para el bloqueo solamente).

Contraindicaciones de la utilizacion del vasoconstrictor

Una contraindicación para el uso del vasoconstrictor en los anestésicos locales es en el paciente con arritmias cardíacas que persisten a pesar del tratamiento específico.

Otra contraindicación es el usar los hilos de retracción gingival en pacientes cardiacos ya que contienen adrenalina racémica ,una combinación de formas dextro y levorrotatorias al 8%.

Como éstos hilos se usan antes de tomar una impresión de ntal y contienen casi 4% (40mg/ml) de levoadrenalina ,lo que constituye una concentración 40 veces mayor a la utilizada en situaciones de urgencia (anafilaxia).La absorción es rápida y mayor si hay hemorragia . En esta situación las concentraciones sanguíneas de la adrenalina se elevan de inmediato y producen manifestaciones cardiovasculares como si fuera una reacción de sobredosis.

Los síntomas clinicos son taquicardia ,palpitaciones,temblores y dolor de cabeza .

La Asociación Dental Americana recomienda que el hilo de retracción gingival con adrenalina racémica no se utilice en ningun paciente que tenga antecedentes o se sospeche de enfermedad cardiovascular.

CAPITULO X

TRATAMIENTO DE LA ANGINA DE PECHO

- 1.-Suspender el procedimiento dental que se está efectuando .
- 2.-Posición del paciente (posición vertical más comoda)
- 3.-Administrar un vasodilatador ,de preferencia nitroglicerina .
- 4.-Si es necesario, amilnitrato .
- 5.-Oxígeno si es necesario (no indispensable).
- 6.-Los narcoticos estan contraindicados en la angina.
- 7.-Posteriormente ,modifique el tratamiento dental para prevenir su recurrencia.

Los narcóticos que ayudan a aliviar el dolor , como la morfina y la meperidina no deben ser utilizados porque no eliminan la causa que produce el dolor .

La única indicación en los narcóticos para que sean de utilidad, es en el infarto agudo del miocardio.

NITRATOS .-En el episodio agudo la nitroglicerina ,0.3 -0.6mg por via sublingual, es el agente más eficaz. El efecto comienza de 1-3 minutos . El alivio puede ser completo a los cinco minutos aproximadamente .Puede tomarse diariamente un gran número de tabletas sin efectos secundarios más que cefalea ocasional.

Los pacientes con angina de pecho deben llevar consigo en todo momento tabletas de nitroglicerina . La nitroglicerina puede perder su potencia , a no ser que se guarde en recipientes de cristal de cierre hermético .

La nitroglicerina es un potente relajante del musculo liso y vasodilatador .

El Nitrito de Amilo, vasodilatador extremadamente potente puede ser eficaz en el paciente con angina grave que no responde a la nitroglicerina y este complicade por hipertensión .Se rompe una ampollita que contenga 0.3 ml y su vapor se inhala brevemente .Debido a la potencia del medicamento ,solo se necesitan dos o tres inhalaciones ;debe usarse en una habitación bién ventilada y el paciente debe encontrarse acostado.

AGENTES BLOQUEADORES BETA ADRENERGICOS .

Estas drogas bloquean la estimulación simpática al corazón disminuyendo la frecuencia y la contractilidad cardiaca ,de manera que reducen el gasto del corazón y la demanda miocárdica de oxígeno .

El propranolol fue el primer bloqueador aprobado en los EUA para tratar a la angina .La dosis clinicamente es variable ,lo mejor es comenzar con 40-60 mg al día dividida en 3 tomas y valorar la respuesta .La dosis puede aumentar gradualmente con incrementos de 20-50 % hasta que se observe eficacia clínica o aparecen efectos secundarios (la respuesta optima suele presentarse con dosis entre 160 y 240 mg al día)Los efectos clínicos suelen lograrse cuando el pulso en reposo ha caído hasta 55 a 65 latidos por minuto .

Las frecuencias mayores sostenidas suelen indicar que hay que administrar más medicamento.

Los antagonistas del calcio.- Como nifedipina y verapamil están pasando a ocupar un primer lugar en la terapéutica de la angina variante (vasopástica o de Prinzmetal)también son eficaces para muchos enfermos con angina de esfuerzo; generalmente se utilizan si es necesario despues de tratamiento con nitretos y bloqueadores beta ,Aunque pueden combinarse con ventaja algunos antagonistas de calcio con bloqueadores beta , en el caso del verapamil existe el peligro de que los efectos aditivos sobre el nudo A-V originen bloqueo cardiaco.

CONCLUSIONES.

La angina de pecho es síndrome clínico. Su anatomía patológica es variable, pero casi siempre incluye oclusión coronaria, estrechos muy notables de las coronarias estenosis aórtica, insuficiencia aórtica, etc. Puede producirse por cualquier enfermedad o trastorno que cause insuficiencia coronaria. La insuficiencia es el trastorno fisiológico básico de la angina de pecho, y el fundamental de la necrosis miocárdica o infarto del corazón. La insuficiencia coronaria dependiente de angina de pecho es pasajera, relativamente menos intensa y fundamentalmente reversible, en comparación (grave) con la destrucción miocárdica grave y generalmente permanente que acompaña al infarto de miocardio.

Hay que tener cuidado de buscar todo posible factor que explique la duración anormal del dolor. Muchas veces es una taquicardia ectópica inadvertida, una experiencia emocional intensa o una ansiedad, o una oclusión coronaria completa e inestable o puede haber una oclusión coronaria que ha provocado isquemia del miocardio sin infarto porque la circulación colateral asegura la viabilidad del músculo afectado.

El termino insuficiencia coronaria aguda (angina pre infarto) solo se empleara para designar el trastorno - fisiológico causado por un flujo de sangre coronaria inadecuado o pobre en oxigeno. En el diagnostico clínico indicar el trastorno fisiológico resulta inadecuado ,lo esencial es señalar de la manera más clara la patología básica y los efectos etiológicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- MANUAL MERCK DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO .
PUBLICADO POR MERCK SHORP
7^a EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA? 1986

- 2.- PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA.
T.R. HARRISON .
6^a EDICION EN ESPAÑOL TOMO II
EDITORIAL . LIBROS Mc GROW - HILL DE MEXICO
1986.

- 3.-LOS CALCIOANTAGONISTAS EN LA ANGINA ESTABLE
CRONICA.
BALA-SUBRAMANIAN V
R. SEMANA MEDICA DE MEXICO;100. 3/FEB/ 88
1983.

- 4.- MANEJO MEDICO DEL PACIENTE ANGINOSO.
ESCUADERO J.
R. ARCHIVOS -INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
DE MEXICO . 48, 4/JUL -AGO, 879-888.
1978.

5.- ENFERMEDADES DEL CORAZON .

CHARLES K. FRIEDBERG.

3^a EDICION.

EDITORIAL INTERAMERICANA .

1969.